

## Sevrage d'alcool et prévention des rechutes

Rapport en soutien au guide d'usage optimal

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



# Sevrage d'alcool et prévention des rechutes

Rapport en soutien au guide d'usage optimal

## *Rédaction*

Caroline Poisson

## *Collaboration*

Catherine Awad

Valérie Garceau

## *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 (y inclus 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**

Caroline Poisson, Ph. D.

### **Collaboratrices internes**

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

Valérie Garceau, Ph. D.

### **Coordonnateur scientifique**

Frédéric St-Pierre, Ph. D.

### **Adjointe à la directrice**

Ann Lévesque, 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**

Littera Plus, révision linguistique

Mark A. Wickens, traduction

---

## **Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN 978-2-550-89859-7 (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). Sevrage d'alcool et prévention des rechutes – Rapport en soutien au guide d'usage optimal. Rédigé par Caroline Poisson et Catherine Awad. Québec, Qc : INESSS; 2021. 259 p.

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

## Comité consultatif

**D<sup>re</sup> Suzanne Brissette**, M.D., cogestionnaire médicale, Regroupement clientèle psychiatrie, toxicomanie, UHRESS, Service de médecine des toxicomanies, CHUM, Montréal

**M<sup>me</sup> Julie Fortier**, pharmacienne, chargée d'enseignement et responsable des apprentissages en milieux professionnels 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> cycles (établissements de santé), Faculté de pharmacie, Université Laval

**D<sup>re</sup> Sophie Gosselin**, M.D., CSPQ, FRCPC, FAACT, FACMT, spécialiste en médecine d'urgence et toxicologue médicale; chef du service d'urgence, Hôpital Charles-Le Moyne, Longueuil

**D<sup>r</sup> Didier Jutras-Aswad**, M.D., M. Sc., FRCPC, chef du Département de psychiatrie du CHUM

**D<sup>re</sup> Annie-Claude Privé**, M.D., GMF des Rivières (Clinique médicale Rivière-du-Moulin), Saguenay

**M<sup>me</sup> 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<sup>me</sup> Isabelle Têtu**, infirmière praticienne (IPSPL), Coopérative de solidarité SABSA, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (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<sup>me</sup> Audrée Elliott**, pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale et Centre antipoison du Québec

**D<sup>r</sup> Pierre Lauzon**, médecin de famille, chef adjoint du service de toxicomanie et médecine urbaine (STMU), CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

**D<sup>re</sup> Karine Paquet**, psychiatre, Institut universitaire en santé mentale de Québec, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**D<sup>r</sup> 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 (y inclus les protocoles médicaux nationaux et les ordonnances associées)**

**D<sup>r</sup> Pierre Ernst** (président), pneumologue, Université McGill

**M<sup>me</sup> Sylvie Desgagné** (vice-présidente), pharmacienne, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**D<sup>re</sup> Maryse Cayouette**, microbiologiste-infectiologue, Direction de santé publique – CISSS de Lanaudière

**M. Benoît Cossette**, professeur, Université de Sherbrooke

**D<sup>re</sup> Lucie Deshaies**, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

**D<sup>r</sup> 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<sup>me</sup> Karina Gauthier**, pharmacienne, CISSS de Laval

**M<sup>me</sup> Nancy Lavoie**, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL), CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et Clinique médicale privée ExcelleMD

**M. Simon Lessard**, pharmacien propriétaire, Pharmacie Simon Lessard

**M<sup>me</sup> Marie-Josée Gibeault**, membre citoyen

**M. Jean-François Proteau**, membre citoyen

### **Autres contributions**

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

**M<sup>me</sup> 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 guide d'usage optimal (GUO) et des modèles d'ordonnances individuelles préimprimées à titre de futurs utilisateurs :

**D<sup>r</sup> Philippe Aubin**, M.D., GMF Baie-des-Chaleurs, Maria

**M<sup>me</sup> Caroline Fauteux**, IPSPL (Infirmière praticienne spécialisée en première ligne), Groupe Itinérance ACCES/Détention/SIDEP

**D<sup>r</sup> Luc Lapierre**, M.D., M. Sc., GMF Centre de santé et CRD CIUSSS-MCQ – Installation Drummondville

**D<sup>re</sup> Marie-France Lemieux**, M.D., Centre de détention et CRD de la Montérégie

**D<sup>r</sup> Sidney Maynard**, M.D., médecin d'urgence, Hôpital Anna-Laberge, clinicien, Centre de recherche et d'aide aux narcomanes

**D<sup>re</sup> Julia Sohi**, M.D., M. Sc., CCFM, GMF Forcemedic Fabre et Hôpital Jean-Talon, Montréal

**M. Alix Vaillancourt**, Pharm. D., M. Sc., pharmacien, CISSS de la Côte-Nord, Hôpital de Sept-Îles

L'INESSS tient de plus à remercier M. Louis Lochhead, patient coordonnateur à l'INESSS, de sa contribution lors de l'évaluation du format et de la convivialité de la feuille de suivi qui a été développée au cours de ce projet.

## **Déclaration d'intérêts**

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

**D<sup>re</sup> Suzanne Brissette** : médecin expert pour des réponses média portant sur l'abus de substances psychoactives.

**M<sup>me</sup> 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 ACRONYMES.....	VII
INTRODUCTION.....	1
1. MÉTHODOLOGIE.....	4
1.1. Questions de recherche.....	4
1.1.1. Autres aspects documentés en cours de projet.....	6
1.2. Recherche et méthodes de synthèse de l'information et des recommandations cliniques.....	7
1.2.1. Type de revue de la littérature.....	7
1.2.2. Stratégie de repérage d'information scientifique.....	7
1.2.3. Sélection des documents.....	8
1.2.4. Gestion des références.....	9
1.2.5. Évaluation de la qualité méthodologique des documents.....	9
1.2.6. Extraction des données.....	10
1.2.7. Analyse et synthèse des données issues de la littérature.....	10
1.3. Recherche et méthodes de synthèse de l'information contextuelle et des perspectives recueillies à partir de consultations.....	10
1.3.1. Repérage de l'information.....	10
1.3.2. Comité consultatif.....	10
1.3.3. Comité d'excellence clinique – Usage optimal du médicament (y inclus les protocoles médicaux nationaux et les ordonnances associées).....	11
1.3.4. Analyse et synthèse de l'information tirée des consultations.....	11
1.3.5. Respect de la confidentialité et du code d'éthique.....	11
1.3.6. Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles.....	11
1.4. Approche d'intégration de l'ensemble de la preuve.....	12
1.5. Méthode délibérative et de formulation des recommandations.....	12
1.6. Outils de transfert des connaissances.....	13
1.7. Validation.....	13
1.8. Mise à jour.....	14
2. RÉSULTATS.....	15
2.1. Description des documents repérés.....	15
2.2. Généralités.....	16
2.2.1. Aspects physiopathologiques.....	16
2.2.2. Trouble lié à l'usage d'alcool.....	17
2.2.3. Syndrome de sevrage de l'alcool.....	19
2.3. Évaluation initiale.....	21
2.3.1. Analyses de laboratoire.....	24

2.4.	Prise en charge du sevrage d'alcool .....	26
2.4.1.	Facteurs de risque de complications associées au sevrage d'alcool .....	26
2.4.2.	Outils d'évaluation pertinents lors de la prise en charge du sevrage .....	28
2.4.3.	Principes de traitement .....	30
2.4.4.	Traitements pharmacologiques .....	35
2.4.5.	Posologies .....	45
2.4.6.	Durée du traitement .....	52
2.4.7.	Populations particulières et principales contre-indications, précautions et interactions médicamenteuses des traitements pharmacologiques .....	52
2.4.8.	Traitements pharmacologiques d'appoint pour le sevrage d'alcool .....	59
2.4.9.	Suppléments et vitamines complémentaires.....	59
2.4.10.	Suivi .....	62
2.4.11.	Critères d'orientation vers le milieu hospitalier.....	66
2.5.	Prévention des rechutes .....	70
2.5.1.	Principes de traitement .....	70
2.5.2.	Traitements pharmacologiques .....	74
2.5.3.	Posologies.....	87
2.5.4.	Populations particulières et principales contre-indications, précautions et interactions médicamenteuses des traitements pharmacologiques .....	91
2.5.5.	Suppléments et vitamines complémentaires.....	94
2.5.6.	Durée du traitement .....	95
2.5.7.	Suivi .....	96
2.5.8.	Critères d'orientation vers un milieu spécialisé .....	99
3.	DISCUSSION .....	101
3.1.	Sommaire de l'analyse des principaux constats .....	101
3.1.1.	Quel type de personne devrait recevoir un traitement pharmacologique? .....	101
3.1.2.	Quels médicaments devraient être prescrits? .....	102
3.1.3.	Quelles précautions devraient être prises lors du traitement? .....	104
3.2.	Forces et limites de l'évaluation .....	105
3.3.	Impact clinique .....	106
3.4.	Soutien à l'implantation.....	107
4.	RECOMMANDATIONS.....	108
4.1.	Recommandations générales .....	108
4.2.	Recommandations relatives au sevrage d'alcool.....	115
4.3.	Recommandations relatives à la prévention des rechutes .....	143
	CONCLUSION .....	167
	RÉFÉRENCES.....	168

ANNEXE A.....	174
Traitement des commentaires des lecteurs externes.....	174
ANNEXE B.....	230
Résultats du sondage auprès des futurs utilisateurs des outils cliniques .....	230

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Critères d'inclusion et d'exclusion des documents pour la question de recherche 10 sur les modalités de bonnes pratiques.....	9
Tableau A-1	Traitement des commentaires des lecteurs externes .....	174
Tableau B-1	Traitement des commentaires des futurs utilisateurs potentiels des outils cliniques ....	245



# RÉSUMÉ

## Introduction

Après une consommation massive et prolongée d'alcool, le sevrage peut mener à l'apparition de plusieurs symptômes qui causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social ou professionnel. Sans un traitement pharmacologique adéquat, ces symptômes d'intensité variable peuvent évoluer vers des complications majeures, comme des convulsions ou le délirium tremens, et parfois entraîner la mort de la personne atteinte. Bien qu'une majorité d'établissements spécialisés en dépendances appliquent un modèle hiérarchique d'intensité de sevrage basé sur l'évaluation des risques pour la personne à l'aide d'outils cliniques standardisés, la nature des outils utilisés est hétérogène entre les différents établissements et certains aspects des pratiques sont variables d'une région à l'autre du Québec. De plus, plusieurs personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage de l'alcool pourraient bénéficier d'un traitement pour la prévention des rechutes immédiatement après le sevrage pour les aider à atteindre et maintenir leurs objectifs liés à leur trouble de consommation.

Afin de réduire les conséquences sur l'état de santé physique et psychologique des personnes en sevrage d'alcool, le Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 recommande notamment l'application de protocoles et d'approches reconnus comme étant efficaces de même que des outils d'évaluation clinique validés pour apprécier les risques associés au sevrage d'alcool. Dans le but de mieux soutenir les professionnels de la santé dans leurs décisions cliniques, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a donc entrepris des travaux en vue de la réalisation d'un guide d'usage optimal des traitements pharmacologiques pour le sevrage d'alcool et la prévention des rechutes.

## Méthode

La réalisation de ce guide d'usage optimal est fondée sur les meilleures données scientifiques disponibles provenant de revues systématiques d'études primaires ainsi que sur les recommandations provenant de guides de pratique clinique. Elles ont été bonifiées par des éléments du contexte législatif et organisationnel propres au Québec et par la perspective de plusieurs experts et cliniciens québécois qui ont collaboré aux travaux. Une revue systématique a été effectuée, en collaboration avec un spécialiste en information scientifique, dans les bases de données MEDLINE, EBM Reviews et Embase afin de repérer les guides de pratique clinique et les lignes directrices sur le sujet. La recherche documentaire a été limitée aux documents publiés à partir de janvier 2015 jusqu'à mai 2020, en langue française ou anglaise. Une recherche de la littérature grise a également été réalisée en consultant, entre autres, les sites Web de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, des British Columbia Guidelines, de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, de la Société Française d'Alcoologie, du National Institute for Health and Care Excellence,

du United States Department of Veterans Affairs – Division of Defense, de l'University of Medicine and Health Sciences, de l'American Society of Addiction Medicine et de l'American Psychological Association. Les sites Web québécois de l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance et de la Communauté de pratique médicale en dépendance ont aussi été consultés. Les bibliographies des publications sélectionnées ont été examinées pour repérer d'autres documents pertinents. Le moteur de recherche Google a servi à trouver des publications provenant des agences réglementaires. Les monographies officielles des principaux médicaments pertinents aux travaux ont aussi été consultées.

## Résultats

La recherche d'information scientifique a permis de répertorier 4 941 publications, parmi lesquelles 10 guides de pratique clinique ont été retenus.

Pour la gestion du sevrage d'alcool, les présents travaux permettent de confirmer que les benzodiazépines telles que le lorazépam et le diazépam restent les traitements les plus souvent recommandés en première intention en raison, notamment, de leur efficacité démontrée dans la réduction des symptômes de sevrage, et ce, indépendamment du niveau de sévérité de ces symptômes. De plus, puisque les benzodiazépines ont aussi démontré leur efficacité pour réduire l'incidence des complications associées au sevrage d'alcool, ces molécules demeurent le traitement le plus approprié pour les syndromes de sevrages sévères ou à risque de complications pour lesquels une prise en charge pharmacologique doit être faite rapidement, et en milieu hospitalier. Toutefois, les présents travaux permettent aussi de soutenir l'usage de la gabapentine comme option de traitement appropriée pour les sevrages d'alcool dans les cas d'intensité de légère à modérée et associés à un faible risque de complications. Par ailleurs, pour les personnes qui présentent un faible risque de complications liées au sevrage et qui présentent soit un risque de syndrome de sevrage ou des symptômes de sevrage actif d'intensité légère, l'administration d'un traitement pharmacologique devrait être considérée, de même qu'une prise en charge en milieu ambulatoire. Pendant le traitement de sevrage, notamment en milieu hospitalier, une évaluation fréquente et rigoureuse de l'état de la personne est requise. L'ajustement des doses de médicament doit par ailleurs être fait en fonction de l'évolution des symptômes de sevrage. À cette fin, les travaux effectués ont permis de répertorier plusieurs outils validés qui peuvent compléter l'examen physique de la personne et appuyer le jugement clinique, que ce soit pour évaluer le risque de complications liées au sevrage ou la sévérité des symptômes pendant le sevrage. Enfin, à la suite d'une gestion réussie du sevrage et afin d'assurer le continuum des soins, un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes devrait être offert à toutes les personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage de l'alcool. À cette fin, les présents travaux confirment l'usage de la naltrexone en première intention de traitement, de même que de l'acamprosate en deuxième intention, ces deux molécules étant par ailleurs approuvées par Santé Canada pour le maintien de l'abstinence après un sevrage et pour la prévention des rechutes chez les personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage de l'alcool. De plus, les travaux ont permis d'identifier la gabapentine et le topiramate comme des options de traitement appropriées en deuxième intention. Parmi les éléments

en appui à la sélection du traitement pharmacologique, les cliniciens devraient notamment considérer les objectifs du traitement, les expériences antérieures et les préférences de la personne. Le trouble lié à l'usage de l'alcool étant par ailleurs une maladie chronique et récurrente qui nécessite une prise en charge interdisciplinaire continue et personnalisée, le traitement pharmacologique devrait être accompagné d'une intervention brève, d'un entretien motivationnel ainsi que d'une proposition d'interventions psychosociales, sans toutefois que ces dernières soient perçues comme conditionnelles ou obligatoires pour accéder au traitement. Enfin, dans le but de limiter le risque de surdose et de détournement associé aux benzodiazépines, à la gabapentine et au topiramate, il a été jugé important de considérer la mise en application de mesures telles qu'un fractionnement des ordonnances et une fréquence de service plus élevée à la pharmacie dans le cas d'un sevrage en milieu ambulatoire ou d'une prise en charge pharmacologique pour la prévention des rechutes.

## **Conclusion**

Les recommandations élaborées dans le cadre de ces travaux tiennent compte des plus récents changements susceptibles d'influer sur la pratique québécoise pour le traitement du sevrage d'alcool ainsi que pour la prévention des rechutes, notamment l'ajout de certains anticonvulsivants parmi les options thérapeutiques et l'inclusion des principales échelles qui ont été validées pour soutenir l'évaluation clinique des personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage de l'alcool. En mettant l'accent sur les traitements pharmacologiques qui devraient être privilégiés selon le niveau de sévérité et le risque de complications associées au sevrage d'alcool, les outils élaborés devraient permettre de mieux orienter et soutenir les professionnels de la santé et ainsi d'optimiser l'usage de ces médicaments. De plus, l'intégration du sevrage d'alcool et de la prévention des rechutes au sein d'un même guide d'usage optimal devrait favoriser le continuum des soins destinés aux personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage de l'alcool.

# SUMMARY

## Alcohol withdrawal and relapse prevention

### Introduction

Withdrawal after prolonged, heavy alcohol use can lead to a number of symptoms that cause clinically significant suffering or impaired social or occupational functioning. Without adequate pharmacotherapy, these symptoms of varying severity can progress to major complications, such as seizures or delirium tremens, and can sometimes lead to death. Although most addiction facilities utilize a hierarchical model of withdrawal severity based on the assessment of the individual's risks using standardized clinical tools, the nature of these tools is heterogenous across the different facilities, and certain aspects of the practices vary from one region of Québec to another. Furthermore, many people with alcohol use disorder (AUD) could benefit from relapse prevention therapy immediately after withdrawal in that it could help them achieve and maintain their goals concerning their AUD.

In order to reduce the impact of alcohol withdrawal on the physical and psychological health of individuals, the Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 (PAID) (2018-2028 Interministerial Addiction Action Plan) recommends, among other things, using protocols and approaches that are recognized as being effective and validated clinical assessment tools to assess the risks associated with alcohol withdrawal. To better support health professionals in their clinical decisions, INESSS has undertaken work to produce an optimal use guide (OUG) on pharmacological treatments for alcohol withdrawal and relapse prevention.

### Method

This optimal use guide is based on the best available scientific data from systematic reviews (SRs) of primary studies and on clinical practice guideline (CPG) recommendations. They were supplemented with legislative and organizational contextual elements specific to Québec and the perspectives of a number of Québec experts and clinicians who collaborated in this project. A systematic review was carried out, in collaboration with a scientific information specialist, in the MEDLINE, EBM Reviews and Embase databases to identify clinical practice guidelines and guidance documents on the subject. The literature search was limited to items published between January 2015 and May 2020 in French or English. In addition, a grey literature search was conducted by consulting, among others, the websites of the Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), the British Columbia Guidelines, the Canadian Coalition for Seniors' Mental Health (CCSMH), the Société française d'alcoologie (SFA), the National Institute for Health and Care Excellence (NICE), the United States Department of Veterans Affairs - Division of Defense (Va/DoD), the University of Medicine and Health Sciences (UMHS), the American Society of Addiction Medicine (ASAM), and the American Psychological Association (APA). The websites of

two Québec-based organizations, the Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance (Addiction and Homelessness Organizational and Clinical Support Team) and the Communauté de pratique médicale en dépendance (CPMD) (Community of Practice in Addiction Medicine), were consulted as well. The bibliographies of the selected publications were examined for other relevant items, and the Google search engine was used to find publications from regulatory agencies. The official product monographs for the main drugs of interest in this project were also consulted.

## Results

The scientific information search yielded 4941 publications, from which 10 clinical practice guidelines were selected.

For the management of alcohol withdrawal, our work confirms that benzodiazepines, such as lorazepam and diazepam, are still the most frequently recommended first-line treatments, mainly because of their proven efficacy in reducing withdrawal symptoms, regardless of their severity. Moreover, since benzodiazepines have also demonstrated their efficacy in reducing the incidence of alcohol withdrawal-related complications, these drugs are the most appropriate treatment for severe withdrawal or withdrawal with a risk of complications for which pharmacological management should be carried out quickly and in a hospital setting. Nonetheless, this work also supports the use of gabapentin as an appropriate treatment option for alcohol withdrawal of mild to moderate severity with a low risk of complications. For individuals at low risk for withdrawal-related complications and who have a low risk of developing a withdrawal syndrome or mild active withdrawal symptoms, consideration should be given to administering pharmacotherapy and managing them on an outpatient basis. During withdrawal therapy, especially in a hospital setting, frequent and rigorous assessments of the individual's status are required. The drug doses need to be adjusted according to the course of the withdrawal symptoms. In this connection, our work identified several validated tools that can supplement the physical examination and support clinical judgment, whether for assessing the risk of withdrawal-related complications or the severity of the individual's withdrawal symptoms. Lastly, after successful withdrawal management, and to ensure continuity of care, pharmacotherapy for relapse prevention should be offered to all individuals with AUD. In this regard, our work confirms the use of naltrexone as a first-line treatment and acamprosate as a second-line treatment, both of which are approved by Health Canada for the maintenance of post-withdrawal abstinence and for relapse prevention in individuals with AUD. In addition, our work identified gabapentin and topiramate as appropriate second-line treatment options. Among other things, when choosing a pharmacological treatment, the clinician should take the person's treatment goals, prior experiences, and preferences into consideration. Since AUD is a chronic and recurring condition that requires ongoing, individualized interdisciplinary management, pharmacotherapy should be accompanied by a brief intervention, a motivational conversation, and a proposal of psychosocial interventions, which, however, should not be seen as being conditional or mandatory for accessing the treatment. Lastly, to limit the risk of overdose and the diversion of benzodiazepines, gabapentin or topiramate, it was

deemed important to consider implementing measures such as prescription splitting and more frequent pharmacy visits in cases of outpatient withdrawal or pharmacological management for relapse prevention.

## **Conclusion**

The recommendations developed in this project reflect the latest changes likely to influence Québec practice in the treatment of alcohol withdrawal and relapse prevention, in particular, the addition of certain anticonvulsants to the treatment options and the inclusion of the main instruments that have been validated for supporting the clinical assessment of individuals with AUD. By emphasizing the pharmacological treatments that should be preferred according to the degree of severity and the risk of alcohol withdrawal-related complications, the tools we have developed should help better guide and support health professionals and thus optimize the use of these drugs. Furthermore, including both alcohol withdrawal and relapse prevention in the same optimal use guide is likely to promote continuity of care for individuals with AUD.

## SIGLES ET ACRONYMES

ACMTS	Agence canadienne des médicaments et des technologies en santé
AGREE	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i>
AGREE GRS	<i>AGREE Global Rating Scale</i>
AIA	<i>Anger, Irritability, and Aggression Questionnaire</i>
ALT	Alanine aminotransférase
APA	American Psychiatric Association
APhC	Association des pharmaciens du Canada
APQ	<i>Alcohol Problems Questionnaire</i>
AST	Aspartate aminotransférase
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
AWSC	<i>Alcohol Withdrawal Symptoms Checklist</i>
ASAM	American Society of Addiction Medicine
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
BCCSU	British Columbia Centre on Substance Use
BID	Deux fois par jour
β-HCG	Hormone chorionique gonadotrope
BIS	<i>Barratt Impulsivity Scale</i>
CCDUS	Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
CCSMPA	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées
CEC-UOM-PMNO	Comité d'excellence clinique – Usage optimal du médicament (y inclus les protocoles médicaux nationaux et les ordonnances associées)
CIWA-Ar	<i>Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised</i>
Clcr	Clairance de la créatinine
CLSC	Centre local de services communautaires
CPMD	Communauté de pratique médicale en dépendance
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DEBA-Alcool	Dépistage/Évaluation du besoin d'aide – Alcool
DIE	Une fois par jour
DSM-5	5 <sup>e</sup> édition du <i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)</i>
DT	<i>Delirium tremens</i>
e-CPS	<i>Electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties</i>
ECRA	Études comparatives à répartition aléatoire

ECRNA	Études comparatives à répartition non aléatoire
EBM	<i>Evidence-based Medicine Reviews</i>
FDA	Food and Drug Administration
FQCRPAT	Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
FSC	Formule sanguine complète
g	Gramme
GABA	Acide gamma-aminobutyrique
GGT	Gamma glutamyltranspeptidase
GHB	Gammahydroxybutyrate
GMF	Groupe de médecine familiale
GPC	Guide de pratique clinique
GSJ	Index de sévérité global ( <i>Global Severity Index</i> )
GUO	Guide d'usage optimal
h	Heure
HS	Au coucher
IAWMH	International Association for Women's Mental Health
ICD	<i>International Classification of Diseases</i>
IM	Voie intramusculaire
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISI	International Scientific Institute
IV	Voie intraveineuse
l	Litre
LARS	<i>Luebeck Alcohol Withdrawal Risk Scale</i>
LDQ	<i>Lead Dependence Questionnaire</i>
LSN	Limite supérieure normale
MAWS	<i>Michigan Alcohol Withdrawal Severity</i>
mg	Milligramme
mg/dl	Milligrammes par décilitre
mg/ml	Milligrammes par millilitre
ml	Millilitre
ml/min	Millilitres par minute
mmol	Millimole
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NMDA	N-méthyl-D-aspartate

OIPI	Ordonnance individuelle préimprimée
PAID	Plan d'action interministériel en dépendance
PAWSS	<i>Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale</i>
PICO	Population à l'étude, intervention, comparateurs, résultats d'intérêt ( <i>outcomes</i> )
PIPOH	PIPOH (population à qui s'adresse l'intervention, intervention, professionnels à qui s'adressent les travaux, paramètres d'intérêt ( <i>outcomes</i> ) ainsi que le milieu et le contexte de l'intervention ( <i>health care setting</i> ))
PMN	Protocole médical national
PO	Voie orale
PRN	Au besoin
QID	Quatre fois par jour
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RASS	<i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i>
R-AMSTAR	<i>Revision of Assessing Methodological Quality of Systematic Reviews</i>
RNI	Ratio normalisé international
RPAM	Régime public d'assurance médicaments
RS	Revue systématique
SADQ	<i>Severity of Alcohol Dependence Questionnaire</i>
SAWS	<i>Short Alcohol Withdrawal Scale</i>
SOWS	<i>Short Opioid Withdrawal Scale</i>
SFA	Société Française d'Alcoologie
SNC	Système nerveux central
SSA	Syndrome de sevrage d'alcool
TID	Trois fois par jour
TUA	Trouble lié à l'usage d'alcool
TUO	Trouble lié à l'usage d'opioïdes
TUS	Trouble lié à l'utilisation d'une substance
UMHS	University of Michigan Health System
UMSS	<i>University of Michigan Sedation Scale</i>
VA/DoD	Department of Veterans Affairs/Department of Defense (États-Unis)
VGM	Volume globulaire moyen
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WFSBP	World Federation of Societies of Biological Psychiatry



# INTRODUCTION

## Problématique

En 2018, 19,1 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus (soit environ 5,9 millions de personnes) ont déclaré une consommation d'alcool qui pouvait être considérée comme abusive [Statistique Canada, 2019]. En 2017, le taux d'hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool (249 sur 100 000 personnes) était comparable au taux d'hospitalisations à la suite d'une crise cardiaque (243 sur 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 4 571 visites dans les urgences et à l'hospitalisation de 3 166 personnes pour une durée moyenne de 11,4 jours [INESSS, 2019].

Après une consommation massive et prolongée d'alcool, le sevrage peut mener à l'apparition de plusieurs symptômes d'intensité variable qui causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social ou professionnel [APA, 2015]. Les symptômes du sevrage varient en intensité, allant de manifestations bénignes telles que des tremblements et insomnies jusqu'à des complications majeures qui peuvent évoluer vers le *delirium tremens* (DT), qui constitue la forme sévère du syndrome de sevrage d'alcool [Bayard *et al.*, 2004]. Cet état est associé à une hyperactivité du système nerveux autonome, une désorientation, de la confusion, un délire hallucinatoire, la survenue possible de crises convulsives et il peut entraîner la mort de la personne [Pic, 2015]. La prise en charge de la clientèle en sevrage d'alcool est actuellement assurée par les centres de réadaptation en dépendance (CRD), certains centres hospitaliers ainsi que des cliniques spécialisées. Il existe un faible développement de cette pratique en groupes de médecine familiale (GMF).

Selon la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT), les quatre principaux objectifs du sevrage assisté sont d'offrir un sevrage sécuritaire qui comprend une évaluation de la condition de santé et de l'intensité des symptômes, la diminution de la sensation d'inconfort physique et de la détresse psychologique, la préparation de l'individu à une démarche de réadaptation en dépendance et, au besoin, de fournir de l'aide, du soutien et une orientation en cas de préoccupations liées à l'utilisation de substances psychoactives [FQCRPAT, 2008].

Un portrait récent des pratiques en dépendance au Québec [INESSS, 2019] mentionne qu'une majorité d'établissements spécialisés en dépendance emploient un modèle hiérarchique d'intensité de sevrage basé sur l'évaluation des risques pour la personne. Ces risques sont généralement évalués à l'aide d'outils cliniques standardisés. Cependant, la nature des outils d'évaluation est hétérogène entre les différents établissements, et certains aspects des pratiques sont variables d'une région à l'autre du Québec. Plusieurs établissements n'appliquent pas un protocole standardisé ou ne possèdent pas d'ordonnances préimprimées pour traiter le sevrage d'alcool.

## Contexte de l'amorce des travaux

Au Québec, le Plan d'action interministériel en dépendance (PAID) 2018-2028 vise à mettre en œuvre des services de gestion du sevrage de l'alcool dans toutes les régions de la province [MSSS, 2018]. Les clientèles visées par le volet sur le sevrage dans le plan d'action interministériel sont les jeunes et les adultes qui se présentent aux services en état d'intoxication et ceux pour lesquels la gestion du sevrage nécessite un accompagnement médical et psychosocial adapté aux risques et symptômes présentés. Les services de gestion du sevrage doivent être offerts à certains usagers qui répondent aux critères d'un trouble lié à l'usage d'alcool (TUA) en fonction de leurs besoins liés au sevrage, déterminés consécutivement à l'évaluation des risques de complications du sevrage et des conditions médicales et psychologiques associées à celui-ci. Selon le système de hiérarchisation de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM), le niveau d'intensité du sevrage déterminera l'intensité des services requis pour chaque usager [ASAM, 2013].

Afin de réduire les conséquences sur l'état de santé physique et psychologique des usagers en sevrage d'alcool, le PAID recommande l'application de protocoles et l'emploi d'approches reconnues comme étant efficaces, d'outils d'évaluation clinique validés pour apprécier les risques associés au sevrage et l'élaboration de plans de services individualisés en fonction des besoins de la clientèle.

Finalement, il semble qu'une revue systématique des données scientifiques disponibles serait nécessaire pour bien choisir les options de traitement pharmacologique à privilégier pour le sevrage de l'alcool et la prévention des rechutes [INESSS, 2021a]. Bien que les molécules de la classe des benzodiazépines aient longtemps été considérées comme le traitement de première intention du sevrage de l'alcool, leur usage comporte certains risques importants, notamment une interaction pharmacologique avec l'alcool qui peut en accentuer les effets et augmenter sa toxicité, un nombre élevé d'interactions médicamenteuses, des effets indésirables importants et un potentiel de dépendance, de détournement et d'usage non médical non négligeable [BCCSU, 2019]. 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. Par ailleurs, une question similaire a été soulevée pendant l'élaboration du guide d'usage optimal (GUO) en ce qui concerne les options de traitement disponibles pour la prévention des rechutes des personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool. À l'heure actuelle, seulement l'acamprosate et la naltrexone ont cette indication de traitement auprès de Santé Canada. Par contre, ces deux molécules font souvent l'objet de ruptures de stock, ce qui peut compromettre l'accès à un traitement pour certaines personnes aux prises avec un trouble lié à l'usage d'alcool. Les molécules de la famille des anticonvulsivants sont également administrées en clinique pour la prévention des rechutes, et leur ajout parmi les autres options de traitement permettrait de pallier cette situation.

## **Objectif**

Le présent projet avait pour objectif d'élaborer un guide d'usage optimal (GUO) des traitements pharmacologiques dans le cadre du sevrage d'alcool et de la prévention des rechutes. Les recommandations reposent sur les données et publications scientifiques ainsi que sur les savoirs contextuel et expérientiel de cliniciens et d'experts québécois. Ce guide vise à favoriser l'usage optimal des traitements pharmacologiques dans la prise en charge du sevrage de l'alcool en interne et en externe ainsi que dans la prévention des rechutes afin de mieux soutenir les professionnels de la santé dans leurs décisions cliniques. Ces travaux ont été effectués en parallèle de travaux visant l'élaboration des outils suivants :

- un protocole médical national (PMN) avec un modèle d'ordonnance collective associée sur la réalisation d'un bilan sanguin dans le cadre de l'évaluation d'un trouble lié à l'usage d'alcool diagnostiqué ou suspecté;
- un PMN sur l'administration de benzodiazépines ou de gabapentine prescrites dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'alcool;
- un PMN avec un modèle d'ordonnance collective associée sur l'administration d'un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes chez une personne atteinte d'un trouble lié à l'usage d'alcool.

## **Livrables**

- Guide d'usage optimal des traitements pharmacologiques pour le sevrage de l'alcool et la prévention des rechutes
- Rapport en soutien aux travaux
- Rapport de revue systématique
- Modèles d'ordonnances individuelles préimprimées

## **Aspects exclus**

- Les aspects psychothérapeutiques et psychosociaux liés à la prise en charge du sevrage de l'alcool ne sont pas abordés directement et n'ont pas fait l'objet d'une question de recherche particulière dans le cadre des présents travaux. Cet aspect a toutefois été considéré dans son ensemble pour formuler certains messages clés à rappeler aux cliniciens sur la question.

# 1. MÉTHODOLOGIE

La méthodologie employée pour traiter les questions de recherche respecte les normes de qualité de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et comprend l'intégration des données issues de plusieurs sources, soit les données scientifiques, bonifiées à l'aide des données contextuelles et expérientielles. Une recherche documentaire a été réalisée pour répondre à chacune des questions de recherche. L'analyse de l'information a été effectuée 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 la perspective des différentes parties prenantes consultées. Les détails de la méthodologie sont présentés ci-dessous.

## 1.1. Questions de recherche

Pour la revue systématique, les questions de recherche sur l'efficacité et l'innocuité des traitements pharmacologiques ont été formulées en tenant compte des éléments du modèle PICO – population à l'étude, intervention, comparateurs, résultats d'intérêt (*outcomes*) présenté ci-dessous. Les autres 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*)).

### Efficacité

1. Quelle est l'efficacité des anticonvulsivants (p. ex. gabapentine, carbamazépine, acide valproïque) comparativement aux benzodiazépines (p. ex. clorazépate, diazépam, oxazépam) sur l'amélioration des signes cliniques et paracliniques (p. ex. fidélité au traitement, diminution du score sur l'échelle *Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised* [CIWA-Ar]) pour le sevrage d'une personne atteinte d'un trouble lié à l'usage d'alcool (TUA)?
2. Quelle est l'efficacité de la gabapentine, du topiramate, de la prégabaline, de la carbamazépine, de l'acide valproïque ou du baclofène comparativement à la naltrexone, l'acamprosate ou un placebo pour la prévention des rechutes (p. ex. abstinence, réduction de la fréquence des consommations, qualité de vie, fonctionnement) chez une personne atteinte d'un trouble lié à l'usage d'alcool?

### Innocuité

3. Quels sont les effets indésirables associés à l'administration des anticonvulsivants (p. ex. gabapentine, carbamazépine, acide valproïque) comparativement aux benzodiazépines (p. ex. clorazépate, diazépam, oxazépam) chez une personne atteinte d'un trouble lié à l'usage d'alcool?

4. Quels sont les effets indésirables associés à l'administration de la gabapentine, du topiramate, de la prégabaline, de la carbamazépine, de l'acide valproïque ou du baclofène comparativement à la naltrexone, l'acamprosate ou un placebo chez une personne atteinte d'un trouble lié à l'usage d'alcool?

Les questions 1 à 4 ci-dessus ont fait l'objet de revues systématiques de la littérature (RS), qui sont présentées en détail dans un rapport distinct [INESSS, 2021a].

### **Aspects physiopathologiques**

5. Quelles sont les preuves scientifiques les plus récentes sur les mécanismes biochimiques et cellulaires qui participent au développement de complications lors d'un sevrage d'alcool?

### **Facteurs de risque**

6. Quels sont les facteurs de risque, documentés par des données probantes, qui sont associés à la survenue de complications lors d'un sevrage d'alcool?

### **Diagnostic**

7. Quelles sont les principales manifestations cliniques (signes et symptômes) du syndrome de sevrage de l'alcool?
8. Quels sont les critères diagnostiques qui permettent la distinction entre le syndrome de sevrage de l'alcool et d'autres problèmes de santé?
9. Quels sont les niveaux de sévérité du syndrome de sevrage de l'alcool?

### **Modalités de pratique**

10. Quelles sont les modalités de bonne pratique clinique relatives au sevrage de l'alcool et à la prévention des rechutes chez les personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool avéré selon les critères de la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) concernant :
  - a. La démarche diagnostique à accomplir pour conclure à un syndrome de sevrage de l'alcool ou à un risque important de syndrome de sevrage de l'alcool;
  - b. Les traitements pharmacologiques pour le sevrage d'alcool et pour favoriser la prévention des rechutes après le sevrage (p. ex. naltrexone, acamprosate ou autre médicament en soutien), y compris l'information sur la posologie, la teneur et la durée du traitement;
  - c. Les contre-indications des traitements pharmacologiques pour le sevrage et la prévention des rechutes à retenir et les populations particulières à considérer (p. ex. personnes atteintes d'une insuffisance rénale ou hépatique, etc.);

- d. Les traitements pharmacologiques complémentaires à administrer lors du sevrage d'alcool (p. ex. vitamines), y compris l'information sur la posologie, la teneur et la durée du traitement;
- e. Les critères d'amorce, de suivi et d'arrêt du traitement pharmacologique pour le sevrage d'alcool (p. ex. signes, symptômes, outils d'évaluation comme la grille CIWA-Ar) et la prévention des rechutes;
- f. Les analyses de laboratoire à réaliser avant, pendant et après le sevrage de l'alcool chez les personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool;
- g. Les critères d'amorce du traitement et de détermination du niveau d'intensité des soins requis (en externe ou en interne) lors du sevrage d'alcool.

### **1.1.1. Autres aspects documentés en cours de projet**

Les aspects suivants au sujet du sevrage de l'alcool et de la prévention des rechutes ont été documentés :

- Le continuum de soins d'une personne souffrant d'un trouble lié à l'usage d'alcool;
- Les enjeux organisationnels, les facteurs facilitants et contraignants pour les professionnels et les usagers (p. ex. accessibilité clinique);
- Les indicateurs qui pourraient permettre de suivre l'adoption des recommandations du guide d'usage optimal;
- Les aspects relatifs aux traitements pharmacologiques du sevrage de l'alcool et de la prévention des rechutes qui mériteraient des rappels ou des formations destinées aux cliniciens non spécialisés;
- Certains aspects importants entourant la prise en charge psychosociale du sevrage d'alcool et de la prévention des rechutes (messages clés seulement);
- Les enjeux entourant le transfert des connaissances et l'implantation du guide;
- La rétroaction sur les habitudes de prescription et les modèles de soins appliqués dans les divers milieux de soins;
- L'acceptabilité de l'intervention proposée;
- L'applicabilité et les retombées potentielles de la mise en œuvre.

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

### 1.2.1. Type de revue de la littérature

Pour les questions de recherche 5 à 9 sur les aspects physiopathologiques, les facteurs de risque de complications et le diagnostic du syndrome de sevrage de l'alcool, des revues narratives de la littérature ont été réalisées. Pour la question de recherche 10 sur les modalités de bonnes pratiques, une revue systématique de la littérature a été effectuée.

### 1.2.2. Stratégie de repérage d'information scientifique

#### 1.2.2.1. Aspects physiopathologiques

Pour documenter les aspects physiopathologiques, une recherche a été effectuée par un seul examinateur dans la base de données MEDLINE à l'aide de mots clés comme *alcool withdrawal syndrome* et *pathogenesis, detoxification*. Les critères de sélection suivants ont été appliqués : une revue publiée dans un journal révisé par les pairs, spécialisé dans la thématique et ayant un facteur d'impact supérieur à quatre basé sur la cote déterminée par l'organisme International Scientific Institute (ISI)<sup>1</sup>. Seules les publications rédigées en anglais ou en français entre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et le 1<sup>er</sup> juin 2020 ont été retenues. Les opinions d'experts, les éditoriaux et les études primaires ont été exclus. Les documents complets ont par la suite été lus par un seul auteur afin d'en confirmer la pertinence et de vérifier si les théories élaborées étaient fondées sur des études portant sur l'humain.

#### 1.2.2.2. Autres questions de recherche

Pour la question de recherche 10 sur les modalités de bonnes pratiques, la stratégie de repérage de l'information a été élaborée en collaboration avec un conseiller en information scientifique (bibliothécaire). Cette stratégie est présentée dans l'annexe A du document *Sevrage d'alcool et prévention des rechutes – Annexes complémentaires* [INESSS, 2021b]. Afin de diminuer les biais de divulgation, le repérage d'information a été effectué dans plus d'une base de données, comprenant, notamment, MEDLINE, Embase et *Evidence-based Medicine Reviews* (EBM Reviews). La recherche documentaire a porté sur les titres publiés de 2015 jusqu'à mai 2020. Seules les publications en français et en anglais ont été retenues. Une recherche particulière a également été réalisée afin de répertorier les documents qui n'avaient 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.

---

<sup>1</sup> International Scientific Indexing (ISI), disponible à : <https://isindexing.com/isi/index.php>.

Une recherche manuelle de la littérature a également été effectuée en examinant 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. Les monographies officielles des médicaments recommandés pour le traitement du sevrage d'alcool et pour le traitement et la prévention de la rechute homologués par Santé Canada ont aussi été consultées 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'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, dont les avis d'évaluation des médicaments aux fins d'inscription et les états de pratiques en lien avec le thème des travaux, ont été examinés. 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 (RPAM) ont également été parcourues durant les travaux. Les documents publiés par les partenaires à l'échelle provinciale, y compris, notamment, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la Communauté de pratique médicale en dépendance (CPMD) et la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT) ont été étudiés lors des travaux, de même que les documents publiés par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.

Pour les questions 5 à 9, la littérature scientifique et les guides de pratique clinique (GPC) retenus pour répondre aux questions 1 à 4 et à la question 10 ont également été analysés. La liste complète des sites consultés se trouve à l'annexe A du document *Sevrage d'alcool et prévention des rechutes – Annexes complémentaires* [INESSS, 2021b]. Les bibliographies des publications sélectionnées ont été utilisées afin de répertorier d'autres documents pertinents.

### **1.2.3. Sélection des documents**

La sélection des documents répertoriés par la recherche d'information scientifique 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 tenant compte de l'avis d'une troisième personne. 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 dans l'annexe B du document *Sevrage d'alcool et prévention des rechutes – Annexes complémentaires* [INESSS, 2021b].

**Tableau 1 Critères d'inclusion et d'exclusion des documents pour la question de recherche 10 sur les modalités de bonnes pratiques**

<b>Critères d'inclusion</b>	
<b>POPULATION</b>	Personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool selon les critères du DSM-5 et dont l'état nécessite un sevrage assisté par de la médication en interne ou en externe ou un traitement pour la prévention des rechutes.
<b>INTERVENTION</b>	Traitements pharmacologiques du sevrage d'alcool (p. ex. benzodiazépines, vitamines, traitements de soutien à l'abstinence) et pour favoriser la prévention des rechutes (p. ex. naltrexone, acamprosate).
<b>PROFESSIONNELS VISÉS /TYPE DE PUBLICATION</b>	Guides de bonne pratique clinique, consensus d'experts, lignes directrices, revues systématiques contenant des recommandations cliniques s'adressant aux professionnels de la santé.
<b>PARAMÈTRES D'INTÉRÊT</b>	Modalités d'usage des traitements pharmacologiques pour le sevrage de l'alcool et pour la prévention des rechutes.
<b>MILIEU ET CONTEXTE CLINIQUE DE L'INTERVENTION</b>	Centre hospitalier, CRD, GMF, centre local de services communautaires (CLSC), clinique privée, milieu carcéral
<b>ANNÉE DE PUBLICATION</b>	2015 à 2020
<b>Critères d'exclusion</b>	
<b>QUALITÉ MÉTHODOLOGIQUE</b>	Document dont la qualité méthodologique est jugée inadéquate d'après la grille d'évaluation <i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation</i> (AGREE II). Ces documents pourraient toutefois être considérés à défaut d'autres documents de meilleure qualité.

#### 1.2.4. Gestion des références

La gestion des références a été faite avec le logiciel bibliographique EndNote. Les publications ont été classées par groupes désignés selon les questions clés ou les résultats d'intérêt. Le fichier EndNote est enregistré dans un répertoire numérique consacré au projet et géré par les membres de l'équipe de projet.

#### 1.2.5. Évaluation de la qualité méthodologique des documents

Les documents ont été évalués indépendamment par deux professionnels scientifiques. Les outils et grilles d'évaluation de la qualité méthodologique utilisés sont les suivants :

AGREE GRS (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Global Rating Scale*) pour évaluer la qualité des documents comportant des lignes directrices [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 avaient élaboré *de novo* des recommandations ou adapté celles d'autres organisations. Par conséquent, aucune évaluation de la qualité méthodologique n'a été faite si des auteurs avaient adopté, sans modifications, des recommandations cliniques d'autres organisations. Lorsque, pour les besoins des présents travaux, seule de l'information clinique (p. ex. symptômes, signes, diagnostic différentiel) tirée de certains

guides de pratique clinique ou de tout autre document présentant des recommandations cliniques était utile, la qualité méthodologique de ces renseignements n'était pas évaluée.

#### **1.2.6. Extraction des données**

L'extraction des données 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. Pour pallier le manque de données pertinentes à l'analyse dans certaines études, les auteurs de ces études ont été contactés.

#### **1.2.7. Analyse et synthèse des données issues de la littérature**

Les données concernant les modalités de pratique ont été résumées sous la forme d'une synthèse narrative analytique comparative. Les recommandations extraites des documents retenus, appuyées par le niveau de preuve scientifique et l'argumentaire, ont été regroupées dans des tableaux pour pouvoir les comparer et reconnaître les similarités et les différences.

### **1.3. Recherche et méthodes de synthèse de l'information contextuelle et des perspectives recueillies à partir de consultations**

#### **1.3.1. Repérage de l'information**

Les recommandations cliniques élaborées par l'Institut sont le fruit de la triangulation des données issues de la littérature combinée à la perspective d'experts ou de cliniciens québécois ainsi qu'à des éléments contextuels propres au Québec. La perspective des cliniciens et des experts a été obtenue principalement par la consultation de parties prenantes qui ont participé aux travaux des comités mis en place par l'Institut.

#### **1.3.2. Comité consultatif**

Un comité consultatif a été mis sur pied pour accompagner l'Institut dans ses travaux. Ce comité avait pour mandat d'accompagner l'Institut dans le but d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique et l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit livré, et ce, en fournissant de l'information, 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 de ce rapport.

### **1.3.3. Comité d'excellence clinique – Usage optimal du médicament (y inclus les protocoles médicaux nationaux et les ordonnances associées)**

Le Comité d'excellence clinique – Usage optimal du médicament (y inclus les protocoles médicaux nationaux et les ordonnances associées) (CEC-UOM-PMNO) a également contribué aux travaux en formulant des commentaires et en indiquant des enjeux cliniques et organisationnels.

### **1.3.4. Analyse et synthèse de l'information tirée des consultations**

La contribution des parties prenantes a été documentée en utilisant une fiche 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 effectué. Les consultations de groupes ont de plus été enregistrées avec l'accord des participants. Les méthodes de consultation et de délibération privilégiées et le processus décisionnel qui a mené aux conclusions ont aussi été documentés.

### **1.3.5. Respect de la confidentialité et du code d'éthique**

Toute information de nature personnelle ou médicale fournie par les parties prenantes consultées a été anonymisée 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'Institut et les collaborateurs qui ont participé aux travaux ont pris connaissance du code d'éthique et se sont engagés à le respecter.

### **1.3.6. 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 – 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 formulaires de déclaration remplis ont fait l'objet d'une évaluation par l'Institut, laquelle a permis de déterminer les modalités de gestion à appliquer selon les situations déclarées. Aucune modalité particulière n'a dû être appliquée. Les conflits d'intérêts et de rôles sont divulgués publiquement dans les pages liminaires du présent rapport, par souci de transparence.

## **1.4. Approche d'intégration de l'ensemble de la preuve**

Relativement aux deux principaux thèmes de recherche, soit le sevrage de l'alcool et la prévention des rechutes, le tableau résumant l'énoncé des données scientifiques et le niveau de preuve a été repris en y ajoutant une synthèse de l'information contextuelle et la perspective des cliniciens et experts relative à chaque question. De plus, chacun des tableaux de preuve a été accompagné d'une synthèse narrative mettant en parallèle les données issues de la recherche, du contexte et de l'expérience en soulignant les éléments de convergence et de divergence.

Relativement à chaque thème de recherche, l'ensemble de la preuve a été analysé selon les cinq critères suivants :

- L'énoncé et le niveau de la preuve scientifique;
- Les aspects pharmacologiques, cliniques, sociaux et organisationnels;
- L'applicabilité de l'intervention;
- L'acceptabilité;
- Les effets potentiels de la mise en œuvre.

L'appréciation de la valeur de l'ensemble de la preuve a été faite par un groupe de travail constitué de parties prenantes pour faciliter l'applicabilité et l'implantation des recommandations. À cette fin, un processus délibératif a permis de structurer l'argumentaire menant aux recommandations formulées par consensus.

## **1.5. Méthode délibérative et de formulation des recommandations**

L'élaboration des recommandations a été réalisée avec l'aide des membres du comité consultatif. Ainsi, pour chaque thème de recherche, un tableau-synthèse a été présenté aux membres du comité consultatif. Il mettait en parallèle : 1) les données scientifiques; 2) les recommandations provenant des GPC; 3) l'information contextuelle; et 4) les constats préliminaires formulés par l'équipe de projet à l'INESSS à la suite de l'analyse de l'ensemble de la preuve. La triangulation des données scientifiques, contextuelles et expérientielles visant l'élaboration des recommandations a permis de structurer l'argumentaire qui a mené aux recommandations et de compenser les biais inhérents à chacune des sources de données, permettant ainsi d'accroître la fiabilité de ces recommandations [Denzin et Lincoln, 2000].

Les membres du comité consultatif ont par la suite échangé, dans un processus délibératif informel, sur l'ensemble de la preuve en vue de formuler les recommandations initiales. Dans un deuxième temps, ils se sont prononcés sur les recommandations finales, soit en délibéré ou par courriel, selon le degré de divergence des opinions initiales. Les recommandations retenues sont celles pour lesquelles un consensus a été obtenu. Pour être retenue, une recommandation devait avoir l'approbation de la majorité des membres du comité consultatif. À défaut d'un consensus sur la portée ou la pertinence d'inclure une recommandation, cette dernière a été retirée ou reformulée.

Avant de commencer les délibérations menant aux recommandations, les éléments qui devaient être considérés par les membres du comité consultatif lors du processus de décision ont été précisés. Dans l'ensemble, les recommandations ont été élaborées en prenant en considération la qualité de la preuve scientifique (niveau de preuve), l'équilibre entre les avantages et les inconvénients d'une recommandation, les valeurs et les préférences des professionnels et des usagers ainsi que l'applicabilité de l'intervention dans le contexte de la pratique.

Enfin, la formulation finale de chacune des recommandations a été déterminée à partir des propositions faites au terme de la délibération du groupe de travail, et une force lui a été associée sous la forme du choix du temps du verbe et du niveau de consensus (voir la [section 4](#) du présent document).

## **1.6. Outils de transfert des connaissances**

Les différentes parties prenantes consultées ont été invitées à préciser les besoins et à déterminer le type d'outil clinique qui pourrait être utile et pertinent pour soutenir les professionnels de la santé en première ligne. Par la suite, en considérant les aspects documentés dans le cadre de ces travaux, les grandes sections des outils cliniques ainsi que leur contenu ont été déterminés. À partir des recommandations cliniques élaborées et de l'information qu'il était important de diffuser aux cliniciens, des versions préliminaires des outils de transfert de connaissances ont été proposées aux membres du comité consultatif. Ces derniers ont alors été invités à formuler des commentaires et à proposer des modifications selon leur expertise et leur expérience. Une version intermédiaire des outils de transfert des connaissances a été présentée aux lecteurs externes. Un retour destiné aux membres du comité consultatif a été fait par courriel lorsque des changements sur le contenu étaient proposés par d'autres parties prenantes afin de vérifier la pertinence de reformuler les recommandations, le cas échéant.

En plus du guide d'usage optimal et des ordonnances individuelles préimprimées, une feuille de suivi a été élaborée pour informer les personnes traitées en milieu ambulatoire des principaux effets indésirables des médicaments prescrits pour un sevrage d'alcool et de la conduite à tenir selon l'évolution de leur condition.

## **1.7. Validation**

Le GUO et le rapport en soutien aux travaux ont été envoyés à quatre lecteurs externes pour qu'ils évaluent la pertinence du contenu et la qualité scientifique globale des documents. Les lecteurs externes ont été choisis en fonction de leur expertise et de leur engagement 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 présent document.

De plus, afin de s'assurer de la qualité globale du guide d'usage optimal, de la clarté et de la complétude de l'information présentée ainsi que de l'applicabilité des recommandations, plusieurs futurs utilisateurs potentiels de différentes régions du

Québec ont été consultés. Un sondage en ligne a été réalisé au mois d'avril 2021 pour recueillir leurs commentaires sur cet outil. La liste des participants à ce sondage est présentée dans les pages liminaires du rapport en soutien aux travaux.

Les commentaires des lecteurs externes ainsi que ceux des futurs utilisateurs ont été analysés par l'équipe de projet et intégrés dans le rapport final lorsque cela était pertinent.

## **1.8. Mise à jour**

L'évaluation de la pertinence de mettre à jour le guide d'usage optimal sera faite dans 4 ans à partir de la date de publication de la présente version.

## 2. RÉSULTATS

### 2.1. Description des documents repérés

La recherche d'information scientifique a permis de répertorier 4 941 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, 2021a].

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

- un produit par l'American Psychiatric Association (APA) : *Practice guideline for the pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder* [APA, 2018];
- un produit par l'American Society of Addiction Medicine (ASAM) : *The ASAM clinical practice guideline on alcohol withdrawal management* [ASAM, 2020];
- un 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 produit par la Michigan Medicine, University of Michigan (*auparavant University of Michigan Health System (UMHS)*) : *Alcohol withdrawal in hospitalized patients: Michigan Alcohol Withdrawal Severity (MAWS) protocol* [Czarnik et al., 2020];

Deux proviennent du Canada, soit :

- un produit par le British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU) : *Provincial guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder* [BCCSU, 2019];
- un produit par la 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* [CCSMPA, 2019];

Deux proviennent du Royaume-Uni, soit :

- un GPC produit par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) : *Alcohol use disorders: Diagnosis and management of alcohol related physical complications* [NICE, 2017];
- un autre GPC aussi produit par le NICE : *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 guide produit en association par la World Federation of Societies of Biological Psychiatry et l'International Association for Women's Mental Health (WFSBP-IAWMH) [Thibaut *et al.*, 2019].

Ces dix GPC ont été jugés de qualité méthodologique adéquate pour leur utilisation selon la grille AGREE II. Le processus de sélection des études sous forme de diagramme de flux, la liste des études exclues avec les raisons de leur exclusion et la liste des documents retenus (annexes B, C et D) ainsi que les résultats de l'évaluation de la qualité méthodologique des différents documents retenus (annexe E) sont présentés dans le document *Sevrage d'alcool et prévention des rechutes – Annexes complémentaires* [INESSS, 2021b]. Dans le même document, les données extraites des études primaires sont synthétisées sous forme de tableaux et disponibles à l'annexe F. L'appréciation détaillée de la preuve scientifique est présentée sous forme de tableaux à l'annexe G (tableaux G-2 à G-15).

## 2.2. Généralités

### 2.2.1. Aspects physiopathologiques

Les perturbations physiologiques associées au sevrage d'alcool sont causées par un réseau d'interactions complexes de signaux neurochimiques à la fois inhibiteurs et excitateurs. L'alcool agit comme un dépresseur du système nerveux en augmentant les effets des neurotransmetteurs de type inhibiteurs et en régulant à la baisse les neurotransmetteurs de type excitateurs. Il se lie à de nombreux récepteurs du système nerveux central comme les récepteurs glutamatergiques NMDA (N-méthyl-D-aspartate), les récepteurs GABA<sub>A</sub> ainsi que les récepteurs sérotoninergiques et nicotiniques.

L'acide gamma-aminobutyrique (GABA) est un neurotransmetteur qui augmente l'activité des récepteurs GABAergiques, des récepteurs-canaux ioniques qui ont une activité inhibitrice sur le système nerveux central [Rahman et Paul, 2020]. Le récepteur GABA<sub>A</sub> présente notamment, en dehors des sites récepteurs au GABA, une variété d'autres sites récepteurs topographiquement distincts capables de reconnaître des substances pharmacologiquement actives comme les benzodiazépines, les barbituriques, les neurostéroïdes, les anticonvulsivants et l'alcool, qui interagissent de manière allostérique avec les sites récepteurs au GABA et modulent la réponse du récepteur (*Les hypnotiques*, <http://neurobranches.chez-alice.fr/neurophy/aainhib2.html>). Ainsi, par son effet sur les récepteurs GABA<sub>A</sub>, l'alcool peut amplifier (intoxication aiguë) ou diminuer (intoxication chronique, désensibilisation des récepteurs GABA<sub>A</sub>) les effets inhibiteurs des produits sédatifs et hypnotiques à leurs sites d'action dans le cerveau. De ce fait, la consommation de benzodiazépines avec de l'alcool peut être très préjudiciable. Le glutamate est pour sa part un acide aminé qui exerce une activité excitatrice sur le système nerveux central via le récepteur NMDA. Comme il a été mentionné précédemment, l'alcool régule aussi à la baisse les neurotransmetteurs de type excitateurs, notamment en agissant comme antagoniste du récepteur NMDA.

La prise aiguë d'alcool entraîne une diminution de la transmission glutamatergique et une potentialisation de la réponse GABAergique, ce qui se traduit par des effets déprimeurs sur le système nerveux central et explique les pertes d'équilibre (par l'effet de l'alcool sur les neurones du cervelet) et la survenue d'un possible « coma » éthylique.

Par ailleurs, la prise chronique d'alcool entraîne une hypersensibilité des récepteurs glutamatergiques et une désensibilisation des récepteurs GABAergiques, ce qui mène, notamment, à la tolérance clinique et au besoin d'augmenter la quantité d'alcool ingérée pour obtenir un même effet [Czarnik *et al.*, 2020]. Les effets sont alors préférentiellement excitateurs et neurotoxiques. L'arrêt soudain de la consommation d'alcool induit une augmentation de l'activité du glutamate, résultant en une excitation du système nerveux qui peut se traduire par de l'agitation, des tremblements, de la tachycardie et de l'hypertension [Rahman et Paul, 2020] et qui explique les effets délétères (tremblements, crises d'épilepsie, délirium tremens) qui peuvent être observés lors d'un sevrage brutal. Dans les cas d'alcoolisme chronique, le sommeil est profondément désorganisé; il est fragmenté par de nombreux éveils, ne contient plus de stade 4 de sommeil lent profond et le sommeil paradoxal reste très instable.

Le *kindling* représente un autre phénomène physiologique important causé par l'alcool. Il consiste en une augmentation progressive de l'intensité des symptômes avec chaque épisode de sevrage subséquent. Des épisodes de sevrage d'alcool répétés causent une altération de la transmission du GABA, du glutamate et de la noradrénaline, ce qui augmente le risque de convulsions et de *delirium tremens* (DT).

### **2.2.2. Trouble lié à l'usage d'alcool**

Dans la version française, cinquième édition, du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), on trouve les troubles liés à l'alcool. Ils comprennent à la fois le trouble de l'usage de l'alcool (qui fait référence à un mode d'usage problématique) ainsi que les troubles induits par l'alcool (intoxication, sevrage, autres troubles mentaux induits par l'alcool). Dans les présents travaux, l'expression « trouble lié à l'usage d'alcool (TUA) » est employée et elle se réfère surtout au trouble de l'usage de l'alcool indiqué au manuel mentionné ci-dessus. Le trouble lié à l'usage d'alcool est une condition chronique et récurrente dont la prise en charge nécessite une approche individualisée [BCCSU, 2019]. Celui-ci est défini par la présence d'un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et psychologiques plutôt que par un niveau de consommation d'alcool en particulier, et la personne atteinte continue de consommer malgré les problèmes significatifs liés à cette consommation [SFA, 2015]. Il existe plusieurs systèmes de classification des troubles liés à l'usage de l'alcool. La majorité des guides de pratique clinique (GPC) retenus définissent toutefois le TUA selon les critères diagnostiques détaillés dans la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) de l'Association américaine de psychiatrie [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2019; NICE, 2017; APA, 2018; VA/DoD, 2015].

Dans le DSM-5, le trouble lié à l'usage d'alcool est défini comme étant un mode problématique d'usage de l'alcool qui conduit à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, comme en témoignent la présence d'au moins 2 des critères suivants, qui surviennent durant une période de 12 mois.

1. L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.
2. Désir persistant de diminuer ou de contrôler l'usage de l'alcool ou efforts infructueux.
3. Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir et utiliser l'alcool ou pour récupérer de ses effets.
4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.
5. L'usage récurrent de l'alcool résulte en un manquement à des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
6. Poursuite de la consommation d'alcool malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
7. Des activités sociales, professionnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
8. Usage récurrent de l'alcool dans des situations où il est physiquement dangereux.
9. Usage de l'alcool poursuivi bien que la personne sache avoir un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent qui est susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
10. Tolérance, telle que définie par l'un des éléments suivants :
  - Un besoin de quantités notablement plus grandes d'alcool pour obtenir l'effet désiré;
  - Un effet notablement diminué avec l'usage continu de la même quantité d'alcool.
11. Sevrage, tel que manifesté par l'un des éléments suivants :
  - Le syndrome caractéristique de sevrage de l'alcool;
  - L'alcool ou une substance très proche comme un médicament benzodiazépine tel que le Xanax (liste) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Une interprétation plus large des critères diagnostiques du DSM-5 pourrait toutefois être requise chez les personnes âgées, en considérant les troubles de mémoire et le déclin cognitif et en reconnaissant que les critères du manuel diagnostique ne permettront pas de détecter tous les cas en raison de la réduction des obligations sociales et professionnelles de cette population [CCSMPA, 2019]. Selon le DMS-5, la sévérité du

trouble lié à l'usage d'alcool est définie par le nombre de critères diagnostiques présents lors de l'évaluation de l'état de la personne. Alors qu'un trouble léger est caractérisé par la présence de 2 ou 3 critères, le trouble modéré est défini par la présence de 4 ou 5 critères; la présence de 6 critères ou plus représente un trouble sévère. À cet égard, la Société Française d'Alcoologie précise que la consommation d'alcool moyenne par jour et le nombre moyen de jours de consommation excessive par mois complètent cette évaluation [SFA, 2015].

Les membres du comité consultatif sont d'avis qu'il est pertinent de mentionner dans le guide d'usage optimal (GUO) que le diagnostic du TUA devrait être fait selon les critères du DMS-5, bien qu'il ne soit pas nécessaire d'y rappeler les différents critères diagnostiques ou l'évaluation du niveau de sévérité du trouble, puisque c'est la prise en charge générale des personnes qui en sont atteintes qui devrait davantage être priorisée. Ils ajoutent qu'il est effectivement important et souhaitable de favoriser les soins interdisciplinaires chez les personnes atteintes d'un TUA. Afin de maximiser les chances de succès du traitement de ce trouble, il est important de reproduire le plus fidèlement possible les conditions dans lesquelles les données issues de la littérature ont été obtenues, c'est-à-dire en assurant un encadrement régulier et personnalisé des personnes.

### **2.2.3. Syndrome de sevrage de l'alcool**

Le syndrome de sevrage de l'alcool survient après une cessation ou une réduction de la consommation, et plus particulièrement à la suite d'une période de consommation élevée et prolongée d'alcool. Les symptômes du sevrage d'alcool surviennent généralement de quelques heures à quelques jours après la réduction ou l'arrêt de la consommation et ils sont d'intensité variable, allant de manifestations bénignes telles que des tremblements et insomnies jusqu'à des complications majeures qui peuvent évoluer vers le *delirium tremens* (DT), lequel constitue la forme sévère du syndrome de sevrage d'alcool [Bayard *et al.*, 2004]. Cet état est associé à une hyperactivité du système nerveux autonome, une désorientation, de la confusion, des hallucinations, la survenue possible de crises convulsives et il peut entraîner la mort de la personne [Pic, 2015]. Par ailleurs, l'arrêt subit d'une consommation importante et prolongée d'alcool peut mener à l'apparition de signes et symptômes de sevrage, et ce, même sans un trouble lié à l'usage d'alcool. Un syndrome de sevrage d'alcool mal traité peut entraîner une neurotoxicité et de multiples complications potentielles (neurologiques, psychiatriques, psychosociales). Il est donc important de favoriser la gestion appropriée d'un sevrage, qu'il apparaisse ou non dans le contexte d'un TUA ou non et de ce fait, les recommandations concernant la gestion et le traitement du sevrage d'alcool sont applicables même sans la présence d'un trouble lié à l'usage d'alcool.

Selon le guide publié par l'UMHS, le diagnostic du syndrome de sevrage d'alcool est basé sur la présence de facteurs de risque, sur les antécédents de la personne ainsi que sur les signes et symptômes observés lors de la présentation. Dans le GPC publié par l'ASAM, il est plutôt recommandé, pour le diagnostic du syndrome de sevrage d'alcool, d'appliquer les critères du DSM-5. Selon la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'Association américaine de psychiatrie, les critères diagnostiques d'un syndrome de sevrage sont les suivants [APA, 2015] :

- A. Arrêt (ou réduction) d'un usage d'alcool qui a été massif et prolongé.
- B. Au moins deux des manifestations suivantes se développent de quelques heures à quelques jours après le critère A :
  - Hyperactivité du système nerveux autonome, p. ex. transpiration, fréquence cardiaque supérieure à 100;
  - Augmentation du tremblement des mains;
  - Insomnie;
  - Nausées ou vomissements;
  - Hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives;
  - Agitation psychomotrice;
  - Anxiété;
  - Crises convulsives généralisées tonico-cloniques (du type grand mal).
- C. Ces signes ou symptômes causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les signes ou symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance.

Les membres du comité consultatif confirment que le diagnostic d'un syndrome de sevrage d'alcool est établi à partir des critères du DMS-5 dans la pratique québécoise, mais qu'aucun rappel à cet égard n'est nécessaire dans le guide d'usage optimal. Pour mieux orienter la prise en charge de la personne atteinte, ils précisent toutefois qu'il serait plus important d'aborder les facteurs de risque de complications et l'évaluation de la sévérité des signes et symptômes d'un sevrage plutôt que d'y détailler les critères diagnostiques du syndrome de sevrage d'alcool indiqués au manuel diagnostique.

## 2.3. Évaluation initiale

La prise en charge du TUA comprend à la fois le traitement du sevrage et de la prévention de la rechute, qui devraient, le cas échéant, être offerts au même moment afin d'assurer un continuum de soins. La prévention des rechutes peut inclure le maintien de l'abstinence d'alcool chez les personnes qui ont été traitées pour un sevrage d'alcool ainsi que la diminution de la consommation d'alcool chez les personnes sevrées ou non. De façon générale, il est recommandé de déterminer, lors de l'évaluation initiale du cas d'une personne atteinte d'un TUA, le mésusage de l'alcool, la sévérité du trouble et la pertinence d'un traitement pour le sevrage [NICE, 2019; APA, 2018; SFA, 2015]. Il est également recommandé de s'assurer d'évaluer la consommation d'alcool présente et passée ainsi que les troubles liés à l'utilisation d'une substance autre que l'alcool [NICE, 2019; APA, 2018]. Selon le GPC de la SFA, le repérage d'un mésusage doit aboutir à la recherche des complications qui en découlent et à la planification de l'intervention en fonction de leur niveau de sévérité. Il est aussi important de s'assurer d'évaluer les risques de conséquences pour la personne, y inclus le suicide et la négligence, ainsi que les risques de répercussions sur les autres. De plus, le dépistage clinique et biologique et la prise en charge des complications somatiques ou psychiatriques du mésusage de l'alcool font partie de la prise en charge et peuvent influencer sur le choix de la pharmacothérapie [APA, 2018; SFA, 2015]. La comorbidité psychiatrique doit être systématiquement recherchée, car elle aggrave la sévérité du mésusage de l'alcool et diminue la sensibilité aux traitements [SFA, 2015]. Toujours selon le même guide, l'évaluation de l'environnement social comprend la disponibilité et la fiabilité de l'entourage, le mode d'hébergement, la situation professionnelle, la situation financière et la situation judiciaire de la personne. Lors de l'évaluation initiale, il est aussi recommandé par la SFA d'accepter l'objectif de consommation du sujet. Finalement, selon une recommandation forte de la CCSMPA, les personnes âgées devraient faire l'objet d'une évaluation de leur consommation d'alcool, et ce, dans tous les milieux de soins [CCSMPA, 2019].

Globalement, les membres du comité consultatif sont en accord avec les recommandations des GPC. Ils soulignent par ailleurs qu'il est important de rechercher la consommation d'autres substances lors de l'évaluation du cas d'une personne atteinte d'un TUA, les troubles concomitants liés à l'utilisation d'une substance psychoactive étant relativement fréquents. En accord avec la Société Française d'Alcoologie, l'importance de rechercher systématiquement une comorbidité comme un trouble psychiatrique a été soulevée, et ce, non seulement en raison des conséquences sur le TUA, mais aussi à cause de la fréquence élevée de cooccurrences entre les troubles liés à l'utilisation d'une substance (TUS) et les autres troubles psychiatriques, de la possibilité d'un trouble psychiatrique comorbide ou sous-jacent non diagnostiqué en présence d'un TUS ou d'un TUA ainsi que des conséquences de ce dernier trouble ou de l'absence de diagnostic sur le trouble psychiatrique. En effet, considérant la forte prévalence de conditions psychiatriques associées à un trouble lié à l'usage d'alcool (par exemple trouble anxieux généralisé, phobie sociale, maladie affective bipolaire, syndrome de stress post-traumatique), et souvent qui en précèdent le développement,

ces problèmes devraient être activement recherchés, reconnus et traités afin de réduire les risques de rechute de la consommation d'alcool. Les membres du comité consultatif sont d'avis qu'il est aussi pertinent de reconnaître une consommation d'alcool menant à des comportements à risque ou néfastes pour l'individu ou son environnement. Il est donc important, lors d'une rencontre avec une personne, de la questionner sur le contexte et les comportements associés à sa consommation d'alcool. Puisqu'il est important de considérer le choix et les objectifs de la personne pour orienter le choix du traitement, il est indiqué, selon les membres du comité consultatif, de s'en informer lors de l'évaluation initiale. Cependant, selon les membres de ce comité, les antécédents de traitement, y compris, notamment, l'efficacité, la tolérance, la dose maximale atteinte et la raison de l'arrêt, sont plus importants que les objectifs du traitement. Ils précisent toutefois que les préférences de la personne traitée peuvent s'appliquer autant à la psychothérapie qu'à la pharmacothérapie.

Chez une personne atteinte d'un TUA, il est généralement pertinent d'évaluer la nécessité d'amorcer un traitement pharmacologique pour le sevrage. L'ASAM précise par ailleurs la pertinence d'évaluer le risque de développer un syndrome de sevrage d'alcool chez les personnes qui cessent subitement une consommation importante et prolongée d'alcool, et ce, même si elles ne sont pas atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool [ASAM, 2020]. Trois des GPC retenus précisent aussi que l'évaluation de la pertinence d'effectuer un sevrage d'alcool est importante chez les personnes admises à l'hôpital et pour celles qui doivent subir une chirurgie non urgente [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; CCSMPA, 2019]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec l'ASAM, mais ils précisent que, bien qu'il soit pertinent d'évaluer la nécessité de soumettre à un sevrage les personnes qui doivent subir une chirurgie, cet aspect est normalement géré par l'équipe de chirurgie.

Selon l'UMHS, le diagnostic du syndrome de sevrage est basé sur la présence de facteurs de risque, d'antécédents de convulsions liées à un sevrage, de *delirium tremens* ou d'autres symptômes de sevrage, ainsi que sur les symptômes observés lors de la présentation et de l'examen physique de la personne [Czarnik *et al.*, 2020]. Comme le guide de pratique clinique de l'University of Michigan Health System, celui de l'American Society of Addiction Medicine mentionne différents éléments d'évaluation à considérer en complément des critères diagnostiques indiqués au *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Pour les personnes qui présentent des signes et symptômes suggestifs d'un sevrage, il est recommandé d'évaluer la quantité, la fréquence et le moment de la dernière consommation d'alcool, de même que le temps écoulé depuis la cessation ou la réduction de la consommation. La chronologie de l'apparition et la gravité des symptômes aide à déterminer la fenêtre de risque de développer un syndrome de sevrage sévère ou compliqué. Par ailleurs, l'ASAM mentionne qu'il peut être utile d'interroger les proches concernant un mésusage de l'alcool par la personne. De l'information additionnelle peut aussi être recherchée à la même source concernant les antécédents de syndrome de sevrage d'alcool, de convulsions ou de *delirium tremens* si cela est approprié. La recherche d'autres problèmes de santé mentale, passés et présents, est aussi recommandée par cette même société, tout comme l'évaluation du risque de suicide, afin de déterminer le besoin de traitement [ASAM, 2020].

Les membres du comité consultatif sont en accord avec l'information provenant des GPC et ils soulignent que l'évaluation initiale des personnes atteintes d'un TUA devrait permettre d'évaluer le mésusage de l'alcool et le risque associé au sevrage pour guider le choix d'un traitement. Afin d'évaluer le risque de syndrome de sevrage, les membres du comité consultatif soulignent que la quantité d'alcool consommée, le patron de consommation et le moment de la dernière consommation sont des éléments qu'il est très important de considérer lors de l'évaluation initiale, et ce, également chez une personne asymptomatique. À titre d'exemple, une personne asymptomatique qui n'a pas consommé de benzodiazépines ou d'autres substances et qui est abstinente d'alcool depuis quelques jours pourrait recevoir uniquement de la médication pour la prévention de la rechute, car le risque d'un syndrome de sevrage serait faible. Cependant, une prise en charge différente sera nécessaire pour une personne qui présente des symptômes importants après quelques heures d'arrêt de sa consommation. Les membres du comité consultatif précisent par ailleurs que le moment de la dernière consommation ainsi que le contexte et les conséquences de la consommation concernent non seulement l'alcool, mais aussi les autres substances psychoactives, notamment les benzodiazépines. En plus des éléments précédents, les membres du comité consultatif mentionnent la pertinence de considérer l'histoire de la personne (essais antérieurs, difficultés rencontrées, antécédents de sevrage ou de complications) et de rechercher les facteurs de risque de complications associées au sevrage afin d'évaluer le besoin de traitement et de guider la prise en charge. De plus, ils précisent que les préférences de la personne devraient aussi être prises en considération lors de l'évaluation initiale afin d'orienter le choix du traitement.

Pour évaluer la présence d'un mésusage d'alcool et en estimer la sévérité ainsi que pour reconnaître les personnes à risque de faire un syndrome de sevrage, il est recommandé par cinq GPC d'utiliser des outils validés en complément de l'évaluation initiale [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; NICE, 2019; SFA, 2015]. Selon cette dernière société, le questionnaire *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) et sa version simplifiée AUDIT-C sont les outils de référence pour repérer un mésusage de l'alcool : les éléments à rechercher en priorité seraient ceux repris par les trois questions de l'AUDIT-C, alors que les dix questions de la forme complète du questionnaire AUDIT seraient utiles pour évaluer les conséquences de la consommation d'alcool. Par ailleurs, l'utilisation de l'AUDIT-C est aussi recommandée respectivement par l'UMHS et la CCSMPA en milieu hospitalier et pour les personnes âgées [Czarnik *et al.*, 2020; CCSMPA, 2019]. Selon l'ASAM, il peut aussi être utile d'utiliser une échelle pour dépister le mésusage de l'alcool telle que l'AUDIT-PC, une autre forme abrégée de l'AUDIT, pour déterminer si une personne présente ou est à risque de développer un syndrome de sevrage [ASAM, 2020]. D'autres outils sont également mentionnés par le National Institute for Health and Care Excellence, notamment le *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire* (SADQ) et le *Lead Dependence Questionnaire* (LDQ), qui peuvent être utilisés pour l'évaluation de la sévérité de la dépendance, et l'*Alcohol Problems Questionnaire* (APQ) qui peut être utilisé pour déterminer la nature et mesurer la portée des problèmes générés par le mésusage de l'alcool [NICE, 2019].

Selon les membres du comité consultatif, en cas de suspicion de TUA, il est effectivement important d'évaluer le mésusage de l'alcool. L'outil AUDIT peut être utile, puisqu'il permet d'évaluer, en plus de la quantité d'alcool consommée, les contextes et les conséquences de la consommation. Bien que plusieurs outils soient disponibles pour évaluer le mésusage de l'alcool, comme le mentionnent les différents GPC retenus, les membres du comité consultatif soulignent qu'il faudrait éviter de multiplier les échelles présentées dans le guide d'usage optimal, notamment les versions abrégées de l'AUDIT comme l'AUDIT-C et l'AUDIT-PC, ce qui pourrait contribuer à décourager certains cliniciens d'utiliser cet outil. L'outil « Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide – Alcool » (DEBA-Alcool) est toutefois utilisé dans la pratique québécoise pour détecter et mesurer le degré de sévérité de la consommation d'alcool [Tremblay *et al.*, 2016]. Selon les membres du comité consultatif, cet outil, qui ressemble à l'AUDIT, sert notamment à évaluer la consommation d'alcool, mais aussi à détecter les problèmes qui peuvent y être associés, afin de guider l'orientation de la personne vers un milieu de soins approprié et vers certains autres services. Selon les membres du comité consultatif, l'outil DEBA-Alcool est le plus souvent utilisé par les intervenants psychosociaux dans les services non spécialisés. Ils sont d'avis qu'il pourrait être pertinent de le mentionner dans le guide d'usage optimal.

### **2.3.1. Analyses de laboratoire**

Dans le cadre de l'évaluation de l'état d'une personne atteinte d'un TUA, l'ASAM, le BCCSU et le NICE mentionnent que certaines analyses de laboratoire peuvent être pertinentes pour compléter l'évaluation de l'état de santé général de la personne, reconnaître des comorbidités liées à la consommation d'alcool et d'autres conditions qui pourraient influencer sur la sélection de la pharmacothérapie [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2019]. Il est toutefois précisé que ces analyses ne sont pas requises pour reconnaître et diagnostiquer un TUA, et que le début du traitement d'un syndrome de sevrage d'alcool ne devrait pas être retardé si les résultats de ces analyses ne sont pas disponibles [ASAM, 2020; BCCSU, 2019]. Avant d'amorcer un traitement pour la prévention des rechutes, quelques guides de pratique clinique recommandent aussi de réaliser certaines analyses spécifiques en fonction du médicament choisi [BCCSU, 2019; NICE, 2019; APA, 2018; VA/DoD, 2015]. Parmi les analyses les plus communes, les GPC recommandent notamment les électrolytes, la fonction hépatique, l'hormone chorionique gonadotrope (bêta-HCG), la fonction rénale, la créatinine et l'urée. Lors de l'évaluation de l'état des personnes atteintes d'un TUA, les membres du comité consultatif confirment la pertinence d'effectuer un bilan sanguin et ils sont fortement en accord avec la recommandation de l'ASAM et du BCCSU de ne pas retarder le début du traitement lorsque les résultats des tests de laboratoire ne sont pas disponibles, sauf lorsqu'il est jugé sécuritaire ou nécessaire d'obtenir un résultat avant de commencer un traitement. Par ailleurs, ils mentionnent que les résultats des analyses de laboratoire sont également utiles pour orienter le choix du traitement pharmacologique pour la prévention de la rechute ou pour le sevrage. Ils précisent à cet égard qu'il est important de connaître les valeurs de l'aspartate aminotransférase (AST), de l'alanine aminotransférase (ALT), du ratio normalisé international (RNI), de l'albumine et de la clairance de la créatinine

(Clcr) en début de traitement pour guider le choix de ce traitement ou ajuster la posologie de certains des médicaments recommandés. Ils ajoutent par ailleurs que les résultats du bilan sanguin peuvent également aider le clinicien dans ses discussions avec la personne pour la guider vers un changement dans sa consommation d'alcool, et ce, même si aucun traitement pharmacologique n'est envisagé.

Les principales analyses de laboratoire recommandées pour l'évaluation initiale du cas d'une personne atteinte d'un TUA sont abordées en détail dans un rapport distinct. Ce sont les suivantes [INESSS, 2021c] :

- Formule sanguine complète (FSC);
- Ratio normalisé international;
- Créatinine;
- Albumine;
- Bilirubine totale;
- Alanine aminotransférase;
- Aspartate aminotransférase;
- Phosphatase alcaline;
- Glucose;
- Magnésium;
- Profil électrolytique;
- Test de grossesse pour les femmes en âge de procréer;
- Dépistage des hépatites B et C, du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et de la syphilis en présence de facteurs de risque.

D'autres analyses sont aussi mentionnées dans les monographies de produits, notamment dans celle de l'acamprosate, médicament utilisé pour la prévention des rechutes (voir [section 2.5.7.1](#)), qui suggère de mesurer l'activité de la gamma-glutamyl-transpeptidase (GGT) [APhC, 2016]. Bien que ce dernier dosage soit également recommandé par trois GPC, ce test n'a pas été retenu dans le bilan sanguin de base lors de l'évaluation du cas d'une personne atteinte d'un TUA dans le cadre du protocole médical national de l'INESSS [INESSS, 2021c; CCSMPA, 2019; APA, 2018; SFA, 2015]. L'APA mentionne toutefois que la quantification de la GGT, en tant que marqueur indirect de dommage à un organe ou de dysfonctionnement physiologique résultant d'un usage important et chronique d'alcool, pourrait servir à augmenter la spécificité et la sensibilité d'autres marqueurs afin d'évaluer la consommation d'alcool chez certaines populations ou en cas de doute de la part du clinicien [APA, 2018]. Selon les membres du comité consultatif, les résultats du dosage de GGT sont très variables, et la valeur ajoutée de ce test est faible lorsque la consommation d'alcool est connue, car il existe plusieurs causes d'augmentation de cette enzyme qui peuvent modifier le tableau clinique : une élévation de GGT est par exemple possible en présence d'une maladie pancréatique. L'histoire de

la personne est donc toujours plus importante que le test de laboratoire, et l'utilisation du dosage de cette enzyme ne changera pas la conduite thérapeutique. Certains membres du comité consultatif précisent toutefois, en accord avec l'American Psychiatric Association, que ce test pourrait être pertinent pour compléter le portrait clinique et détecter une consommation d'alcool à long terme, et non ponctuelle, dans certains cas où il existe un doute important concernant l'information rapportée par la personne.

Par ailleurs, deux guides de pratique clinique recommandent aussi de considérer un test de toxicologie urinaire lors de l'évaluation du cas d'une personne, et ce, afin de repérer l'usage concomitant d'autres substances qui pourraient mimer ou s'ajouter à un syndrome de sevrage d'alcool [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020]. L'American Psychiatric Association ajoute qu'un dépistage toxicologique urinaire peut être fait pour confirmer l'absence d'opioïdes avant de commencer un traitement de prévention des rechutes avec la naltrexone [APA, 2018]. Les membres du comité consultatif soulignent toutefois qu'un test rapide de toxicologie urinaire par immunoessai n'est pas utile dans le cas de l'éthanol et que ces analyses détectent une grande quantité de molécules qui peuvent induire des résultats à la fois faux positifs et faux négatifs. De plus, les résultats obtenus ne sont pas quantitatifs, et plusieurs molécules importantes ne sont pas détectées [Moeller *et al.*, 2017]. Par ailleurs, ce test est assez coûteux, et le niveau de contamination actuel de nombreuses drogues complique la liste des substances qui pourraient être détectées. De plus, les membres du comité consultatif mentionnent que certains professionnels du Québec demandent d'effectuer un test de toxicologie urinaire pour justifier le transfert d'une personne en psychiatrie, mais ils précisent que cette pratique n'est pas adéquate étant donné les nombreuses limitations liées à ce test qui ont été évoquées précédemment. Ils sont donc d'avis que la toxicologie urinaire pourrait être considérée en cas de suspicion d'un mésusage important d'alcool ou de troubles liés à l'utilisation d'une substance, notamment d'opioïdes ou de cocaïne, puisqu'il est bénéfique de traiter simultanément les troubles d'usage concomitants, mais ils précisent qu'il n'est pas adéquat d'effectuer systématiquement ce test et qu'il est important d'en considérer les limites. Il a par ailleurs été rapporté que les opioïdes de synthèse ne sont pas détectables dans la toxicologie urinaire et que ce test, qui est considéré comme très intrusif par les usagers, ne devrait pas remplacer le questionnaire sur la consommation d'autres substances et ne devrait être réalisé que s'il persiste un doute important à propos de l'information rapportée par la personne.

## **2.4. Prise en charge du sevrage d'alcool**

### **2.4.1. Facteurs de risque de complications associées au sevrage d'alcool**

Plusieurs facteurs augmentent le risque de complications lors d'un sevrage d'alcool. Ils sont présentés dans deux des GPC retenus [ASAM, 2020; NICE, 2019]. Parmi les facteurs de risque de complications associées au sevrage d'alcool, ces deux organisations mentionnent :

- les antécédents de convulsions liées à un sevrage d'alcool ou un *delerium tremens*;
- de multiples antécédents de syndrome de sevrage d'alcool;
- des comorbidités médicales ou chirurgicales (traumatisme crânien);
- un âge supérieur à 65 ans;
- une consommation d'alcool importante, régulière et prolongée;
- un syndrome de sevrage modéré ou sévère (CIWA-Ar supérieur ou égal à 10) ou des convulsions lors du sevrage actuel;
- une hyperactivité marquée du système nerveux autonome;
- des signes et symptômes d'hyperactivité du système nerveux autonome avec une concentration d'éthanol supérieure à 100 milligrammes par millilitre (mg/ml);
- un trouble de l'usage de benzodiazépines, de barbituriques ou d'autres agents GABAergiques.

Selon l'American Society of Addiction Medicine, les facteurs suivants peuvent aussi augmenter le risque de complications du sevrage :

- la consommation concomitante d'autres substances qui créent une forte dépendance;
- une concentration positive d'alcool sanguin en présence de signes et symptômes de sevrage;
- la présence de symptômes actifs d'un désordre psychiatrique concomitant modéré.

De façon générale, il est précisé par l'ASAM que les risques de complications associées au sevrage augmentent avec la présence de plusieurs des facteurs présentés ci-haut [ASAM, 2020].

De façon générale, les membres du comité consultatif sont en accord avec les facteurs de risque mentionnés par l'ASAM et le NICE. Cependant, bien qu'un mésusage d'alcool sévère et prolongé puisse aussi être une indication de complications, les membres du comité consultatif sont d'avis que le risque de complications dépendra davantage du nombre d'épisodes de sevrage antérieurs, surtout s'ils sont rapprochés dans le temps, que de la sévérité du mésusage établie lors du diagnostic. Par un effet cumulatif, des complications pourraient apparaître après un certain nombre de sevrages. Par ailleurs, les membres du comité consultatif précisent qu'il est important de distinguer clairement le nombre d'épisodes de sevrage antérieurs et les antécédents de complications associées au sevrage, qui représentent des facteurs de risque indépendants. Bien que la concentration d'alcool sanguin en présence de signes et symptômes de sevrage d'alcool ou d'hyperactivité du système nerveux autonome soit aussi un facteur de risque de complications, il est préférable, selon les membres du comité consultatif, d'éviter d'imposer la recherche d'alcoolémie chez toutes les personnes évaluées, puisque cette

évaluation n'est possible qu'en milieu hospitalier. De plus, un test d'alcoolémie positif ou négatif ne permet pas de confirmer ou d'éliminer la possibilité d'un syndrome de sevrage. Par ailleurs, la vitesse de diminution de l'alcoolémie est plus importante que sa valeur absolue dans l'interprétation de ce test en contexte de sevrage. En ce qui concerne les autres facteurs qui peuvent augmenter le risque de complications du sevrage énoncés par l'American Society of Addiction Medicine, les membres du comité consultatif jugent pertinent de mentionner au GUO la consommation concomitante d'autres substances psychoactives, mais ils ne jugent pas approprié de mentionner la présence de symptômes actifs d'un désordre psychiatrique concomitant modéré comme facteur de risque de complications; il représente davantage une indication d'orientation de la personne vers le milieu hospitalier.

En accord avec les guides de pratique clinique, pour évaluer le risque de complications associées au sevrage, les membres du comité consultatif précisent qu'il est important de considérer la présence de symptômes de sevrage modérés ou sévères lors de la présentation, notamment les convulsions ou les hallucinations. Selon eux, les convulsions surviennent généralement de façon plus fréquente que le *delirium tremens*. Concernant l'existence de complications antérieures dues à un sevrage d'alcool, les membres du comité consultatif soulignent qu'une personne qui a déjà fait des convulsions lors d'un sevrage d'alcool dans le passé est plus à risque d'en refaire lors du sevrage actuel, et ce, peu importe le temps écoulé entre les épisodes de sevrage. Ils précisent aussi que, bien que des hallucinations liées au sevrage d'alcool ne soient pas considérées comme des complications associées au sevrage, leur présence antérieure représente un facteur de risque de complication.

#### **2.4.2. Outils d'évaluation pertinents lors de la prise en charge du sevrage**

De façon générale, lors de la prise en charge d'une personne atteinte d'un TUA, que ce soit pour aider à reconnaître les personnes avec ou à risque de développer un syndrome de sevrage d'alcool, pour évaluer la sévérité des symptômes lors d'un sevrage actif ou pour estimer le risque associé au sevrage d'autres substances, il est recommandé par la majorité des guides de pratique clinique retenus d'utiliser, en plus du jugement clinique, des outils validés [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015].

Pour déterminer les risques de complications sévères associées à un sevrage d'alcool chez les personnes atteintes d'un TUA, trois GPC recommandent l'utilisation de l'outil *Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale* (PAWSS) [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019]. Cet outil est d'ailleurs également fortement recommandé pour l'évaluation du risque de complication chez les personnes âgées [CCSMPA, 2019]. Chez les personnes qui présentent des signes et symptômes de sevrage, l'American Society of Addiction Medicine recommande aussi l'utilisation de l'échelle de prédiction de la sévérité du sevrage d'alcool *Luebeck Alcohol Withdrawal Risk Scale* (LARS). Selon les membres du comité consultatif, cette dernière échelle n'est pas utilisée dans la pratique au Québec. Cependant, pour évaluer les risques de complications associées au sevrage, l'échelle PAWSS est un outil intéressant qui est de plus en plus utilisé dans la pratique

québécoise, notamment en région montréalaise, afin d'orienter vers le milieu hospitalier les personnes qui présentent un risque élevé de complications.

Pour évaluer l'intensité des symptômes associés au sevrage d'alcool, la majorité des guides de pratique clinique recommandent l'utilisation de l'échelle *Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised* (CIWA-Ar) [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. En effet, cette échelle est considérée, selon le British Columbia Centre on Substance Use, comme le meilleur outil pour l'évaluation de la sévérité des symptômes de sevrage, avec une fiabilité et une validité interévaluateur démontrées [BCCSU, 2019]. Selon la Société Française d'Alcoologie, l'utilisation de cette échelle en milieux résidentiel et ambulatoire est aussi recommandée pour appuyer la surveillance clinique et pour guider l'adaptation des doses de médicaments pendant le sevrage, opinion d'ailleurs partagée par la CCSMPA pour la prise en charge du sevrage d'alcool chez les personnes âgées [CCSMPA, 2019; SFA, 2015]. Alors que le National Institute for Health and Care Excellence mentionne que l'utilisation de cet outil pourrait être considérée en complément du jugement clinique pour évaluer et faire le suivi des personnes qui présentent un syndrome de sevrage d'alcool, l'American Society of Addiction Medicine précise que les échelles d'évaluation de la sévérité du sevrage ne devraient cependant pas être utilisées comme des outils de diagnostic du syndrome de sevrage et que les facteurs de confusion possibles du score CIWA-Ar devraient être considérés. De plus, les guides de l'ASAM et du BCCSU indiquent que l'échelle CIWA-Ar pourrait ne pas être appropriée pour les personnes qui ont des difficultés à communiquer ou qui montrent des signes d'instabilité, de désorientation ou de délirium, et ils précisent d'utiliser une échelle basée sur des signes objectifs. Selon le BCCSU, l'échelle *Short Alcohol Withdrawal Scale* (SAWS), qui est brève et facile d'utilisation et d'interprétation, peut être utilisée pour l'évaluation de symptômes légers ou modérés de sevrage, seule ou en complément du CIWA-Ar, si la personne est en mesure de communiquer adéquatement. Il est par ailleurs précisé dans ce guide que le formulaire de l'échelle SAWS peut être rempli autant par la personne que par un évaluateur externe. L'outil, ainsi que l'interprétation du score qui en résulte, peuvent par ailleurs être consultés à la page 119 du GPC du BCCSU [2019]. Pour la gestion du sevrage, la SFA recommande aussi l'utilisation de l'index de Cushman au même titre que l'échelle CIWA-Ar [SFA, 2015].

Les membres du comité consultatif sont en accord avec les guides de pratique clinique et ils considèrent que l'échelle CIWA-Ar est effectivement très utile pour mesurer l'intensité des symptômes et pour guider l'administration de la médication lors du suivi des personnes traitées pour un sevrage d'alcool. Ils précisent toutefois que cet outil est utile surtout en milieu hospitalier où une réévaluation fréquente de l'état de la personne et un ajustement de la posologie effectué en fonction du score sur l'échelle CIWA-Ar sont possibles et contribuent à diminuer la durée du séjour. Toutefois, les membres du comité consultatif précisent que certains signes vitaux, y compris, notamment, la fréquence cardiaque et la tension artérielle, sont des éléments qu'il est important de considérer dans l'évaluation de la sévérité du syndrome de sevrage et qu'ils ne sont pas inclus dans l'échelle CIWA-Ar. Ils rappellent toutefois que l'interprétation de la tension artérielle peut être plus complexe dans le contexte du TUA étant donné la fréquence élevée de

l'hypertension chez ces personnes. Ils soulignent aussi que, dans certaines conditions, notamment à l'urgence et dans un contexte de pénurie de personnel, l'échelle CIWA-Ar est perçue comme trop lourde à utiliser selon les membres du comité consultatif. Pour cette raison, l'échelle CIWA modifiée, qui inclut d'ailleurs l'évaluation de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle, est actuellement implantée dans plusieurs centres hospitaliers québécois [Wojtecki *et al.*, 2004]. Pour les personnes traitées en milieu ambulatoire, les membres du comité consultatif précisent qu'il est préférable d'estimer à la fois le risque de développer un syndrome de sevrage ainsi que le risque de complications liées au sevrage, puisque l'évaluation de l'état de la personne à l'aide d'une échelle telle que CIWA-Ar n'est pas toujours réalisable, et ce, particulièrement en contexte de pandémie. En ce qui concerne l'outil SAWS, bien qu'il soit moins complet que les échelles CIWA-Ar ou CIWA-modifiée, les membres du comité consultatif précisent que son utilisation pourrait être considérée dans certaines circonstances où l'utilisation des échelles CIWA-Ar ou CIWA-modifiée n'est pas possible, notamment en milieu ambulatoire où le suivi en présentiel n'est pas nécessairement fait tous les jours. Ils précisent que, dans le contexte de la pandémie liée la COVID-19, lorsque les professionnels étaient dans l'impossibilité de procéder aux observations cliniques, ils ont demandé aux personnes traitées pour un trouble lié à l'usage d'opioïdes de remplir et de leur retourner le formulaire d'évaluation *Short Opiate Withdrawal Scale* (SOWS), qui est similaire à l'outil SAWS mais utilisé dans un autre contexte. Cette façon de procéder s'étant avérée utile, les membres du comité consultatif sont d'avis qu'il pourrait être pertinent de mentionner cette échelle dans le guide d'usage optimal.

Puisque certains signes et symptômes du sevrage d'alcool sont similaires à ceux observés en cas de syndrome de sevrage à d'autres substances, l'ASAM recommande notamment d'utiliser l'outil *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), développé pour l'Organisation mondiale de la santé par un groupe international de chercheurs et de cliniciens pour reconnaître un trouble lié à l'usage d'autres substances, et ce, afin de considérer chez la personne le besoin de traitement de sevrage à d'autres substances. Les membres du comité consultatif sont par ailleurs en accord avec l'utilisation de cet outil.

### **2.4.3. Principes de traitement**

#### **2.4.3.1. Critères pour l'amorce d'un traitement pharmacologique**

Bien que le National Institute for Health and Care Excellence recommande d'administrer un traitement pharmacologique pour enrayer les symptômes d'un sevrage, certains GPC sont plus directifs quant aux populations qui devraient ou pourraient recevoir un traitement pharmacologique pour le sevrage d'alcool [NICE, 2017]. De façon plus précise, l'ASAM et le BCCSU recommandent l'usage d'un traitement pharmacologique en fonction du niveau de sévérité des symptômes du sevrage lors de la présentation ou en fonction du risque de complications du sevrage, alors que d'autres recommandations sont nuancées selon le milieu de soins choisi pour la prise en charge [ASAM, 2020; BCCSU, 2019].

Selon le GPC de l'American Society of Addiction Medicine, les personnes qui éprouvent un syndrome de sevrage d'alcool sévère non compliqué (score CIWA-Ar supérieur ou égal à 19) devraient immédiatement recevoir un traitement pharmacologique pour contrôler les signes et symptômes et pour réduire le risque de convulsions et de *delirium tremens*. De façon similaire, les personnes qui éprouvent un syndrome de sevrage modéré (score CIWA-Ar entre 10 à 18) devraient aussi recevoir une pharmacothérapie [ASAM, 2020], tout comme les personnes à risque de développer des signes de sevrage sévère ou compliqué ou des complications liées au sevrage d'alcool [ASAM, 2020]. Par ailleurs, le BCCSU mentionne que les personnes à haut risque de complications associées au sevrage (PAWSS supérieur à 4) devraient être orientées vers le milieu hospitalier où elles pourraient recevoir un traitement supervisé.

Pour les personnes qui éprouvent un syndrome de sevrage d'alcool léger (score CIWA-Ar inférieur à 10) et qui ont un risque minimal de développer des symptômes de sevrage sévère ou compliqué ou encore des complications liées au sevrage, l'American Society of Addiction Medicine mentionne qu'une pharmacothérapie peut être administrée [ASAM, 2020]. Toutefois, en milieu hospitalier, des soins de soutien peuvent être suffisants s'il n'y a pas de risque de progression des symptômes. En milieu ambulatoire, l'absence de surveillance continue de la personne ne permettant pas l'observation de l'aggravation des symptômes et l'ajustement de la médication nécessaire, le seuil de sévérité pour la prescription des médicaments est plus faible qu'en milieu hospitalier [ASAM, 2020]. Ainsi, lors d'une prise en charge en milieu ambulatoire, les personnes à risque de développer des symptômes de sevrage ou de voir leurs symptômes de sevrage s'aggraver devraient recevoir un traitement pharmacologique. En cohérence avec l'ASAM, selon une recommandation forte du British Columbia Centre on Substance Use, les cliniciens devraient considérer la prescription d'un traitement pour la gestion en milieu ambulatoire des personnes à faible risque de complications sévères du sevrage [BCCSU, 2019]. Il est mentionné dans le guide de la Société Française d'Alcoologie que, dans la majorité des cas, le sevrage ne requiert pas de traitement pharmacologique, à la condition préalable d'évaluations cliniques rigoureuses et régulières. Cependant, lorsque ces conditions ne sont pas réunies, un traitement préventif doit être systématiquement administré [SFA, 2015]. Par ailleurs, lorsqu'un traitement pour le sevrage est indiqué chez une personne atteinte d'un TUA, il est fortement recommandé par la majorité des guides de pratique clinique d'amorcer un traitement pour la prévention des rechutes en concomitance ou à la suite du traitement de sevrage d'alcool, ou dès que l'état cognitif de la personne le permet [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019]. En effet, puisque le traitement de sevrage est une intervention de courte durée qui ne résout pas les problèmes médicaux, psychologiques ou sociaux sous-jacents associés au trouble lié à l'usage d'alcool, il devrait être considéré comme un pont vers la continuité des soins, le traitement et le soutien nécessaire pour prévenir les rechutes [BCCSU, 2019]. La prise en charge du TUA comprend donc à la fois le traitement associé au sevrage et celui destiné à la prévention de la rechute, qui devraient, le cas échéant, être administrés au même moment afin d'assurer un continuum de soins.

De façon générale, les membres du comité consultatif sont en accord avec les recommandations de l'ASAM et du BCCSU. Ils précisent toutefois qu'un syndrome de sevrage sévère correspond à un score supérieur ou égal à 19 sur l'échelle CIWA-Ar et supérieur ou égal à 13 sur l'échelle CIWA-modifiée. En accord avec le British Columbia Centre on Substance Use, ils précisent aussi qu'un risque élevé de complications du sevrage correspond à un score PAWSS supérieur à 4. Cependant, bien que l'American Society of Addiction Medicine emploie un seuil inférieur à 10 pour les sevrages d'intensité légère, selon l'avis des experts du comité consultatif, le seuil de tolérance aux symptômes de sevrage est très variable d'un individu à un autre. De plus, 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 un score CIWA-Ar de 8 à un syndrome de sevrage léger est également très fréquemment trouvée dans d'autres publications consultées [Dumont, 2009; Paré et Fortier, 2007]. Il a donc été jugé pertinent d'employer un seuil de 8 pour les sevrages d'intensité légère d'après les travaux. Selon les membres du comité consultatif, pour les personnes qui présentent un syndrome de sevrage d'intensité de modérée à sévère, qui correspond à un score supérieur ou égal à 8 sur l'échelle CIWA-Ar ou supérieur à 7 sur l'échelle CIWA-modifiée, ou pour les personnes qui présentent un risque élevé de complications liées au sevrage, un traitement pharmacologique doit être administré car, sinon, cela peut entraîner des conséquences graves. Ils ajoutent que, bien qu'un traitement pour le sevrage pourrait ne pas être absolument requis pour les personnes qui présentent un faible risque de complications associées au sevrage, un traitement devrait tout de même être envisagé lorsqu'elles présentent un syndrome de sevrage léger (score CIWA-Ar inférieur à 8 ou CIWA-modifiée inférieur à 7) ou un faible risque de syndrome de sevrage, puisque l'absence de traitement pharmacologique pour le sevrage pourrait entraîner une situation d'échec ou de difficulté importante chez certaines personnes. En effet, il est pertinent de souligner le sentiment d'inconfort et la détresse qui peuvent être associés aux symptômes de sevrage et la forte pulsion qui peut en résulter et qui peut être très difficile à contrôler. Les membres du comité consultatif soulignent par ailleurs l'importance du traitement pour la prévention des rechutes à la sortie du milieu hospitalier ainsi qu'à la suite de la gestion ambulatoire d'un sevrage, puisque la personne traitée retourne dans un milieu qui est à risque. Dans la pratique actuelle, le traitement pour la prévention de la rechute n'est pas systématiquement administré à la suite du sevrage. Ils sont donc en accord avec cette recommandation trouvée dans la majorité des guides de pratique clinique retenus.

#### **2.4.3.2. Sevrage en milieu ambulatoire**

Au moins trois des GPC retenus mentionnent certains indicateurs qui permettent d'orienter de façon sécuritaire une personne vers une prise en charge du sevrage d'alcool en milieu ambulatoire. Comme il a été mentionné précédemment, afin d'orienter la prise en charge du syndrome de sevrage d'alcool, plusieurs paramètres doivent être considérés en addition au jugement clinique, y compris, notamment, les divers éléments de l'évaluation initiale de la personne, le niveau de sévérité du syndrome de sevrage et

le risque de complications associées à ce dernier. Selon le guide de l'ASAM, les personnes qui montrent des signes et symptômes légers de sevrage d'alcool tels que de l'anxiété, de la sudation et de l'insomnie modérées, mais sans tremblements (généralement associés à un score CIWA-Ar inférieur à 10) peuvent être prises en charge en milieu ambulatoire. Afin de diriger une personne qui se présente à l'urgence vers une prise en charge ambulatoire, l'ASAM mentionne une série d'indicateurs qui devraient être observés, y compris, notamment, un sevrage modéré (score CIWA-Ar entre 10 et 18) sans facteur de risque de complications, l'absence d'intoxication à l'alcool ou à d'autres substances, l'absence d'antécédents de sevrage compliqué, l'absence de comorbidités médicales ou psychiatriques qui pourraient compliquer la gestion du sevrage ainsi que la capacité à se conformer à la thérapie et aux visites en milieu ambulatoire. Selon l'avis des experts qui ont rédigé le guide de pratique clinique de la SFA, en dehors des indications de sevrage résidentiel, qui comprennent, notamment, celles mentionnées par l'ASAM, le sevrage en milieu ambulatoire est à privilégier [SFA, 2015]. Par ailleurs, selon une recommandation forte du BCCSU, les personnes qui présentent un faible risque de complications sévères associées au sevrage d'alcool (score sur l'échelle PAWSS inférieur à 4) et qui ne présentent aucune condition concomitante nécessitant une prise en charge hospitalière devraient se voir offrir une gestion du sevrage en milieu ambulatoire [BCCSU, 2019]. Cependant, il est précisé dans ce guide de pratique clinique que la prise en charge en milieu ambulatoire des personnes à haut risque de complications n'est pas conseillée. Selon le guide de l'ASAM, les personnes qui éprouvent un syndrome de sevrage d'alcool sévère (score CIWA-Ar supérieur ou égal à 19), mais non compliqué, peuvent même être traitées en milieu ambulatoire, (niveau 2-WM correspondant au niveau 2-GS, soit à des services externes intensifs de gestion du sevrage selon le Plan d'action interministériel en dépendance, et ce, à la discrétion des cliniciens qui ont une expérience exhaustive dans la gestion du sevrage d'alcool.

Lors d'un sevrage en milieu ambulatoire, les guides de l'ASAM et du NICE recommandent d'éviter de donner aux personnes de grandes quantités de médicaments à rapporter à la maison pour limiter le risque de surdose ou le détournement [ASAM, 2020; NICE, 2019]. Il est effectivement recommandé de dispenser la médication ou d'en prescrire la quantité minimale nécessaire compte tenu du niveau de stabilité de la personne et du moment de sa prochaine visite en personne à la clinique. Il peut aussi être considéré de donner la médication dans des formats qui favorisent l'observance thérapeutique afin de réduire ces risques [BCCSU, 2019]. Bien que ces recommandations s'appliquent principalement aux benzodiazépines, selon le GPC du VA/DoD, la gabapentine présentant un potentiel d'abus, il est aussi recommandé d'en surveiller les quantités prescrites et les modalités d'usage [VA/DoD, 2015]. Selon l'ASAM, la prescription de médicaments pour un sevrage en milieu ambulatoire requiert préalablement une évaluation adéquate de l'état de la personne. Il est aussi souligné par cette société et le NICE que la prise des médicaments doit idéalement être supervisée par un soignant à domicile ou par le personnel d'un centre de gestion du sevrage non médical [ASAM, 2020; NICE, 2019].

Selon les membres du comité consultatif, il est important de différencier les deux types de prise en charge (ambulatoire et hospitalière), car ce sont deux situations cliniques très différentes qui nécessitent des approches distinctes. Ils sont généralement en accord avec les recommandations de l'ASAM et du BCCSU selon lesquelles une prise en charge en milieu ambulatoire pourrait être considérée en présence d'un syndrome de sevrage léger et d'un faible de risque de complications. Cependant, le syndrome de sevrage léger correspond, selon leur expertise clinique, à un score inférieur à 8 sur l'échelle CIWA-Ar ou à 7 sur l'échelle CIWA-modifiée. Ils précisent que, pour une personne qui souhaite cesser de consommer, la détermination du milieu de soins le plus approprié devrait être faite en fonction du niveau de risque de complications associées au sevrage, des molécules les plus indiquées (traitement pour la prévention des rechutes ou traitement du sevrage) et ils mentionnent que le jugement clinique est nécessaire pour évaluer si une surveillance étroite et adaptée aux conditions de la personne est disponible ou non.

En accord avec les guides de pratique clinique de l'ASAM, du NICE, du BCCSU et du VA/DoD, selon les membres du comité consultatif, le potentiel d'abus de certaines molécules est effectivement un élément qu'il est important de considérer. Les benzodiazépines ainsi que la gabapentine sont susceptibles de détournement, bien que certains membres du comité consultatif soulignent que l'abus de gabapentine est peut-être plus prévalent en prison, puisqu'une grande quantité d'autres substances sont déjà disponibles sur la rue. Ils précisent aussi que la valeur de la gabapentine sur le marché noir est moindre que celle des benzodiazépines (moins de revente) et que, d'un point de vue toxicologique, la gabapentine induit des surdoses et des syndromes de sevrage moins dangereux que les benzodiazépines. Des mises en garde devraient cependant être mentionnées dans le guide d'usage optimal concernant la gabapentine, puisque certaines personnes développent un trouble lié à son usage. Afin d'assurer un meilleur suivi des personnes et de limiter le risque d'abus, de surdose ou de détournement, les membres du comité consultatif jugent pertinent de proposer, notamment, un fractionnement des doses et un service régulier à la pharmacie, ce qui évite d'avoir une grosse quantité de médicaments à domicile en plus d'assurer un meilleur suivi de la personne et de son observance. La pertinence d'ajouter des spécifications au GUO concernant la durée de l'ordonnance, la surveillance à appliquer et le contrôle des quantités de médicaments remises afin d'en surveiller l'usage et d'assurer un meilleur suivi des personnes fait l'unanimité parmi les membres du comité. En accord avec l'ASAM et le NICE, les membres du comité consultatif rappellent l'importance de s'assurer de la disponibilité d'une personne de soutien pendant la durée du sevrage. Ils précisent aussi qu'il est pertinent, lorsque cela est possible, de commencer les traitements en fonction de la disponibilité du personnel soignant pour permettre un suivi adéquat en début de traitement.

## 2.4.4. Traitements pharmacologiques

### 2.4.4.1. Benzodiazépines

Étant donné l'efficacité bien documentée des benzodiazépines pour la réduction des signes et symptômes de sevrage ainsi que pour la prévention des complications telles que les convulsions et le *delirium tremens*, tous les guides de pratique clinique retenus portant sur le sevrage d'alcool en recommandent l'usage, et ce, peu importe l'intensité du sevrage [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. Pour ces raisons, la majorité de ces guides précisent que les benzodiazépines restent le traitement médical de première intention du syndrome de sevrage d'alcool [Czarnik *et al.*, 2020; CCSMPA, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015].

Le choix des benzodiazépines varie d'un guide à l'autre. Même si aucune benzodiazépine particulière n'est plus efficace qu'une autre, le lorazépam [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020], le chlordiazépoxyde et le diazépam [ASAM, 2020; NICE, 2019] sont les benzodiazépines les plus souvent recommandées dans les documents retenus. La Société Française d'Alcoologie et l'American Society of Addiction Medicine précisent toutefois que les molécules à demi-vie longue sont à privilégier pour le sevrage d'alcool, puisqu'il en résulte un traitement plus doux et un plus grand contrôle des signes et symptômes du sevrage [ASAM, 2020; SFA, 2015]. Seulement trois benzodiazépines sont indiquées par Santé Canada pour le traitement du sevrage d'alcool, soit le chlorazépate, l'oxazépam et le diazépam. Les membres du comité consultatif précisent toutefois que le chlorazépate, tout comme le chlordiazépoxyde, sont très peu utilisés dans la pratique et ne sont disponibles en milieu hospitalier que sous la forme orale, ce qui pourrait contribuer à la réduction de leur usage. Il y a plusieurs années, le chlordiazépoxyde était utilisé pour le sevrage d'alcool parce que cette molécule était peu populaire sur la rue. Les membres du comité consultatif soulignent également que l'usage de l'oxazépam est généralement réservé aux personnes qui ont des problèmes hépatiques sévères et que cette population est normalement orientée vers des centres spécialisés pour la gestion du sevrage d'alcool. En milieu ambulatoire, pour une clientèle de première ligne, l'oxazépam est un choix moins pertinent, puisque cette molécule crée une forte dépendance et fait l'objet d'abus. Selon les membres du comité consultatif, les deux molécules les plus souvent utilisées à cette fin en ce moment au Québec sont le diazépam et le lorazépam, puisqu'elles peuvent être administrées par plusieurs voies, y compris la voie orale (PO) et la voie intraveineuse (IV) et rendent ainsi le traitement plus facile pour les personnes hospitalisées qui ne peuvent pas manger ou qui ont du mal à s'alimenter. Les membres du comité consultatif précisent par ailleurs, en accord avec la Société Française d'Alcoologie, que ces deux benzodiazépines à action prolongée (longue pour le diazépam et intermédiaire pour le lorazépam) sont aussi privilégiées lors d'un sevrage en milieu ambulatoire, car le sevrage est plus doux et présente moins de pics de dosage. Le choix de l'une ou l'autre de ces benzodiazépines dépend généralement du clinicien, mais il est à noter que le lorazépam présente l'avantage de pouvoir être administré en mode sublingual, ce qui peut être pratique pour une personne qui ne mange pas beaucoup. Par ailleurs, l'UMHS précise que le lorazépam est la

benzodiazépine de choix pour la gestion du sevrage d'alcool étant donné l'absence d'oxydation hépatique et la production de peu de métabolites actifs [Czarnik *et al.*, 2020]. Les membres du comité consultatif soulignent toutefois qu'il y aurait plus de risques de complications à l'arrêt du traitement avec le lorazépam, même si cette molécule demeure un choix pertinent. De plus, l'usage du lorazépam n'est pas indiqué par Santé Canada pour le traitement du sevrage d'alcool. Chez les personnes âgées, selon la CCSMPA, il est préférable d'utiliser une benzodiazépine à action plus courte comme le lorazépam [CCSMPA, 2019]. Le recours à des benzodiazépines à l'action plus brève comme l'oxazépam ou le lorazépam est aussi recommandé par plusieurs autres guides de pratique clinique chez les personnes âgés [Czarnik *et al.*, 2020; NICE, 2017; SFA, 2015]. Toutefois, selon les membres du comité consultatif, pour les personnes âgées, le lorazépam est une option appropriée en raison de sa durée d'action intermédiaire et de son métabolisme indépendant des cytochromes.

#### **2.4.4.2. Autres options de traitement**

D'autres options de traitement qui ne font pas partie de la famille des benzodiazépines sont recommandées dans quelques guides de pratique clinique, et ce, dans certaines circonstances particulières. Ainsi, pour les personnes à risque de développer un syndrome de sevrage, la gabapentine et la carbamazépine sont recommandées en prophylaxie comme options de traitement par l'ASAM, au même titre que les benzodiazépines [ASAM, 2020]. Selon cette société, en milieu ambulatoire, il est préférable d'éviter d'administrer des benzodiazépines aux personnes qui ont des antécédents d'effets indésirables, même légers, avec l'usage de benzodiazépines, car une intervention médicale rapide n'est généralement pas possible [ASAM, 2020]. Par ailleurs, le BCCSU recommande fortement aux cliniciens de considérer la prescription de traitements sans benzodiazépines comme la gabapentine, la carbamazépine ou la clonidine pour la gestion en milieu ambulatoire du sevrage des personnes à faible risque de complications [BCCSU, 2019]. Par ailleurs, pour les personnes qui présentent un syndrome de sevrage d'alcool léger (score CIWA-Ar inférieur à 10) et un risque minimal de développer des complications liées au sevrage, l'ASAM estime que la gabapentine et la carbamazépine sont des options appropriées dans le cas d'un sevrage en milieu ambulatoire [ASAM, 2020]. Toutefois, pour les syndromes de sevrage légers pris en charge en milieu hospitalier, et pour les syndromes de sevrage légers avec risque d'aggravation des symptômes pris en charge en milieu ambulatoire, cette société recommande autant l'usage des benzodiazépines que de la gabapentine et de la carbamazépine.

Pour les personnes qui présentent un syndrome de sevrage d'alcool modéré (score CIWA-Ar entre 10 à 18), l'ASAM précise que la gabapentine et la carbamazépine sont des options de traitement appropriées, bien que les benzodiazépines soient l'option de traitement de première intention [ASAM, 2020; VA/DoD, 2015]. La société américaine précise par ailleurs que la gabapentine et la carbamazépine sont aussi efficaces que les benzodiazépines en monothérapie pour les personnes à faible risque de complications. Elles ont des caractéristiques qui les rendent préférables aux benzodiazépines en milieu ambulatoire où les occasions d'exposition à l'alcool sont plus nombreuses [ASAM, 2020].

En effet, comparativement aux benzodiazépines, ces molécules présentent moins de risques de toxicité si elles sont combinées à l'alcool, elles sont moins sédatives, diminuent le besoin d'alcool (état de manque) et réduisent la consommation d'alcool après la période de sevrage. L'ASAM précise également que la gabapentine est un choix intéressant pour traiter le sevrage d'alcool lorsqu'un clinicien envisage également son usage pour la prévention des rechutes [ASAM, 2020].

Lorsque les risques associés aux benzodiazépines (surveillance insuffisante, possibilité d'abus, etc.) surpassent les avantages ou en cas de contre-indications aux benzodiazépines, il est suggéré par les guides de pratique clinique du VA/DoD et de l'ASAM de considérer la carbamazépine et la gabapentine pour le traitement d'un syndrome de sevrage d'alcool de léger à modéré [ASAM, 2020; VA/DoD, 2015]. En cas de contre-indication aux benzodiazépines, ce dernier ministère considère aussi l'usage de l'acide valproïque comme approprié. Selon l'ASAM, le phénobarbital peut être utilisé pour les sevrages de légers à modérés réalisés en milieu ambulatoire 2-WM (niveau 2-GS, qui correspond à des services externes intensifs de gestion du sevrage selon le PAID) ou en milieu hospitalier par les cliniciens expérimentés [ASAM, 2020; VA/DoD, 2015].

Pour les personnes qui présentent un syndrome de sevrage d'alcool sévère non compliqué (score CIWA-Ar supérieur ou égal à 19), bien que les benzodiazépines, accompagnées d'une observation adéquate, soient recommandées en traitement de première intention par l'ASAM et le VA/DoD, la société américaine précise que le phénobarbital est une autre option appropriée en monothérapie pour traiter le syndrome de sevrage sévère et peut aussi être utilisé en cas de contre-indication aux benzodiazépines, et ce, par les cliniciens expérimentés [ASAM, 2020; VA/DoD, 2015].

Selon le guide de pratique clinique publié par le BCCSU, les personnes à haut risque de complications associées au sevrage (score PAWSS supérieur à 4) devraient recevoir un traitement de benzodiazépines supervisé [BCCSU, 2019]. Par ailleurs, pour les personnes à risque de développer un syndrome de sevrage d'alcool sévère ou compliqué, l'ASAM recommande les benzodiazépines en première intention à cause de leur efficacité démontrée pour réduire les signes et symptômes de sevrage, y inclus l'incidence de convulsions ou de *delirium tremens*, et précise qu'en cas de contre-indication aux benzodiazépines le phénobarbital peut être administré par des cliniciens expérimentés [ASAM, 2020].

Selon les guides de pratique clinique de l'ASAM et du NICE, à la suite de convulsions liées au sevrage, les personnes doivent être immédiatement traitées avec des benzodiazépines en première intention pour prévenir de nouvelles crises. Dans ce cas, les molécules à début d'action rapide sont préférées [ASAM, 2020; NICE, 2017].

En addition à l'information extraite des GPC, une revue systématique (RS) de la littérature a été effectuée dans le cadre des présents travaux dans le but d'évaluer l'efficacité et l'innocuité des anticonvulsivants (y compris la gabapentine, la carbamazépine, l'acide valproïque et le phénobarbital) en comparaison avec les benzodiazépines pour le sevrage d'une personne atteinte d'un trouble lié à l'usage d'alcool [INESSS, 2021a].

## Gabapentine

Selon les résultats de cette revue systématique, concernant l'efficacité et l'innocuité de la gabapentine en comparaison avec les benzodiazépines pour le traitement du sevrage d'alcool de léger à modéré chez l'adulte :

- L'amélioration du score CIWA-Ar est similaire chez les personnes traitées par la gabapentine et celles traitées par des benzodiazépines (lorazépam et chlordiazépoxyde). La gabapentine utilisée à des doses quotidiennes supérieures ou égales à 1 200 milligrammes (mg) semble toutefois produire une diminution plus importante du score de CIWA-Ar que les benzodiazépines (lorazépam).

### **Niveau de preuve modéré**

- L'envie et la probabilité de consommer de l'alcool sont similaires chez les personnes traitées par la gabapentine et celles traitées par des benzodiazépines (lorazépam et chlordiazépoxyde). **Niveau de preuve modéré**
- Il n'y a pas de différence significative entre la gabapentine et le lorazépam quant au score de sévérité ou d'amélioration de l'échelle d'impression clinique globale en milieu interne. **Niveau de preuve faible**
- L'apparition de complications liées au sevrage d'alcool (crises convulsives, *delirium tremens*) est similaire chez les personnes traitées par des doses quotidiennes supérieures ou égales à 900 mg de gabapentine et celles traitées par des benzodiazépines (lorazépam et chlordiazépoxyde). **Niveau de preuve faible**
- Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la gabapentine et les benzodiazépines (identité des benzodiazépines non spécifiée) pour la durée moyenne d'hospitalisation et le taux de transferts en unité de soins intensifs. **Niveau de preuve faible**
- Une diminution statistiquement significative du niveau d'anxiété est observée pendant le traitement dans le groupe traité par la gabapentine comparativement à celui traité par le lorazépam, alors qu'en post-traitement (suivi de 8 jours), cette différence est statistiquement significative seulement avec une dose quotidienne de gabapentine de 1 200 mg. **Niveau de preuve faible**
- Il n'y a aucune différence statistiquement significative entre la gabapentine et le lorazépam relativement à l'inconfort des personnes traitées. **Niveau de preuve faible.**
- Une amélioration statistiquement significative de la capacité de travail est observée 8 jours après la fin du traitement dans le groupe traité par une dose quotidienne de 1 200 mg de gabapentine comparativement à celui traité par le lorazépam. **Niveau de preuve faible**
- La qualité du sommeil est similaire chez les personnes traitées par la gabapentine et celles traitées par le lorazépam, sauf chez les personnes ayant eu de multiples sevrages antérieurs, dans les 8 jours post-traitement, où la qualité

du sommeil est significativement plus élevée chez celles traitées par la gabapentine. **Niveau de preuve faible**

- L'état dépressif est similaire chez les personnes traitées par la gabapentine et celles traitées par le lorazépam pendant le traitement du sevrage ainsi que dans les 8 jours post-traitement. **Niveau de preuve faible**
- Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la gabapentine et les benzodiazépines (lorazépam et chlordiazépoxyde) concernant les taux d'effets indésirables graves et la proportion de participants ayant cessé leur traitement à cause d'effets indésirables. **Niveau de preuve modéré**
- Les taux d'effets indésirables globaux sont similaires pour la gabapentine et les benzodiazépines (lorazépam et chlordiazépoxyde). **Niveau de preuve modéré**
- Le niveau de somnolence diurne ou de sédation est similaire ou plus faible dans le groupe traité par la gabapentine comparativement au groupe traité par une benzodiazépine (lorazépam ou chlordiazépoxyde). **Niveau de preuve modéré**

### **Carbamazépine**

En ce qui concerne l'efficacité et l'innocuité de la carbamazépine comparativement aux benzodiazépines pour le sevrage d'alcool de modéré à sévère chez l'adulte :

- Il n'y a aucune différence statistiquement significative de la sévérité des symptômes de sevrage pendant les 5 premiers jours de traitement entre le groupe traité par la carbamazépine et celui traité par une benzodiazépine (lorazépam et oxazépam). **Niveau de preuve modéré.**
- Le taux de complications liées au sevrage d'alcool (delirium, convulsions) observé avec la carbamazépine est similaire à celui observé avec les benzodiazépines (lorazépam et oxazépam). **Niveau de preuve modéré.**
- Les symptômes psychiatriques (dépression, variation des sautes d'humeurs, détresse psychologique) observés avec la carbamazépine sont similaires à ceux observés avec les benzodiazépines (lorazépam et oxazépam). **Niveau de preuve modéré.**
- Pendant le traitement, il n'y a aucune différence statistiquement significative relativement aux envies et à la consommation d'alcool entre les personnes traitées par la carbamazépine et celles traitées par une benzodiazépine (lorazépam et oxazépam). **Niveau de preuve modéré.**
- Il y a une différence statistiquement significative du score CIWA-Ar (ou CIWA-A) dans les 2 derniers jours d'un traitement de 7 jours ou dans les jours suivant la fin du traitement en faveur de la carbamazépine comparativement aux benzodiazépines (lorazépam et oxazépam). **Niveau de preuve faible.**
- Le score de sévérité ou d'amélioration sur l'échelle d'impression clinique globale observé avec la carbamazépine est similaire à celui observé avec l'oxazépam. **Niveau de preuve faible.**

- Dans les 7 jours suivant le traitement, les personnes traitées par la carbamazépine semblent avoir une consommation plus faible et retardée d'alcool comparativement à celles traitées par le lorazépam, surtout chez les personnes ayant eu de multiples sevrages antérieurs. **Niveau de preuve faible.**
- Il n'y a pas de différence significative entre la carbamazépine et les benzodiazépines (lorazépam et oxazépam) concernant les taux d'effets indésirables liés au traitement et la proportion de participants qui a arrêté son traitement à cause d'effets indésirables. **Niveau de preuve modéré.**

### Prégabaline

Concernant l'efficacité et l'innocuité de la prégabaline, en comparaison avec les benzodiazépines pour le traitement du sevrage d'alcool de modéré à sévère chez l'adulte :

- Les données ne permettent pas de comparer la diminution des scores CIWA-Ar entre les personnes traitées par la prégabaline et celles traitées par le lorazépam. **Niveau de preuve insuffisant**
- La proportion de participants qui ne consomment pas pendant le traitement est significativement plus élevée chez les personnes traitées par la prégabaline comparativement à celles traitées par le lorazépam. **Niveau de preuve faible**
- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du temps de rétention en traitement, de l'envie de consommer en cours de traitement ou de la qualité de vie des participants (QL-index) entre les personnes traitées par la prégabaline et celles traitées par le lorazépam. **Niveau de preuve faible**
- La diminution des symptômes psychiatriques sur l'index de sévérité global (GSI) de l'échelle SCL-90-R est significativement plus grande chez les personnes traitées par la prégabaline comparativement à celles traitées par le lorazépam. **Niveau de preuve faible**
- Les taux d'effets indésirables et d'abandons dus aux effets indésirables sont similaires chez les personnes traitées par la prégabaline et celles traitées par le lorazépam. **Niveau de preuve faible**

### Lamotrigine

Concernant l'efficacité et l'innocuité de la lamotrigine en comparaison avec les benzodiazépines pour le traitement du sevrage d'alcool de modéré à sévère chez l'adulte :

- Il n'y a aucune différence statistiquement significative des symptômes de sevrage (scores CIWA-Ar et *Alcohol Withdrawal Symptoms Checklist [AWSC]*), de la dépression et de l'envie de consommer de l'alcool entre les personnes traitées par la lamotrigine et celles traitées par le diazépam. **Niveau de preuve faible**

- Le taux global d'effets indésirables est moins élevé chez les personnes traitées par la lamotrigine comparativement à celles traitées par le diazépam. Aucun effet indésirable grave n'a été observé dans les deux groupes de traitement. **Niveau de preuve faible**

### Topiramate

Concernant l'efficacité et l'innocuité du topiramate en comparaison avec les benzodiazépines pour le traitement du sevrage d'alcool de modéré à sévère chez l'adulte :

- Il n'y a aucune différence statistiquement significative des symptômes de sevrage (scores CIWA-Ar et AWSC), de la dépression et de l'envie de consommer de l'alcool entre les personnes traitées par le topiramate et celles traitées par le diazépam. **Niveau de preuve faible**
- Le taux d'effets indésirables global est significativement plus faible chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par le diazépam. **Niveau de preuve faible**
- Les taux d'effets indésirables graves sont similaires chez les personnes traitées par le topiramate et celles traitées par le diazépam. **Niveau de preuve faible**

### Acide valproïque

Concernant l'efficacité et l'innocuité de l'acide valproïque en comparaison avec les benzodiazépines pour le sevrage d'alcool modéré :

- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du score CIWA-Ar entre les personnes traitées par l'acide valproïque à doses fixes et celles traitées par des benzodiazépines données selon les symptômes (chlordiazépoxyde ou lorazépam) 12 et 24 heures après le début du traitement. **Niveau de preuve faible**
- Il n'y a aucune différence statistiquement significative des taux d'effets indésirables observés chez les personnes traitées par l'acide valproïque à doses fixes comparativement aux personnes traitées par une benzodiazépine donnée selon les symptômes (chlordiazépoxyde ou lorazépam). **Niveau de preuve faible**

### Phénobarbital

Concernant l'efficacité et l'innocuité du phénobarbital en comparaison avec les benzodiazépines pour le traitement du sevrage d'alcool de léger à sévère chez l'adulte :

- Malgré l'hétérogénéité des études sur le plan des résultats, celle dont le devis est de meilleure qualité ne rapporte aucune différence statistiquement significative entre le traitement par le phénobarbital et le traitement par le lorazépam relativement à la diminution des symptômes associés au sevrage. Il semble toutefois y avoir une diminution statistiquement significative de la quantité de médicaments d'appoint utilisée (neuroleptiques et dexmédétomidine) dans le groupe traité par le phénobarbital. **Niveau de preuve modéré**

- Les taux de décès ou de complications liées au sevrage semblent similaires pour le traitement par le phénobarbital et celui par une benzodiazépine (chlordiazépoxyde, diazépam, lorazépam). **Niveau de preuve modéré**
- Les taux d'hospitalisation ou de transfert aux soins intensifs ainsi que la durée de séjour moyen à l'urgence, la durée d'hospitalisation et la durée de séjour aux soins intensifs semblent similaires pour le traitement par le phénobarbital et celui par une benzodiazépine (chlordiazépoxyde, diazépam, lorazépam). **Niveau de preuve modéré**
- Les données ne permettent pas de comparer les taux de rechute 48 heures après le congé de l'urgence entre les personnes traitées par le phénobarbital et celles traitées par le chlordiazépoxyde. **Niveau de preuve insuffisant**
- Les données ne permettent pas de comparer le taux global d'effets indésirables entre les personnes traitées par le phénobarbital et celles traitées par une benzodiazépine. **Niveau de preuve insuffisant**

De façon générale, les membres du comité consultatif sont en accord avec les recommandations des guides de pratique clinique concernant l'usage des benzodiazépines pour le traitement du sevrage d'alcool. Ils précisent que les benzodiazépines sont des molécules de choix pour le traitement du sevrage d'alcool peu importe sa sévérité. Toutefois, en accord avec l'ASAM et le BCCSU, les membres du comité consultatif sont d'avis que des molécules différentes pourraient effectivement être recommandées en fonction de la personne à traiter, du milieu de soins requis pour la gestion du sevrage, de l'expérience antérieure de la personne et du risque anticipé associé au syndrome de sevrage.

Dans la pratique, lors de sevrages d'intensité de faible à modérée réalisés en milieu ambulatoire, la gabapentine et les benzodiazépines sont souvent prescrites, bien que la gabapentine ne soit pas homologuée par Santé Canada pour cet usage. Elle est d'ailleurs assez largement utilisée aux urgences, puisqu'elle a un meilleur profil que les benzodiazépines pour les personnes âgées. Ces deux options de traitement sont donc appropriées et peuvent être prescrites en considérant le choix de la personne et du clinicien. Les membres du comité précisent aussi que le choix de la molécule pour le sevrage peut être un tremplin pour la prévention des rechutes et permettre ainsi d'assurer la continuité du traitement. Pour les syndromes de sevrage de légers à modérés ou à faible risque de complications, les membres du comité consultatif mentionnent que la gabapentine peut être privilégiée, et ce, surtout si on envisage de poursuivre son usage pour la prévention de la rechute. De plus, la dépendance par rapport à cette molécule de sevrage est inférieure à celle associée aux autres options de traitement, bien que cet aspect ne soit pas largement rapporté par les études cliniques effectuées avec la gabapentine. Les membres du comité consultatif précisent cependant que, bien que la gabapentine soit largement utilisée dans la pratique en ce moment, des cas de surdose ou d'intoxication ont été rapportés et qu'il existe des enjeux de tolérance concernant cette molécule. Il est donc pertinent de rappeler l'importance de mettre en

application des mesures pour limiter les risques de surdose et de détournement lorsqu'on utilise la gabapentine.

Pour la gestion du syndrome de sevrage sévère, les membres du comité consultatif sont en accord avec les GPC et ils précisent que les benzodiazépines restent les molécules de choix. Puisque la gabapentine ne permet pas de prévenir les complications liées au syndrome de sevrage, les membres du comité consultatif soulignent que son usage ne devrait pas être recommandé pour les syndromes de sevrage sévères ou en présence de risques ou d'antécédents de complications.

En cas de risque élevé de syndrome de sevrage d'alcool sévère ou de complications associées au sevrage, selon les membres du comité consultatif, il est important d'amorcer rapidement un traitement avec les benzodiazépines afin d'éviter qu'un syndrome de sevrage sévère ne s'installe ou ne se détériore et de diriger la personne vers un milieu hospitalier. Le comité précise toutefois que des convulsions peuvent survenir n'importe quand pendant le sevrage, peu importe le score de CIWA-Ar, alors qu'un *delirium tremens* survient généralement lorsque le score CIWA-Ar est élevé. Par ailleurs, en présence de convulsions, de *delirium tremens* ou d'antécédents de convulsions ou de DT, l'administration de benzodiazépines est recommandée en première intention. La prise en charge devrait absolument être faite en milieu hospitalier selon les membres du comité consultatif.

Le phénobarbital n'est pas homologué par Santé Canada pour le traitement du sevrage d'alcool. Les membres du comité consultatif précisent toutefois qu'il est parfois utilisé en pratique dans les cas de syndrome de sevrage sévère et compliqué, puisqu'il réduirait le nombre des admissions aux soins intensifs. Ils ajoutent que son usage devrait cependant être réservé à un prescripteur expérimenté qui exerce en milieu hospitalier à cause de son index thérapeutique étroit et des effets secondaires de cette molécule, qui peut provoquer des arrêts respiratoires en cas de surdose. De plus, les membres du comité consultatif précisent que les inquiétudes entourant l'usage du phénobarbital sont plus importantes que celles associées à l'usage des benzodiazépines et qu'en milieu hospitalier l'usage du phénobarbital est de plus en plus restreint.

Globalement, les membres du comité consultatif sont en désaccord avec les guides de pratique clinique concernant l'usage de la carbamazépine, de l'acide valproïque et de la clonidine pour le traitement du sevrage d'alcool. Ils précisent tout d'abord de nombreux enjeux d'implantation entourant l'usage de la carbamazépine pour le traitement du sevrage d'alcool, notamment en première ligne. En psychiatrie comme en neurologie, la carbamazépine n'est pratiquement plus utilisée, notamment en raison de la complexité des interactions potentielles avec d'autres médicaments ainsi que des ajustements interindividuels importants qui sont requis, et ce, malgré une bonne efficacité lorsque cette molécule est administrée correctement. De plus, les effets indésirables induits par la carbamazépine sont plus importants que ceux induits par la gabapentine, notamment en ce qui a trait au nombre de chutes observées chez la personne âgée et au profil de surdose associé, qui est plus grave et plus compliqué. Finalement, le bon usage de la carbamazépine nécessite des prélèvements sanguins fréquents afin d'assurer une concentration thérapeutique adéquate, ce qui rend le suivi plus exigeant auprès des

personnes atteintes d'un TUA, qui présentent souvent une difficulté d'observance thérapeutique. Les membres du comité sont donc d'avis de ne pas proposer l'usage de la carbamazépine pour le sevrage d'alcool dans le guide d'usage optimal. Bien que l'usage de l'acide valproïque soit suggéré par le VA/DoD comme option de traitement alternative aux benzodiazépines pour les sevrages légers, les membres du comité consultatif sont en accord avec les constats de la revue systématique et avec les GPC de l'ASAM et du BCCSU, qui soulignent le manque de données probantes concernant l'efficacité de cette molécule pour le traitement pharmacologique du sevrage d'alcool [ASAM, 2020; BCCSU, 2019]. Selon les membres du comité consultatif, étant donné la dangerosité d'une surdose induite par l'acide valproïque, qui peut causer une encéphalopathie, un œdème cérébral et nécessiter une hémodialyse, ce traitement pourrait être problématique chez la population atteinte d'un TUA. Pour sa part, l'usage de la clonidine recommandé par le British Columbia Centre on Substance Use pour la gestion en milieu ambulatoire des personnes à faible risque de complications du sevrage s'appuie sur deux études cliniques à répartition aléatoire qui ont démontré que la clonidine est aussi efficace que le chlórdiazépoxyde pour gérer les symptômes du sevrage de légers à modérés [Baumgartner et Rowen, 1991; Baumgartner et Rowen, 1987]. Cependant, l'usage de la clonidine n'a pas fait l'objet d'une revue systématique de l'INESSS, puisqu'il s'agit d'un agoniste adrénergique central et non d'un anticonvulsivant. Selon les membres du comité consultatif, il est possible que la clonidine soit recommandée pour des sevrages conjoints à l'alcool et aux opioïdes, mais ce médicament ne serait pas nécessaire pour le sevrage d'alcool seul si les benzodiazépines sont bien utilisées.

Les membres du comité consultatif sont d'avis que, bien que la prégabaline soit administrée dans un contexte de prévention des rechutes, il existe très peu d'expériences cliniques qui pourraient compléter les données très limitées de la littérature concernant l'usage de cette molécule pour le sevrage d'alcool. De plus, ils ajoutent que, comme l'indique la monographie, des cas de personnes qui ont présenté une insuffisance rénale ont été rapportés dans les essais cliniques et dans la base de données de pharmacovigilance pendant un traitement avec la prégabaline, en monothérapie ou en association avec un autre médicament, et ce, chez des personnes avec ou sans antécédents d'insuffisance rénale [Pfizer Canada, 2016]. Les preuves scientifiques actuelles étant très faibles concernant cette molécule, les membres du comité consultatif sont d'avis de ne pas suggérer la prégabaline comme option de traitement du sevrage d'alcool dans le guide d'usage optimal.

Considérant le peu d'expérience clinique qui pourrait compléter les données très limitées de la littérature concernant l'usage de la lamotrigine dans le traitement pharmacologique du sevrage d'alcool, les membres du comité consultatif sont d'avis de ne pas suggérer l'usage de cette molécule dans le guide d'usage optimal.

## 2.4.5. Posologies

### 2.4.5.1. Régimes posologiques pour l'administration des benzodiazépines

En ce qui concerne l'administration des benzodiazépines, les guides de pratique clinique retenus mentionnent principalement deux façons de faire, soit un régime posologique à doses décroissantes selon un horaire fixe avec des doses additionnelles au besoin ou un régime posologique ajusté selon les symptômes. Alors que le GPC du VA/DoD recommande pour la gestion du sevrage d'alcool l'utilisation de l'une ou l'autre des stratégies, selon le GPC de l'ASAM, le régime posologique selon les symptômes est préférable pour l'administration des benzodiazépines, puisqu'il contribue à réduire la durée des symptômes de sevrage, la quantité de benzodiazépines utilisées, l'incidence des convulsions et la durée du *delirium tremens* chez les personnes qui sont traitées aux soins intensifs [ASAM, 2020; VA/DoD, 2015]. Il est toutefois précisé par la Société Française d'Alcoologie que le régime posologique ajusté en fonction des symptômes n'est pas souhaitable pour des personnes qui ont des difficultés à communiquer, des antécédents de convulsions, une comorbidité psychiatrique instable ou une dépendance associée [SFA, 2015]. Enfin, selon l'ASAM, le régime posologique avec des doses décroissantes selon un horaire fixe et des doses additionnelles au besoin est aussi approprié lorsque le régime selon les symptômes ne peut pas être utilisé [ASAM, 2020].

En accord avec la même société, selon les membres du comité consultatif, il est plus profitable pour la personne d'être réévaluée fréquemment que de recevoir des doses décroissantes de benzodiazépines selon un horaire fixe. De plus, avec ce schéma de traitement, il existe un risque que le médicament ne soit pas efficace (doses trop fortes ou trop faibles) et que la personne ne soit pas réévaluée. Selon les membres du comité consultatif, l'administration de benzodiazépines à doses décroissantes selon un horaire fixe mène à une plus grande consommation du médicament, une plus forte sédation, plus d'effets indésirables et elle coûte plus cher. Ils mentionnent que plusieurs études ont effectivement démontré une hausse de la quantité totale de benzodiazépines administrées, une croissance des effets secondaires ainsi qu'une augmentation de la durée des séjours lors de l'administration de doses décroissantes de médication selon un horaire fixe, ce qui a aussi été observé dans leur pratique.

En fonction du milieu de soins choisi pour la gestion du sevrage, certains guides de pratique clinique favorisent l'un ou l'autre des schémas d'administration. De façon générale, il est précisé par la SFA que l'ordonnance personnalisée adaptée aux symptômes s'applique davantage aux soins à domicile [SFA, 2015]. Effectivement, en milieu hospitalier ou pour un court séjour en milieu ambulatoire en observation continue (niveau 2-WM correspondant au niveau 2-GS, soit à des services externes intensifs de gestion du sevrage selon le PAID), le régime posologique selon les symptômes est préférable selon l'ASAM et il peut être utilisé si le personnel est bien formé et si les ressources sont suffisantes pour réévaluer fréquemment l'état de la personne selon le NICE [ASAM, 2020; NICE, 2019; NICE, 2017]. En milieu hospitalier, il est toutefois précisé dans le GPC publié par l'UHMHS d'utiliser ce régime basé sur une échelle permettant d'évaluer l'excitation du système nerveux central (SNC), l'hyperactivité

adrénergique et le délirium [Czarnik *et al.*, 2020]. Selon l'ASAM et le NICE, le régime posologique avec des doses décroissantes selon un horaire fixe et des doses additionnelles au besoin est aussi approprié lors d'un sevrage en milieu ambulatoire à domicile ou d'un sevrage en milieu hospitalier [ASAM, 2020; NICE, 2019].

Pour une prise en charge en milieu ambulatoire sans observation continue (niveau 1-WM correspondant au niveau 1-GS, soit à des services externes non intensifs de gestion du sevrage selon le PAID), d'après l'ASAM, le régime posologique selon les symptômes est approprié si les personnes ou leur soignant peuvent évaluer de façon fiable les signes et symptômes avec une échelle de sévérité et suivre les doses recommandées [ASAM, 2020]. Toutefois, le régime posologique avec des doses décroissantes selon un horaire fixe et des doses additionnelles au besoin est approprié lorsque ces conditions ne sont pas remplies. Le National Institute for Health and Care Excellence affirme qu'il est plutôt recommandé d'administrer des doses décroissantes selon un horaire fixe lors d'un sevrage en milieu ambulatoire dans un programme communautaire [NICE, 2019].

En accord avec les guides de pratique clinique, selon les membres du comité consultatif, les deux types de schéma posologique peuvent être administrés dans les deux types de milieu (interne et externe), et le jugement clinique est nécessaire pour évaluer lorsqu'une surveillance étroite et adaptée aux conditions de la personne est disponible ou non. Comme le recommande l'American Society of Addiction Medicine, en milieu hospitalier ou en milieu ambulatoire résidentiel, les membres du comité consultatif sont d'avis que le schéma posologique selon les symptômes est préférable. Ce schéma est d'ailleurs privilégié aux urgences et en centre de réadaptation en dépendance, le cas échéant, et ce, conjointement avec un suivi rigoureux et régulier effectué avec un outil validé d'évaluation des symptômes de sevrage comme les échelles CIWA-Ar ou CIWA-modifiée. Cependant, en milieu hospitalier ou en milieu ambulatoire résidentiel, pour certaines conditions, l'administration de doses décroissantes selon un horaire fixe pourrait toutefois être considérée. Ces situations se présentent notamment, comme l'ont mentionné l'ASAM et le NICE, lorsqu'une surveillance étroite et adaptée à la condition de la personne n'est pas possible, y compris lorsque le personnel n'est pas suffisamment formé. Selon les membres du comité consultatif, pour les personnes qui prennent déjà quotidiennement des benzodiazépines ainsi que pour les personnes qui ont une atteinte hépatique sévère, un schéma d'administration de benzodiazépines en doses décroissantes selon un horaire fixe pourrait être considéré. En accord avec la SFA, l'usage de benzodiazépines en doses décroissantes selon un horaire fixe ainsi que des doses additionnelles au besoin pourrait aussi être considéré en présence d'antécédents de sevrage compliqué (*delirium tremens*, convulsions liées à un sevrage), bien que cette condition puisse aussi être gérée par une administration en fonction des symptômes dans certaines unités spécialisées. Toujours en accord avec la même société, des doses décroissantes de benzodiazépines administrées selon un horaire fixe pourrait aussi être considérées en présence d'une comorbidité psychiatrique instable ou d'une dépendance concomitante. Par exemple, pour des personnes qui consomment plusieurs psychotropes ou qui sont très instables sur le plan comportemental, il pourrait effectivement être difficile d'évaluer les symptômes de sevrage dans le cas d'une administration de benzodiazépines selon les symptômes.

Bien que le schéma posologique selon les symptômes puisse être utilisé en milieu ambulatoire et dans certains CRD, les membres du comité consultatif sont d'avis qu'il est difficile de préciser à une personne les doses qui doivent être prises au besoin. Lors d'une prise en charge en milieu ambulatoire, en pratique, le clinicien estime le besoin en benzodiazépines et recommande à la personne de prendre le médicament selon une certaine fréquence, de diminuer la dose en présence de sensation d'intoxication et de contacter l'équipe de soins si les symptômes de sevrage augmentent. L'évaluation de l'état de la personne à l'aide d'une échelle telle que le CIWA-Ar n'étant pas toujours réalisable, et ce, particulièrement en contexte de pandémie, les membres du comité précisent qu'il est important de s'assurer d'avoir un accès rapide au médecin si la personne n'est pas à l'aise avec la médication prescrite afin d'ajuster les doses lorsque ce schéma posologique est employé. Chez les personnes qui se présentent avec la volonté d'arrêter de consommer de l'alcool, les membres du comité consultatif précisent que, afin de bien déterminer le schéma posologique à utiliser, il est important de déterminer la sévérité anticipée du syndrome de sevrage. Cependant, en milieu ambulatoire, pour les cliniciens qui ne seraient pas habitués à la gestion du sevrage selon les symptômes, ils sont d'avis qu'il pourrait être préférable de prescrire des doses régulières décroissantes selon un horaire fixe.

Un régime posologique à dose d'attaque est aussi recommandé dans le guide de pratique clinique de l'ASAM pour les personnes présentant un syndrome de sevrage d'alcool sévère (par exemple, CIWA-Ar  $\geq 19$ ), mais son utilisation n'est pas unanimement recommandée par manque de preuves suffisantes [NICE, 2017].

Selon les membres du comité consultatif, une dose de charge administrée en prophylaxie n'est pas très couramment utilisée dans la pratique. Il est préférable de procéder à une bonne évaluation du risque de complications associées au sevrage et d'adapter la prescription de la médication au risque plutôt que d'administrer une dose de charge. Une dose de charge unique pourrait compliquer grandement le continuum de soins chez des populations qui ne sont pas vraiment à risque de complications et qui vivent dans un milieu sans accès à un médecin. De plus, d'après les membres du comité consultatif, le contexte clinique le plus fréquemment rencontré est une personne qui se présente aux services de santé avec la volonté d'arrêter de consommer de l'alcool, et ce, sans nécessairement être en sevrage. Dans ce contexte, la dose de charge de benzodiazépines n'est pas indiquée. Cependant, en milieu hospitalier, des doses de charge beaucoup plus élevées que celles mentionnées dans les guides de pratique clinique peuvent être administrées, mais ce contexte clinique particulier n'est pas applicable à l'ensemble des cliniciens de première ligne qui vont traiter des cas de sevrage.

#### **2.4.5.2. Benzodiazépines**

Selon la Société Française d'Alcoologie, les doses de benzodiazépines doivent être adaptées à la gravité des symptômes de sevrage et à la tolérance au traitement [SFA, 2015]. Pour calculer la dose de départ quotidienne de la médication, les membres du comité consultatif sont d'avis que l'utilisation du nombre de consommations d'alcool n'est

pas fiable et ils privilégient plutôt de donner une dose de départ usuelle ajustable par la suite en fonction des symptômes de la personne.

#### 2.4.5.2.1. Diazépam

Pour l'administration du diazépam selon un schéma posologique en fonction des symptômes, le BCCSU propose une dose de 10 mg toutes les 4 à 6 heures au besoin au jour 1, suivie d'une dose de 10 mg toutes les 6 à 8 heures au besoin au jour 2, 10 mg toutes les 12 heures au besoin au jour 3 et 10 mg au coucher au jour 4. Ces doses sont normalement prises en fonction de la présence d'un rythme cardiaque supérieur à 100 battements par minute, d'une pression diastolique périphérique supérieure à 90 millimètres de mercure (mmHg) ou de signes et symptômes de sevrage [BCCSU, 2019]. En ce qui concerne le régime posologique à doses régulières selon un horaire fixe, le même centre propose une dose de 10 mg quatre fois par jour (QID) au jour 1, suivie d'une dose de 10 mg trois fois par jour (TID) au jour 2, 10 mg deux fois par jour (BID) au jour 3 et 10 mg avant le coucher (HS) au jour 4. Pour le régime posologique en dose régulières décroissantes selon un horaire fixe, l'ASAM recommande de diminuer la quantité totale quotidienne de 25 à 50 % par jour durant 3 à 5 jours en réduisant la dose ou la fréquence d'administration.

Selon les membres du comité consultatif, il est difficile de distinguer le syndrome de sevrage d'alcool léger du syndrome de sevrage d'alcool modéré, puisque les critères diagnostiques sont un peu moins bien définis. Pour le traitement du syndrome de sevrage de léger à modéré en présence d'un faible risque de complications, les membres du comité consultatif jugent que l'administration orale de 5 à 10 mg de diazépam toutes les 4 à 6 heures est appropriée pour une gestion du sevrage selon les symptômes. Pour l'administration de diazépam en doses régulières décroissantes selon un horaire fixe, ils sont d'avis qu'une dose de 5 à 10 mg administrée trois à quatre fois par jour est appropriée lorsqu'elle est accompagnée de doses additionnelles au besoin. De plus, les membres du comité consultatif sont d'avis qu'il est important de pouvoir distinguer les syndromes de sevrage d'alcool sévères des autres syndromes de sevrage et ils considèrent un sevrage sévère comme étant déjà compliqué ou en voie de le devenir (p. ex. score CIWA supérieur à 19, présence de convulsions ou d'hallucinations). Pour le syndrome de sevrage sévère, peu importe le risque de complications, des doses de diazépam variant de 10 à 20 mg administrées toutes les 1 à 2 heures selon l'intensité des symptômes sont appropriées selon les membres du comité consultatif. Ils estiment, pour les personnes à risque de syndrome de sevrage sévère ou de complications du sevrage, qu'il est important d'amorcer très rapidement le traitement pour éviter que les symptômes de sevrage ne s'installent, ne s'aggravent ou ne se compliquent; ces personnes devraient absolument être prises en charge en milieu hospitalier. Puisque le guide d'usage optimal s'adresse principalement à la première ligne et que la prise en charge de ces personnes est hautement variable et individualisée, les membres du comité consultatif ne jugent pas nécessaire d'indiquer des doses de diazépam pour ces situations dans le guide d'usage optimal.

#### 2.4.5.2.2. Lorazépam

Selon l'University of Michigan Health System, il est recommandé d'administrer, pour un sevrage de léger à modéré, 1 à 2 mg de lorazépam toutes les heures au besoin, et ce, jusqu'à ce que la personne soit calme et coopérative. Pour le traitement du syndrome de sevrage sévère, des doses de 2 à 4 mg toutes les heures au besoin sont plutôt recommandées [Czarnik *et al.*, 2020]. Si la personne a besoin de plus de 12 mg de lorazépam en 12 heures, il est recommandé de contacter un clinicien pour une réévaluation. De plus, il est recommandé d'envisager un régime posologique à doses régulières si plus de 18 mg de lorazépam sont administrés durant une période de 24 heures.

Pour le traitement du syndrome de sevrage de léger à modéré en présence d'un faible risque de complications, les membres du comité consultatif jugent que l'administration de 1 à 2 mg de lorazépam toutes les 4 à 6 heures est appropriée pour une gestion du sevrage selon les symptômes. Pour l'administration de lorazépam en doses régulières décroissantes selon un horaire fixe, ils sont d'avis qu'une dose de 1 à 2 mg administrée trois à quatre fois par jour est appropriée lorsqu'elle est accompagnée de doses additionnelles au besoin. Cependant, en accord avec le guide de pratique clinique de l'UMHS, selon l'expérience de certains membres du comité consultatif, il est nécessaire de revoir la personne lorsque plus de 12 mg de lorazépam (correspondant à 60 mg de diazépam) sont nécessaires durant une période de 12 heures. Cependant, ils ne jugent pas pertinent d'indiquer dans le GUO de revoir le schéma d'administration lorsque plus de 18 mg de lorazépam sont administrés en 24 heures. Selon les membres du comité consultatif, en milieu ambulatoire, un fractionnement des doses suggérées pour le sevrage de léger à modéré combiné à un service fréquent en pharmacie devrait permettre d'éviter de dépasser le seuil de 60 mg de diazépam en 12 heures. Pour le syndrome de sevrage sévère, peu importe le risque de complications, des doses de lorazépam variant de 2 à 4 mg administrées toutes les 1 à 2 heures selon l'intensité des symptômes sont appropriées selon les membres du comité consultatif. Toutefois, pour les personnes à risque de syndrome de sevrage sévère ou de complications du sevrage, ils sont d'avis qu'il est important de diriger ces personnes vers les services d'urgence afin d'amorcer très rapidement un traitement pour éviter que les symptômes de sevrage de n'installent, ne s'aggravent ou ne se compliquent. Ils précisent que ces personnes devraient absolument être prises en charge en milieu hospitalier. Puisque le GUO s'adresse principalement à la première ligne et que la prise en charge de ces personnes est hautement variable et individualisée, les membres du comité consultatif ne jugent cependant pas nécessaire d'indiquer des doses de benzodiazépines pour ces populations dans le guide d'usage optimal.

#### 2.4.5.2.3. Réduction des doses

Selon les GPC de l'UMHS et de l'ASAM, pour l'administration des benzodiazépines, la voie orale est à privilégier. Les voies intraveineuse ou intramusculaire peuvent être utilisées lorsque nécessaire pour les personnes qui présentent des conditions médicales ne permettant pas l'utilisation de la voie orale [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020]. Les

membres du comité consultatif sont en accord avec les guides de pratique clinique et ils rappellent que le lorazépam peut être administré en mode sublingual. De plus, selon l'expertise clinique des membres du comité consultatif, pour l'administration de fortes doses de diazépam, la voie intrarectale pourrait être préférable à la voie intramusculaire (IM) lorsque la voie intraveineuse (IV) n'est pas disponible. Pour terminer, selon l'expertise clinique des membres du comité consultatif ainsi que la monographie, le diazépam a un début d'action rapide (moins d'une heure selon la monographie) estimé à environ 30 minutes par le comité consultatif lorsqu'il est administré par voie orale, il a une longue durée d'action et produit des métabolites actifs. Pour sa part, le lorazépam a un début d'action intermédiaire (entre 1 et 3 heures selon la monographie, qui est estimé entre 30 à 60 minutes lorsqu'il est administré par voie orale selon le comité consultatif), une durée d'action intermédiaire et il ne génère pas de métabolites actifs [APhC, 2015].

Comme il a été mentionné précédemment, selon la majorité des guides de pratique clinique retenus, les doses de benzodiazépines doivent être réduites progressivement en cours de traitement, et ce, à la fois pour le régime posologique à doses régulières décroissantes selon un horaire fixe et pour un régime d'administration en fonction des symptômes [BCCSU, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015]. Selon les membres du comité consultatif, il est important de rappeler aux cliniciens qu'il est nécessaire de réduire progressivement les doses de benzodiazépines lors du traitement de sevrage d'alcool afin d'éviter un sevrage de médication, et ce, pour une prise en charge en ambulatoire ou en milieu hospitalier. Les membres du comité consultatif estiment qu'il est important de préciser que le score CIWA-Ar doit être inférieur à 8 durant 12 à 24 heures avant de commencer à diminuer les doses de benzodiazépines. Dans la pratique, les membres précisent qu'il est fréquent d'observer une diminution trop rapide des doses de benzodiazépines. Bien qu'une réduction fixe, exprimée en pourcentage (p. ex. une réduction de 25 % de la dose précédente) semble trop restrictive, car la diminution sera variable en fonction de la dose de départ, les membres du comité consultatif jugent toutefois adéquat de proposer un fractionnement de la diminution durant une période de 3 à 7 jours, en réduisant la dose ou la fréquence.

#### **2.4.5.3. Gabapentine**

Pour le traitement de sevrage d'alcool, une dose initiale de 300 mg administrée trois fois par jour (TID) avec une titration rapide jusqu'à une dose de 600 mg TID est recommandée par le BCCSU [2019]. De plus, si la personne présente un score supérieur ou égal à 12 sur l'échelle SAWS ou éprouve des envies de consommer, de l'insomnie ou de l'irritabilité, des doses additionnelles de 300 mg, ou de 600 à 1 200 mg au coucher, peuvent aussi être administrées au besoin, sans toutefois dépasser une dose maximale quotidienne de 3 600 mg [BCCSU, 2019]. Lors de la résolution des symptômes de sevrage aigus, le même centre recommande de diminuer la dose de gabapentine par paliers de 600 mg par jour durant 3 à 5 jours, jusqu'à cessation du traitement. Pour sa part, le GPC de l'ASAM recommande l'usage d'une dose de charge de 1 200 mg de gabapentine suivie soit d'une dose de 600 mg toutes les 6 heures au jour 1, soit d'une dose quotidienne de 1 200 mg de gabapentine durant 1 à 3 jours, qui sera par la suite diminuée entre 300 et 600 mg par jour durant 4 à 7 jours. Par ailleurs, l'usage de doses

additionnelles de gabapentine au besoin est aussi recommandé par cette même société. Selon la monographie, la dose initiale recommandée de gabapentine est de 300 mg, 3 fois par jour [Upjohn Canada, 2020], bien que ce ne soit pas en lien direct avec le sevrage d'alcool. En fonction de la réponse de la personne et de sa tolérance au traitement, cette dose peut être portée à un maximum de 1 800 mg/jour, administrés à raison de 3 prises par jour en capsules dosées à 300 ou à 400 mg ou en comprimés dosés à 600 ou à 800 mg. De plus, lors d'études cliniques à long terme, menées sans insu, les patients ont bien toléré des doses allant jusqu'à 2 400 mg/jour. On a administré une dose de 3 600 mg/jour à un petit nombre de personnes pendant une période limitée, et cette dose a été bien tolérée [Upjohn Canada, 2020].

Selon les membres du comité consultatif, il peut être adéquat de commencer un traitement avec la gabapentine par une dose de 100 mg (chez une personne plus frêle, par exemple) ou de 300 mg TID et d'augmenter graduellement durant 2 à 3 jours jusqu'à 300 à 600 mg TID selon la tolérance de la personne. Ils précisent aussi qu'une augmentation trop rapide des doses de gabapentine peut causer de la somnolence, des étourdissements ainsi que des chutes. En accord avec les guides de pratique clinique du BCCSU et de l'ASAM, les membres du comité consultatif jugent pertinent l'usage de doses additionnelles de gabapentine administrées au besoin, selon le jugement clinique, sans toutefois dépasser une dose maximale quotidienne de 1 800 mg.

#### 2.4.5.3.1. Réduction des doses

Lors du traitement de sevrage d'alcool avec la gabapentine, le GPC du VA/DoD précise de ne pas interrompre brusquement le traitement, mais de réduire progressivement la dose de médicament [VA/DoD, 2015]. Selon la monographie, si la dose de gabapentine est réduite, si le traitement est interrompu ou remplacé par un autre anticonvulsivant ou encore si un autre antiépileptique est ajouté à la gabapentine, il faut procéder de façon graduelle durant une période d'au moins une semaine, ou plus longtemps si jugé nécessaire. En effet, des réactions indésirables comprenant notamment de l'anxiété, de l'insomnie, des nausées, des douleurs et de la transpiration ont été signalées dans les rapports de pharmacovigilance à la suite de l'arrêt soudain du traitement avec la gabapentine [Upjohn Canada, 2020]. Selon les membres du comité consultatif, lorsque la dose « de confort » est atteinte pour le sevrage, une diminution des doses de gabapentine est faite de façon graduelle, par paliers de 100 à 200 mg TID durant 3 à 7 jours et selon la tolérance de la personne, sauf en cas de poursuite de la médication pour la prévention de la rechute, auquel cas le schéma de diminution ne s'applique pas. Selon l'expertise clinique des membres du comité consultatif et la monographie du produit, la gabapentine a un début d'action lent (60 à 90 minutes) lorsqu'elle est administrée par voie orale, elle a une durée d'action intermédiaire et ne génère pas de métabolites actifs [Upjohn Canada, 2020].

#### **2.4.6. Durée du traitement**

De façon générale, les guides de pratique clinique retenus mentionnent que le traitement du sevrage d'alcool s'échelonne sur une période de 5 à 10 jours. Quatre de ces guides précisent que le traitement avec une benzodiazépine devrait être de courte durée et limité à la phase aiguë du syndrome de sevrage d'alcool [Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015]. Concernant le traitement à la gabapentine, le guide de pratique clinique publié par le BCCSU mentionne qu'après la stabilisation de l'état de la personne les doses peuvent être diminuées graduellement durant 3 à 5 jours [BCCSU, 2019]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec ce centre et ils précisent qu'une période de 3 à 5 jours après la stabilisation de l'état devrait effectivement être suffisante avant de réduire graduellement les doses de gabapentine. Ils précisent aussi qu'un traitement de 7 à 10 jours semble acceptable dans le cas des benzodiazépines, bien qu'une durée de 7 jours soit un peu courte en milieu ambulatoire parce que les personnes sont moins protégées et ont plus de stimulations et d'envies de consommation qu'en milieu hospitalier. Selon le GPC de la Société Française d'Alcoologie, un traitement avec des benzodiazépines ne se justifie au-delà d'une semaine qu'en cas de symptômes de sevrage persistants, d'accident de sevrage ou de dépendance aux benzodiazépines associée. En cas de sévérité des symptômes de sevrage ou d'accident de sevrage, le traitement avec les benzodiazépines ne doit pas être prolongé au-delà de quatre semaines, décroissance comprise [SFA, 2015]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec l'information véhiculée par cette société, mais ils précisent toutefois qu'une prolongation de la durée des traitements jusqu'à un maximum de quatre semaines peut être justifiée en cas de symptômes de sevrage persistants, de rechute brève et ponctuelle ou de dépendance aux benzodiazépines.

#### **2.4.7. Populations particulières et principales contre-indications, précautions et interactions médicamenteuses des traitements pharmacologiques**

##### **2.4.7.1. Femmes enceintes**

Certains des guides de pratique clinique retenus mentionnent des traitements particuliers pour les femmes enceintes ou qui allaitent en ce qui a trait au sevrage d'alcool, et un guide porte exclusivement sur cette population [Thibaut *et al.*, 2019]. Deux guides recommandent de consulter un obstétricien pendant la gestion du sevrage [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020] et l'ASAM précise qu'il faut s'assurer, avant l'administration d'un traitement pharmacologique, que les risques et avantages du médicament, tant pour la mère que pour le fœtus, sont bien compris. En effet, 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 pesés par rapport aux risques du traitement pharmacologique [BCCSU, 2019]. L'usage des benzodiazépines est préconisé chez la femme enceinte dans la plupart des GPC [ASAM, 2020; Thibaut *et al.*, 2019; APA, 2018; SFA, 2015], et les barbituriques sont aussi mentionnés par l'ASAM comme une option de traitement adéquate. Lorsque le sevrage médicalement assisté est

nécessaire, les benzodiazépines telles que le diazépam, le chlordiazépoxyde ou préférentiellement l'oxazépam (courte demi-vie) peuvent être prescrites à la dose la plus faible pendant la durée la plus courte possible [Thibaut *et al.*, 2019]. Bien qu'il existe un risque de tératogénicité au cours du premier trimestre, ces risques semblent faibles et ils sont équilibrés compte tenu du risque de troubles liés à l'alcoolisation fœtale et des conséquences pour la mère et le fœtus en cas de syndrome de sevrage d'alcool sévère. Pour les femmes à risque d'accouchement prématuré ou à la fin du troisième trimestre, l'usage d'une benzodiazépine à courte durée d'action est recommandé par l'ASAM afin de réduire le risque d'intoxication néonatale aux benzodiazépines. Les membres du comité sont d'avis que les femmes enceintes devraient être exclues du guide d'usage optimal, puisque ce sont des cas particuliers avec des enjeux bien spécifiques qui demandent des évaluations médicales et psychosociales spéciales et devraient donc être orientés vers des équipes spécialisées.

#### **2.4.7.2. Personnes de moins de 18 ans**

Peu de données sont disponibles sur le sevrage d'alcool des adolescents. Certains guides de pratique clinique précisent toutefois que des doses réduites de benzodiazépines pourraient être nécessaires pour les personnes de 18 ans et moins en fonction de leur âge, de leur taille, de leur masse corporelle et de leur stade de développement [NICE, 2019]. Plusieurs enjeux ont été soulevés par les membres du comité consultatif concernant cette population, soit principalement d'ordre administratif, de supervision de la médication et d'acceptation des soins. Ils sont donc d'avis que le GUO ne devrait pas aborder la prise en charge des adolescents, puisque ce sont des cas particuliers avec des enjeux bien spécifiques qui demandent des évaluations médicales et psychosociales ciblées.

#### **2.4.7.3. Benzodiazépines**

Les principales contre-indications à l'usage des benzodiazépines mentionnées dans les guides de pratique clinique retenus sont la présence d'insuffisance respiratoire sévère ou chronique ou celle de maladies hépatiques telles qu'une insuffisance hépatique sévère, une cirrhose du foie décompensée avec ascite, un ictère ou un taux de prothrombine inférieur à 50 % [BCCSU, 2019; NICE, 2019; SFA, 2015]. Selon les monographies des produits, bien que l'insuffisance respiratoire sévère représente effectivement une contre-indication à l'usage du diazépam, il est simplement conseillé de faire preuve de prudence lors de l'usage du lorazépam en présence d'une altération de la fonction respiratoire [AA Pharma, 2019; Pfizer Canada, 2019]. En ce qui concerne l'insuffisance hépatique, l'usage des benzodiazépines peut déclencher ou exacerber une encéphalopathie hépatique. Ainsi, l'usage du diazépam est contre-indiqué dans la monographie de ce produit en présence d'insuffisance hépatique sévère, alors qu'il y est précisé que l'usage du lorazépam nécessite d'ajuster soigneusement la posologie dans ces situations [AA Pharma, 2019; Pfizer Canada, 2019]. Des précautions particulières sont aussi recommandées lors de l'usage du diazépam ou du lorazépam en présence d'une insuffisance hépatique légère, soit, respectivement, l'amorce du traitement avec une dose faible qui sera augmentée seulement si elle est compatible avec la fonction

hépatique résiduelle, ou l'utilisation de la dose efficace la plus faible car l'effet médicamenteux peut être prolongé [AA Pharma, 2019; Pfizer Canada, 2019]. De plus, le BCCSU mentionne l'apnée du sommeil, la myasthénie grave et le glaucome à angle fermé comme contre-indications à l'usage des benzodiazépines, alors que la SFA ajoute également l'obésité. La myasthénie grave et le glaucome aigu à angle fermé sont aussi mentionnés à titre de contre-indications dans les monographies de produits, qui précisent toutefois que ces médicaments peuvent être administrés aux personnes qui reçoivent un traitement approprié pour le glaucome à angle ouvert [Laboratoire Riva, 2020; AA Pharma, 2019; Pfizer Canada, 2019; APhC, 2015]. Les monographies précisent également que l'usage du diazépam est contre-indiqué dans les cas de syndrome d'apnée du sommeil. Toutefois, l'usage du lorazépam serait possible dans ces conditions, mais avec prudence. De plus, les benzodiazépines sont aussi contre-indiquées chez les personnes qui présentent une hypersensibilité connue à cette classe de médicaments ou à tout composant du produit concerné [Laboratoire Riva, 2020; AA Pharma, 2019; Pfizer Canada, 2019; APhC, 2015]. La prudence est aussi recommandée par le BCCSU lors de l'usage de benzodiazépines chez les personnes qui présentent une insuffisance rénale, une intolérance au lactose ou pour les femmes qui allaitent [BCCSU, 2019]. Selon la monographie, les personnes atteintes d'une insuffisance rénale doivent être surveillées et la dose ajustée prudemment pour éviter l'accumulation [APhC, 2015]. Si un traitement avec le diazépam est nécessaire chez des personnes dont la fonction rénale est altérée, il est recommandé, selon la monographie, d'instaurer le traitement à une dose très faible et de n'augmenter la posologie que dans la mesure où cette augmentation est compatible avec le degré de fonction rénale résiduelle [AA Pharma, 2019]. De plus, puisque l'élimination du lorazépam conjugué est dépendant de la fonction rénale, les précautions habituelles s'imposent quand ce médicament est prescrit à des personnes souffrant d'insuffisance rénale; il faut alors prendre soin d'adapter graduellement la posologie [Pfizer Canada, 2019]. De façon générale, les membres du comité consultatif sont en accord avec les contre-indications et précautions particulières mentionnées dans les guides de pratique clinique et les monographies des produits. Ils précisent que, bien qu'un ajustement des doses de benzodiazépines soit requis en cas d'insuffisance hépatique de légère à modérée, afin d'éviter de créer un frein à l'usage approprié de benzodiazépines dans cette condition, et ce, surtout lorsque les résultats de laboratoire ne sont pas disponibles à l'amorce d'un traitement, il a été jugé pertinent de mentionner au guide d'usage optimal d'amorcer le traitement avec des doses plus faibles et de favoriser l'usage du lorazépam par rapport au diazépam en cas d'insuffisance hépatique de légère à modérée. Les membres du comité consultatif mentionnent par ailleurs que les précautions importantes concernant le diazépam concernent plutôt la population atteinte d'une insuffisance hépatique sévère. En ce qui a trait à l'insuffisance rénale, les membres du comité consultatif précisent aussi que, bien qu'un ajustement des doses soit suggéré par les monographies, la pharmacocinétique du lorazépam serait moins dépendante de la fonction rénale que celle du diazépam qui possède plusieurs métabolites actifs dont la demi-vie est tributaire de la fonction rénale. De plus, les ajustements de dose suggérés par les monographies semblent être appliqués dans la pratique, surtout en cas d'insuffisance rénale terminale,

population pour laquelle le guide d'usage optimal ne sera que peu ou pas utilisé en raison de sa prise en charge par des équipes spécialisées. Toutefois, il a été jugé pertinent de mentionner au GUO d'amorcer le traitement avec des doses plus faibles et de favoriser l'usage du lorazépam par rapport au diazépam en cas d'insuffisance rénale.

En lien avec certaines contre-indications et précautions particulières concernant les benzodiazépines, plusieurs guides de pratique clinique mentionnent d'utiliser des molécules moins dépendantes du métabolisme hépatique ou à plus courte action, telles que le lorazépam ou l'oxazépam, pour les personnes qui souffrent d'un problème de santé associé à une fonction hépatique altérée [ASAM, 2020; NICE, 2019; NICE, 2017] ainsi que lorsque les résultats des analyses de laboratoire ne sont pas encore connus, mais qu'il y a présence de signes d'une maladie hépatique importante [ASAM, 2020; NICE, 2019]. La Société Française d'Alcoologie ajoute que les benzodiazépines à demi-vie plus courte et éliminées par conjugaison, comme l'oxazépam, sont classiquement conseillées en cas d'insuffisance hépatique afin de limiter le risque d'accumulation du médicament et l'augmentation des effets indésirables qui y serait associée. Cependant, l'usage de ces benzodiazépines n'élimine pas complètement le risque d'accumulation du médicament, et leur protection anticonvulsivante est tout de même réduite en raison de plus grandes fluctuations plasmatiques [SFA, 2015]. En accord avec les monographies des produits, certains GPC mentionnent donc que l'usage de doses réduites de benzodiazépines pourrait être préférable pour les personnes atteintes d'insuffisance hépatique [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; NICE, 2019] ou d'insuffisance rénale [Czarnik *et al.*, 2020]. L'ASAM recommande par ailleurs de surveiller étroitement les personnes qui présentent une insuffisance hépatique et qui reçoivent de fortes doses de benzodiazépines, notamment le diazépam [ASAM, 2020]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec l'information présentée ci-dessus ainsi qu'avec le fait que l'oxazépam est un choix intéressant pour les personnes qui ont des problèmes hépatiques sévères. Ils précisent toutefois que l'usage de l'oxazépam est moins pertinent en première ligne, puisque cette molécule crée une forte dépendance, le lorazépam étant un choix plus intéressant dans cette situation. Ils ajoutent que le diazépam pourrait toutefois représenter un choix possible dans cette situation en milieu hospitalier, bien qu'il soit généralement contre-indiqué. Finalement, les membres du comité consultatif mentionnent qu'il est intéressant de rappeler aux cliniciens l'information concernant la présence de certains métabolites des benzodiazépines, notamment puisque le diazépam et son métabolite actif peuvent s'accumuler davantage en présence d'une insuffisance hépatique, ce qui est associé à une sédation accrue [AA Pharma, 2019; Pfizer Canada, 2019]

Certains guides de pratique clinique mentionnent également que l'usage de doses réduites de benzodiazépines pourrait aussi être nécessaire chez les personnes âgées de plus de 65 ans [Czarnik *et al.*, 2020; NICE, 2019; SFA, 2015]. Cette information est en accord avec celle de la monographie dans laquelle il est indiqué que le traitement avec des benzodiazépines doit être individualisé et étroitement surveillé chez les personnes âgées [APhC, 2015]. Plus précisément, une dose réduite de diazépam est recommandée chez les personnes âgées de plus de 65 ans, et il est précisé pour le lorazépam de commencer par administrer de très faibles doses, en augmentant selon la réponse de la

personne, et ce, afin d'éviter les risques de sédation excessive ou de troubles neurologiques [AA Pharma, 2019; Pfizer Canada, 2019]. L'ASAM recommande d'ailleurs de surveiller étroitement les personnes âgées qui reçoivent de fortes doses de benzodiazépines, puisqu'il existe un risque d'accumulation des métabolites [ASAM, 2020].

Les membres du comité consultatif sont en accord avec les guides de pratique clinique et les monographies des produits et ils sont d'avis qu'il est pertinent de rappeler dans le guide d'usage optimal la nécessité d'ajuster les doses de benzodiazépines pour les personnes de plus de 65 ans. De plus, ils précisent que, pour cette population, il est pertinent de commencer le traitement avec des doses plus faibles, et ce, afin d'éviter à la fois les chutes et le risque de dépression respiratoire, bien que les chutes soient, de façon générale, plus fréquentes chez la population de 65 ans et plus atteinte d'un TUA. Selon les membres du comité consultatif, le lorazépam et l'oxazépam sont majoritairement dépendants de la glucuronoconjugaison et non des cytochromes, ce qui en fait des molécules intéressantes pour les personnes âgées de plus de 65 ans chez qui les cytochromes peuvent être moins efficaces. Ils ajoutent que le diazépam pourrait être considéré chez cette population en milieu hospitalier, mais qu'il devrait être évité pour les sevrages en milieu ambulatoire. Ils précisent toutefois que le métabolisme de ces médicaments est complexe et peut dépendre de nombreux autres facteurs, notamment de la médication concomitante.

Selon la monographie, la principale interaction médicamenteuse possible avec les benzodiazépines concerne les dépresseurs du système nerveux central (p. ex. l'alcool, les anesthésiques, les antidépresseurs, les antihistaminiques sédatifs, les antipsychotiques, les hypnotiques et les opioïdes) pour lesquels l'association doit être évitée le plus possible et la surveillance des effets dépressifs sur le système nerveux central doit être augmentée en raison d'un risque accru de sédation et de dépression respiratoire. De plus, les molécules qui sont considérées comme des inhibiteurs du cytochrome CYP3A4, des inducteurs du CYP3A4 ou des inhibiteurs du CYP2C19 peuvent aussi avoir un impact sur la concentration sérique des benzodiazépines [APhC, 2015]. L'ASAM recommande d'ailleurs une surveillance étroite des personnes qui prennent des médicaments opioïdes chroniquement de façon concomitante, comme un traitement par un agoniste opioïde pour les troubles liés à l'usage d'opioïdes ou pour la douleur, car il existe un risque accru de dépression respiratoire. Les personnes qui prennent des médicaments sédatifs hypnotiques devraient aussi faire l'objet d'une étroite surveillance, en particulier en ce qui concerne la tolérance aux benzodiazépines [ASAM, 2020]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec l'information extraite des GPC et des monographies concernant l'interaction entre toutes les benzodiazépines et les dépresseurs du système nerveux central (effet de classe). Ils soulignent toutefois que l'interaction entre les inhibiteurs du CYP2C19 (p. ex. fluvoxamine, amitriptyline, clomipramine, imipramine ainsi que les antifongiques azolés tels que fluconazole, itraconazole, kétoconazole et voriconazole) ou du CYP3A4 (les principaux inhibiteurs forts sont les antifongiques azolés mentionnés précédemment, le bocéprévir, la cimétidine, les macrolides [télithromycine], les inhibiteurs de la protéase du VIH, l'amiodarone, le diltiazem, le vérapamil ainsi que le pamplemousse) ne concerne que le diazépam. Puisqu'il existe un nombre important d'interactions entre les inhibiteurs du

CYP2C19 ou du CYP3A4 et le diazépam, pour les besoins du guide d'usage optimal, seules les interactions les plus fréquemment observées en pratique, celles à éviter « en toutes circonstances » ou « si possible » et celles appuyées par des données probantes ont été conservées. De plus, ils précisent que le diazépam peut causer un déséquilibre des concentrations sériques de phénytoïne ou de digoxine.

#### 2.4.7.4. Gabapentine

Seulement deux des guides de pratique clinique retenus mentionnent des contre-indications ou des précautions particulières associées à l'usage de la gabapentine [BCCSU, 2019; VA/DoD, 2015]. Une seule contre-indication a été trouvée dans les GPC, et elle est corroboré par la monographie du produit, soit une hypersensibilité à cette molécule ou à tout autre ingrédient dans la composition de ce médicament [Upjohn Canada, 2020].

Le BCCSU recommande la prudence dans l'usage de la gabapentine pour les personnes qui font un usage concomitant de dépresseurs du système nerveux central, d'opioïdes ou d'alcool. Le VA/DoD et la monographie du produit précisent que l'usage de la gabapentine peut provoquer une dépression du système nerveux central qui peut se manifester, entre autres, par de la somnolence, des étourdissements, une perte de connaissance ainsi que des cas graves de dépression respiratoire [Upjohn Canada, 2020; VA/DoD, 2015]. Les personnes qui ont une mauvaise fonction respiratoire, une maladie respiratoire ou neurologique ou une insuffisance rénale ainsi que les personnes âgées de plus de 65 ans ont un risque plus élevé de présenter ces effets indésirables sévères. Le et le BCCSU recommande aussi d'agir avec prudence chez ces personnes [BCCSU, 2019]. Il est par ailleurs précisé dans la monographie que l'administration concomitante de dépresseurs du SNC et de gabapentine est un facteur qui peut contribuer à l'apparition de ces effets [Upjohn Canada, 2020]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec cette information et avec le principe de précaution nécessaire lors de l'usage de la gabapentine pour les personnes atteintes d'une insuffisance rénale et pour les personnes âgées de plus de 65 ans.

Au moins deux guides de pratique clinique mentionnent la nécessité d'ajuster la dose de gabapentine en cas d'insuffisance rénale, notion également reprise par la monographie du produit qui précise que la gabapentine est éliminée uniquement par voie urinaire [Upjohn Canada, 2020; BCCSU, 2019; VA/DoD, 2015]. Il est indiqué par le VA/DoD de viser une dose cible inférieure à 1 800 mg par jour lorsque la clairance de la créatinine est inférieure à 60 millilitres par minute (ml/min). Puisque la gabapentine est éliminée principalement par voie urinaire, la dose et la fréquence d'administration doivent être réduites en présence d'une diminution du débit de filtration glomérulaire estimé [Upjohn Canada, 2020]. Les recommandations d'ajustement de la posologie selon la fonction rénale qui sont proposées à la monographie sont les suivantes [Upjohn Canada, 2020] :

- Clcr supérieure à 60 ml/min : administrer une dose quotidienne totale entre 900 et 3 600 mg divisée en trois prises;
- Clcr entre 30 et 59 ml/min : administrer une dose quotidienne totale entre 400 et 1 400 mg divisée en deux prises;
- Clcr entre 15 et 29 ml/min : administrer une dose quotidienne totale entre 200 et 700 mg en une prise;
- Clcr inférieure à 15 ml/min : administrer une dose quotidienne totale entre 100 et 300 mg en une prise. Les personnes en hémodialyses doivent par ailleurs recevoir des doses supplémentaires après chaque séance de 4 heures de dialyse.

En tenant compte du fait que la dose quotidienne de 1 800 mg de gabapentine, déterminée par les membres du comité consultatif comme étant la dose cible de traitement du sevrage d'alcool pour les personnes avec une fonction rénale normale, est inférieure à la dose maximale de 3 600 mg de gabapentine recommandée dans la monographie pour d'autres indications, les membres du comité consultatif se sont dits en accord avec la mention, dans le guide d'usage optimal, d'intervalles de posologie en cas d'insuffisance rénale inférieurs aux intervalles proposés dans la monographie pour d'autres indications d'usage. De plus, la Clcr de 15 ml/min étant comprise dans l'intervalle « Clcr 15 à 29 ml/min », une dose maximale de 100 mg de gabapentine est suggérée pour toute valeur de Clcr inférieure à 15 ml/min en tenant compte des ajustements de dose mentionnés pour le sevrage d'alcool et de la teneur du médicament.

Les guides de pratique clinique du BCCSU et du VA/DoD mentionnent aussi la nécessité d'ajuster la dose de gabapentine pour les personnes âgées de plus de 65 ans [BCCSU, 2019; VA/DoD, 2015], alors que la monographie du produit précise qu'un réglage posologique peut être nécessaire pour les personnes âgées, en raison de la diminution de leur fonction rénale et du fait que la gabapentine est éliminée principalement par voie urinaire [Upjohn Canada, 2020]. De ce fait, les membres du comité consultatif sont en accord avec la pertinence d'ajuster la dose pour les personnes de plus de 65 ans. Ils précisent par ailleurs l'importance, pour cette population, de commencer le traitement avec des doses plus faibles afin de limiter le risque de chutes et de dépression respiratoire.

En ce qui concerne les principales interactions médicamenteuses avec la gabapentine, selon le guide de pratique clinique du VA/DoD, la gabapentine devrait être administrée avec une extrême prudence en concomitance avec de l'alcool ou d'autres dépresseurs du système nerveux central [VA/DoD, 2015]. Selon la monographie du produit, la gabapentine semble effectivement intensifier les effets indésirables des opioïdes, des benzodiazépines et de l'alcool sur les fonctions cognitives et la motricité globale [Upjohn Canada, 2020]. Dans le cadre de la pharmacovigilance, des cas d'insuffisance respiratoire, de coma et de décès ont été signalés concernant des personnes traitées avec la gabapentine seule ou en association avec d'autres dépresseurs du SNC, y compris des personnes souffrant de toxicomanie. Le VA/DoD mentionne aussi que les antiacides peuvent diminuer la concentration de gabapentine. À cet égard, il est précisé

dans la monographie que l'administration concomitante de gabapentine et d'un antiacide à base d'aluminium et de magnésium fait baisser la biodisponibilité de la gabapentine dans une proportion allant jusqu'à 20 %. Bien qu'on ne sache pas si une telle diminution peut avoir quelque conséquence sur le plan clinique, il n'est pas recommandé d'administrer ce genre d'antiacide en même temps que la gabapentine [Upjohn Canada, 2020]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec l'information présentée ci-dessus, et ils ajoutent qu'en cas d'usage concomitant de la gabapentine et d'un antiacide à base d'aluminium et de magnésium (de type Maalox) l'administration des deux médicaments devrait être espacée de deux heures.

#### **2.4.8. Traitements pharmacologiques d'appoint pour le sevrage d'alcool**

Au moins trois guides de pratique clinique formulent des recommandations quant à la médication d'appoint à administrer au besoin en cas de sevrage d'alcool [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019]. Selon l'ASAM, l'usage de médicaments d'appoint peut être pertinent notamment après vérification qu'une dose adéquate de benzodiazépines a été administrée ou en cas de contre-indication aux benzodiazépines [ASAM, 2020]. Les agonistes alpha2-adrénergiques (A2AA) tels que la clonidine peuvent être administrés en complément du traitement aux benzodiazépines pour contrôler l'hyperactivité autonome (hypertension et tachycardie) et l'anxiété, mais ils ne doivent cependant pas être utilisés seuls pour prévenir ou traiter les convulsions ou le délirium liés au sevrage [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019]. L'UMHS et l'ASAM mentionnent, respectivement, que l'halopéridol ainsi que le phénobarbital (avec une surveillance étroite) et les agents antipsychotiques peuvent être administrés en complément des benzodiazépines [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020]. Toutefois, les membres du comité consultatif jugent que ces traitements ne devraient pas être inclus au guide d'usage optimal, puisque ce sont des options de traitement très peu utilisées, surtout dans un contexte de première ligne.

#### **2.4.9. Suppléments et vitamines complémentaires**

Selon le guide de pratique clinique publié par l'ASAM, le traitement en soutien au sevrage est une composante critique de la prise en charge du syndrome de sevrage d'alcool. En effet, au moins cinq guides de pratique clinique recommandent de donner quotidiennement de la thiamine en présence d'un syndrome de sevrage d'alcool aigu afin de prévenir l'encéphalopathie de Wernicke [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; NICE, 2017]. De plus, le BCCSU recommande l'administration de 100 mg de thiamine à toutes les personnes atteintes de trouble lié à l'usage d'alcool [BCCSU, 2019]. Alors qu'en milieu ambulatoire les personnes peuvent recevoir de la thiamine orale à raison de 100 mg par jour selon l'ASAM, en milieu hospitalier, cette société et le NICE précisent que les voies intraveineuse ou intramusculaire sont préférées, bien que de la thiamine puisse aussi être administrée par voie orale [ASAM, 2020; NICE, 2019; NICE, 2017]. Par ailleurs, bien que le niveau de preuve soit faible, la CCSMPA recommande fortement, pour les personnes de 65 ans et plus, l'administration d'au moins 200 mg de thiamine parentérale (IM ou IV) quotidiennement pendant le

sevrage afin de prévenir l'encéphalopathie de Wernicke [CCSMPA, 2019]. Alors que l'ASAM et la CCSMPA recommandent l'administration de thiamine durant 3 à 5 jours, une administration durant 7 à 14 jours est recommandée par l'UMHS [Czarnik *et al.*, 2020].

Selon les membres du comité consultatif, l'administration de thiamine en prophylaxie de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke fait partie de la pratique québécoise et devrait être faite en première ligne, puisque les personnes qui consomment de l'alcool de façon abusive ont très souvent un déficit en thiamine en raison d'une déficience alimentaire ou de malabsorption. Il est aussi précisé qu'il est pertinent d'évaluer, dans le cadre du sevrage d'alcool, la présence d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke en appliquant les critères de Caine. Il est mentionné que, parmi les facteurs de risque d'encéphalopathie de Wernicke, qui pourraient justifier l'utilisation de la voie parentérale, on trouve notamment la dénutrition, la perte de poids, une atteinte de l'état général, des troubles de la démarche, de la coordination ou des mouvements oculaires, des chutes à répétition et des troubles cognitifs. Les membres du comité consultatif précisent toutefois qu'il est important de considérer la dose ainsi que la voie d'administration de la thiamine, puisque celle-ci est très peu absorbée par voie orale et que son absorption est réduite chez les personnes qui consomment beaucoup d'alcool et qui sont mal nourries [Thomson *et al.*, 1970]. Ils ajoutent que le milieu où est effectué le sevrage influera sur l'administration des suppléments vitaminiques. Selon eux, la meilleure façon de déterminer le niveau de déficit en thiamine chez une personne est par la mesure de l'activité transkétolase érythrocytaire, mais ce type de test n'est pas disponible actuellement au Québec. Bien qu'il existe de grandes variations dans les doses de thiamine étudiées dans le contexte du sevrage d'alcool, les membres du comité consultatif mentionnent que la dose quotidienne de thiamine généralement recommandée par les nutritionnistes est de 100 mg. Toutefois, ils indiquent que, lors de l'administration d'une dose de plus de 50 mg de thiamine par voie orale, plus de la moitié de la dose administrée n'est pas absorbée et que l'apport en thiamine devrait normalement être suffisant si la personne s'alimente correctement. De ce fait, ils sont d'avis que l'administration de 50 mg de thiamine 2 fois par jour est à privilégier, bien qu'en multipliant les doses les risques de non-observance du traitement soient aussi augmentés. Pour un sevrage en milieu ambulatoire, ils proposent d'administrer un supplément de thiamine aux personnes pendant quelques jours, à raison de 100 à 200 mg par jour (soit 50 ou 100 mg BID). En milieu ambulatoire, la thiamine est souvent donnée par voie orale, mais l'administration intramusculaire, qui est préférable, peut aussi être offerte une fois par semaine au CLSC ou en pharmacie. Cependant, certains des membres du comité consultatif émettent des réserves quant au fait de proposer d'emblée une dose intramusculaire de thiamine en évoquant des enjeux potentiels d'accessibilité et d'applicabilité. En milieu hospitalier, les membres du comité consultatif mentionnent que les doses de thiamine administrées varient entre 100 et 500 mg par jour en fonction du niveau de sévérité du syndrome de sevrage, de la présence de symptômes d'encéphalopathie de Wernicke, de la capacité des personnes traitées à s'alimenter ainsi que de la présence de problèmes d'absorption ou de diarrhée. Ils précisent aussi qu'en milieu hospitalier l'administration de la thiamine devrait être faite par voie parentérale (IM ou IV), bien que la voie orale puisse aussi être utilisée. Selon les

membres du comité consultatif, la thiamine devrait être administrée durant 7 à 10 jours, après quoi l'état d'une personne qui présente encore des vomissements devrait être réévalué. Puisque le guide d'usage optimal s'adresse principalement à la première ligne et que les cas d'encéphalopathie de Wernicke sont orientés vers le milieu hospitalier, le traitement de l'encéphalopathie, qui requiert des doses plus élevées de thiamine, n'a pas été ajouté au guide d'usage optimal.

En plus de la thiamine, certains guides retenus recommandent l'administration d'autres suppléments vitaminiques. Selon l'ASAM, dans le cas d'un sevrage en milieu ambulatoire, les personnes devraient être informées qu'une multivitamine prise quotidiennement pourrait être bénéfique [ASAM, 2020]. Le guide de pratique clinique publié par le BCCSU recommande pour sa part que toutes les personnes avec un TUA reçoivent une supplémentation en multivitamine, y compris, notamment, de l'acide folique (1 mg) et de la vitamine B6 (2 mg) [BCCSU, 2019]. De plus, une supplémentation en folates peut être envisagée pour les personnes gravement malades, car la consommation chronique d'alcool est associée à une hyperhomocystéinémie [ASAM, 2020]. En milieu hospitalier, le guide de pratique clinique de l'UMHS mentionne aussi qu'au début d'un traitement de sevrage la prescription d'une multivitamine orale quotidienne et d'acide folique (1 mg) PO ou IV par jour devrait être faite pour 7 à 14 jours [Czarnik *et al.*, 2020]. Certains membres du comité consultatif précisent qu'une revue de littérature effectuée au Centre universitaire de santé McGill (CUSM) ne montre pas un ratio coût-avantage intéressant pour l'administration de multivitamines en milieu hospitalier. Ils précisent également que la prescription de ce supplément par voie intraveineuse n'est pas faite aux urgences, puisque son administration est coûteuse, nécessite du temps infirmier et qu'il contient peu de calories. Lors d'un sevrage en milieu ambulatoire, bien que l'administration d'une multivitamine orale à une personne qui consomme de l'alcool de façon abusive ne pose pas de problème, les membres du comité consultatif ne jugent pas pertinent de proposer l'administration de ce supplément dans le guide d'usage optimal. Selon les membres de ce comité, l'acide folique pourrait avoir un effet neuroprotecteur chez les usagers chroniques d'alcool, et des cas d'encéphalopathie associés à un déficit en pyridoxine (vitamine B6) auraient été démontrés. Ils mentionnent que ces suppléments sont remboursés par la RAMQ et parfois prescrits lors du sevrage d'alcool. Cependant, puisque la littérature actuelle n'est pas concluante concernant l'acide folique et la vitamine B6, les membres du comité consultatif mentionnent que ces suppléments ne sont pas prescrits aux urgences et ils précisent qu'il serait peut pertinent d'en proposer l'usage dans le guide d'usage optimal.

Selon l'ASAM, les personnes qui présentent une hypomagnésémie, de l'arythmie cardiaque, un trouble électrolytique ou qui ont des antécédents de convulsions devraient recevoir du magnésium [ASAM, 2020]. La Société précise également qu'une supplémentation de phosphate devrait être donnée aux personnes dont le phosphate sanguin est inférieur à 1 mg/dl, et elle recommande une correction par l'alimentation en cas d'hypophosphatémie modérée (1 à 2 mg/dl) [ASAM, 2020]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec les guides de pratique clinique et mentionnent que les carences électrolytiques qui sont identifiées chez les personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool devraient être corrigées, mais ils soulignent à cet égard que plusieurs

approches peuvent être employées. Ils précisent toutefois que des taux adéquats de magnésium sont nécessaires pour favoriser l'absorption intracellulaire de la thiamine, l'absorption de cette vitamine étant réduite lorsque le magnésium est inférieur à 0,75 mmol/l. Ils sont donc d'avis que la vérification et la correction des carences en magnésium pourraient être mises davantage en évidence dans le guide d'usage optimal.

#### **2.4.10. Suivi**

Comme il est mentionné à la [section 2.4.6](#), le traitement associé à un sevrage d'alcool est généralement de courte durée et limité à la phase aiguë du syndrome [BCCSU, 2019; SFA, 2015]. La majorité des guides de pratique clinique retenus précisent qu'une surveillance clinique régulière et rigoureuse permet d'adapter le traitement pharmacologique en fonction de l'évolution des signes et symptômes de sevrage, dont l'évaluation repose sur le jugement clinique et l'utilisation d'échelles validées [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. Lorsque les symptômes de sevrage ne sont pas maîtrisés comme c'était attendu malgré la prise de médicaments conformément aux ordonnances, il est recommandé dans certains guides de pratique clinique d'envisager d'augmenter la dose [ASAM, 2020; NICE, 2019]. Selon l'ASAM, en cas de sédation excessive ou lorsqu'une surveillance adéquate de la personne est problématique, il est recommandé de réévaluer le milieu de soins, d'envisager de changer de médicament ou de considérer l'ajout d'un médicament d'appoint [ASAM, 2020]. Pour un sevrage en milieu ambulatoire, il est aussi précisé dans le guide de pratique clinique de cette même société que les signes et symptômes des personnes doivent tout de même être surveillés lors de l'administration de benzodiazépines en doses décroissantes selon un horaire fixe et que des dispositions doivent être prises rapidement pour modifier la dose lorsque nécessaire [ASAM, 2020].

Les membres du comité consultatif sont en accord avec cette information et ils précisent que l'intensité du suivi devrait aussi être ajustée en fonction des antécédents de complications et de l'état de santé psychologique et physique de la personne traitée. Par ailleurs, ils soulignent que certains éléments du suivi doivent être adaptés selon le milieu où le sevrage est réalisé. De plus, les membres du comité sont d'avis qu'il est important de réévaluer rapidement et fréquemment les doses de benzodiazépines lorsqu'un schéma à doses régulières décroissantes est appliqué. Plusieurs cas de personnes pour lesquelles les doses n'ont pas été réévaluées ont été observés dans la pratique.

##### **2.4.10.1. Sevrage en milieu ambulatoire**

Les personnes dont le sevrage est fait en milieu ambulatoire devraient être suivies par un professionnel de la santé qualifié (par exemple une infirmière) durant les 3 à 5 premiers jours suivant l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool, et ce, quotidiennement selon l'ASAM, ou tous les deux jours selon le NICE [ASAM, 2020; NICE, 2019]. La société américaine précise également que l'alternance de visites en personne et de rencontres à distance par téléphone ou par appel vidéo sont des options appropriées lorsque des rendez-vous quotidiens en personne ne sont pas possibles [ASAM, 2020]. Les membres du comité consultatif rappellent la pertinence de faire la

distinction entre les milieux ambulatoire et hospitalier pour le suivi du sevrage et soulignent, à titre d'exemple, que la capacité de la personne à se rendre en pharmacie et la nécessité de vérifier l'usage adéquat des médicaments prescrits sont des éléments qu'il est important de considérer pour un sevrage en milieu ambulatoire. De plus, ils mentionnent que le suivi fait en milieu ambulatoire est souvent échelonné sur plusieurs jours et qu'il est rarement fait sur une base quotidienne comme le préconise l'ASAM, ce qui est encore plus vrai dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, principalement en raison des nombreuses contraintes que cela entraîne pour les personnes traitées et pour le réseau de la santé. En accord avec le NICE, ils précisent qu'une ou deux rencontres de suivi en présentiel ou par téléphone sont généralement effectuées durant la première semaine de traitement, avec des rencontres téléphoniques pour les visites subséquentes. Comme le recommande l'ASAM, les membres du comité consultatif mentionnent qu'un suivi en présentiel est préférable lorsque cela est possible, même si le suivi téléphonique ou par vidéoconférence est fréquent, surtout en contexte de pandémie. Pour le guide d'usage optimal, les membres du comité consultatif jugent pertinent de proposer qu'un suivi soit effectué par l'un des membres de l'équipe traitante (par exemple médecin, infirmière, pharmacien, travailleur social, éducateur ou intervenant du réseau communautaire), et ce, au moins 2 à 3 fois par semaine, et minimalement durant les 24 à 72 heures suivant le début du traitement. Il a été précisé que des contacts plus fréquents, entre autres en début de traitement, peuvent être très constructifs pour le maintien de la motivation, l'observance du traitement et même concernant l'ouverture à d'autres démarches de rétablissement (engagement dans un plan de traitement plus global pour le trouble lié à l'usage d'alcool ou pour la prévention des rechutes). Par ailleurs, il a été soulevé que certaines personnes pourraient avoir besoin d'un suivi plus étroit (p. ex. des personnes plus vulnérables, isolées ou très malades mais qui refusent d'être hospitalisées ou traitées à l'hôpital). Ainsi, il pourrait être pertinent d'optimiser l'accompagnement de la personne avec l'équipe interprofessionnelle, certains contacts pouvant être plus brefs pour éviter de surcharger les professionnels tout en permettant de retirer les avantages de contacts plus réguliers. Au besoin, certains contacts pourraient être faits avec la pharmacie communautaire (ce qui aide aussi à l'encadrement du traitement), en alternance avec un intervenant psychosocial et un membre du personnel infirmier. Le comité consultatif rappelle par ailleurs que le pharmacien est un membre important de cette équipe qui peut offrir un soutien plus accessible, notamment à la clientèle plus démunie, sans téléphone et difficile à joindre. Le comité précise aussi que le pharmacien pourrait également renseigner les cliniciens sur les preuves de consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives, d'intoxication avec les doses actuelles de médicaments ou d'autres substances, de sous-dosage nécessitant une réévaluation clinique en présence de symptômes de sevrage très importants ainsi que sur l'observance du traitement. Afin d'optimiser l'accompagnement lors du suivi, il a été précisé qu'à défaut d'un proche l'intervention d'une personne d'une ressource communautaire pourrait être envisagée. De plus, certaines visites pourraient devoir être faites à domicile ou en communauté (en proximité) en interpellant un intervenant du réseau communautaire ou du CLSC concerné, et ce, afin de ne pas priver d'accès à un suivi adéquat les personnes qui

refusent ou qui sont incapables de venir à l'hôpital (p. ex. en raison d'expériences traumatiques ou de forte anxiété).

Lors du suivi d'un traitement pharmacologique en milieu ambulatoire, l'ASAM précise que les cliniciens doivent évaluer l'état physique général, les signes vitaux, l'hydratation, l'orientation, le sommeil et l'état émotionnel, y compris les pensées suicidaires, et ce, à chaque visite [ASAM, 2020]. Certains des guides de pratique clinique retenus recommandent aussi aux cliniciens de se renseigner sur la consommation d'alcool et d'autres substances et, si disponible, de considérer une mesure de la teneur en alcool dans le sang (alcoolémie) avec un alcootest pour détecter la consommation récente d'alcool [ASAM, 2020; NICE, 2019]. Par ailleurs, la société américaine souligne que les personnes qui présentent un trouble actuel ou passé lié à l'usage des benzodiazépines ont besoin d'une surveillance supplémentaire [ASAM, 2020]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec les éléments de suivi à vérifier énoncés par cette société. En accord avec l'ASAM et le NICE, ils jugent pertinent de rappeler dans le GUO de considérer une surveillance supplémentaire pour les personnes qui présentent un trouble lié à l'usage de benzodiazépines et évaluer l'état émotionnel de toutes les personnes qui sont traitées pour un sevrage d'alcool en milieu ambulatoire. Ils précisent également qu'il est de pratique courante de fournir à la personne traitée une feuille indiquant les principaux symptômes du sevrage, et d'inclure dans la démarche la notion de la sensation d'inconfort. Lorsqu'une personne se sent trop somnolente en cours de traitement avec les benzodiazépines, il est pertinent de lui demander d'omettre une dose et de contacter l'équipe de soins. Les membres du comité consultatif jugent donc pertinente, dans le cadre du GUO, l'élaboration d'une feuille de suivi pour les personnes en sevrage en milieu ambulatoire, qui indiquera notamment les principaux symptômes du sevrage d'alcool, les effets indésirables de la médication prescrite ainsi que les principales situations nécessitant une orientation vers un service d'urgence. Ils ajoutent qu'il serait également intéressant d'y inclure un endroit où les coordonnées de l'équipe de soins peuvent être inscrites facilement, de même que les coordonnées d'un organisme communautaire qui pourrait être pertinent pour la personne traitée.

#### **2.4.10.2. Sevrage en milieu hospitalier**

L'ASAM recommande de réévaluer la personne traitée pour un syndrome de sevrage de modéré à sévère toutes les 1 à 4 heures durant 24 heures si cela est cliniquement nécessaire. Lorsque l'état de la personne est stabilisé, c'est-à-dire lorsque le score CIWA-Ar reste inférieur à 10 durant une période de 24 heures, la société précise que l'évaluation peut être espacée toutes les 4 à 8 heures durant 24 heures [ASAM, 2020]. En milieu hospitalier, lorsque le lorazépam est administré comme traitement pharmacologique du sevrage, il est recommandé par l'UMHS d'évaluer le score de sédation de la personne à l'aide d'outils tels que l'échelle *University of Michigan Sedation Scale* (UMSS) ou la *Richmond Agitation-Sedation Scale* (RASS), de même que la fréquence respiratoire et la saturation en oxygène avant et une heure après chaque dose. De plus, il est recommandé d'interrompre le traitement si le niveau de sédation mesuré est modéré ou plus grand que modéré (p. ex. score UMSS supérieur ou égal à 2 ou score RASS inférieur ou égal à 3), si la fréquence respiratoire est inférieure à 10 ou si

la saturation en oxygène est inférieure à 90 % (sauf s'il existe une autre explication de l'hypoxie) [Czarnik *et al.*, 2020]. Selon les membres du comité consultatif, en milieu hospitalier, des réévaluations fréquentes de l'état de la personne basées sur les signes et symptômes mesurés, par exemple, avec l'échelle CIWA-Ar ou l'échelle CIWA-modifiée sont nécessaires, et ce, sur une base quotidienne. Le niveau de la sensation d'inconfort et la tolérance de la personne aux symptômes de sevrage doivent aussi être considérés dans l'ajustement de la dose de médicament. En psychiatrie, certaines personnes tolèrent un score CIWA-Ar de 14 alors que d'autres peuvent avoir envie de signer un refus de traitement avec un score de 6. En accord avec le guide de pratique clinique de l'UMHS, les membres du comité consultatif soulignent qu'en milieu hospitalier la personne doit être réévaluée 1 heure après l'administration de benzodiazépine. Ils ajoutent qu'un suivi plus rapproché pourrait être nécessaire en cas de complications du sevrage ou d'un score CIWA-Ar élevé, rappelant toutefois qu'il est parfois difficile dans la pratique de réévaluer toutes les heures chaque personne traitée et qu'un ajustement de la fréquence du suivi peut être fait selon le jugement clinique et l'état de la personne. Ils précisent qu'un suivi rapproché devrait être fait au moins durant l'administration des deux ou trois premières doses du traitement. En accord avec le guide de pratique clinique de l'UMHS, les membres du comité consultatif mentionnent que, dans la pratique, la prescription de benzodiazépine est aussi ajustée en fonction de la somnolence et de la saturation en oxygène de la personne traitée et ils précisent que l'échelle RASS peut être utile pour faire ce suivi. Cependant, puisque les scores et les valeurs pour chaque personne seront tributaires de son état initial avant l'amorce du traitement, ce sont surtout les changements qui sont à surveiller. De ce fait, les membres du comité consultatif ne jugent pas nécessaire de mentionner des scores ou des valeurs limites dans le guide d'usage optimal.

Selon l'ASAM, l'administration de benzodiazépine pour traiter le sevrage alcoolique doit être interrompue après le traitement. Lorsqu'un syndrome de sevrage a été traité au service des urgences et est maintenant contrôlé, la personne peut se voir proposer une ordonnance pour 1 ou 2 jours de médicaments de sevrage en attendant la prise en charge par le professionnel de la santé qui assurera le suivi du traitement [ASAM, 2020]. Cependant, aucune ordonnance au besoin (PRN) ne devrait être fournie pour gérer les symptômes après la sortie d'une hospitalisation, car les personnes qui ont été traitées avec un schéma posologique PRN devraient recevoir leur congé lorsque leurs symptômes ont disparu et qu'elles ne courent plus de risque significatif de regain du syndrome de sevrage [Czarnik *et al.*, 2020].

Selon les membres du comité consultatif, en raison du contexte pandémique lié à la COVID-19, la plupart des personnes qui ont amorcé un traitement pour le sevrage d'alcool en milieu hospitalier vont poursuivre leur sevrage à domicile. Les membres du comité consultatif sont toutefois en accord avec l'ASAM et ils précisent que la durée totale du traitement de sevrage ne devrait pas dépasser 7 à 10 jours. Cependant, même lorsque le sevrage est complété en milieu hospitalier, il est souvent nécessaire de maintenir l'abstinence de la personne, car celle-ci n'a pas consommé d'alcool à l'hôpital. Ils soulignent que le délai de 1 ou 2 jours mentionné par les guides de pratique clinique avant la prise en charge pour le suivi du traitement est beaucoup trop court en pratique.

Certaines personnes, notamment celles qui n'ont pas accès à un médecin de famille, ne parviendront pas à obtenir un suivi en si peu de temps, particulièrement dans la situation actuelle de pandémie. Un délai maximal de deux semaines serait donc plus approprié. Il pourrait être pertinent que le clinicien s'assure que la personne sevrée a accès à une quantité suffisante de médicaments pour prévenir les rechutes à sa sortie de l'hôpital jusqu'à la prise en charge du trouble lié à l'usage d'alcool en milieu externe.

#### **2.4.11. Critères d'orientation vers le milieu hospitalier**

De façon générale, au moins quatre des guides de pratique clinique retenus tiennent compte de la sévérité du sevrage dans l'évaluation du milieu de soins requis. Pour les personnes qui présentent un syndrome de sevrage d'alcool sévère (correspondant à un score CIWA-Ar supérieur ou égal à 19 selon l'ASAM ou à 20 selon le VA/DoD), la gestion du sevrage en milieu hospitalier est recommandée [ASAM, 2020; VA/DoD, 2015]. De plus, selon la même société américaine, un sevrage dont le niveau de sévérité se situe entre 10 et 18 sur l'échelle CIWA-Ar devrait aussi être réalisé en milieu hospitalier en présence de facteurs de risque de complications [ASAM, 2020]. D'après le guide de pratique clinique publié par l'UMHS, qui s'applique uniquement en milieu hospitalier, il est aussi recommandé de considérer une consultation en présence d'un syndrome de sevrage d'alcool difficile ou compliqué. GPC publié par le BCCSU recommande lui aussi un sevrage en milieu hospitalier pour les personnes à haut risque de complications sévères du sevrage d'alcool, ce qui correspond à un score PAWSS supérieur à 4 [BCCSU, 2019], de même que le NICE, pour les personnes à risque de développer des convulsions ou un *delirium tremens* [NICE, 2017]. Pour sa part, ce dernier institut recommande de considérer un sevrage en milieu hospitalier pour les personnes qui consomment plus de 3 unités d'alcool par jour ou pour lesquelles le score sur l'échelle SADQ est supérieur à 30 [NICE, 2019]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec les guides de pratique clinique et ils estiment que les sevrages compliqués ou à risque de complications devraient être mentionnés comme des indications d'orientation de la personne vers le milieu hospitalier. De plus, en présence d'hallucinations associées au sevrage, de convulsions ou de *delirium tremens*, les membres du comité consultatif sont unanimes quant à la nécessité d'une prise en charge en milieu hospitalier.

En cas d'antécédents de complications associées au sevrage d'alcool, y compris, notamment, des antécédents de *delirium tremens* ou de convulsions liées au sevrage, trois GPC recommandent fortement la gestion du sevrage en milieu hospitalier [NICE, 2019; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. Par ailleurs, les guides de pratique clinique de l'ASAM et du NICE jugent les antécédents de convulsions liées à un sevrage alcoolique et les antécédents de *delirium tremens* comme des facteurs de risque de complications graves associées au sevrage d'alcool [ASAM, 2020; NICE, 2017]. Pour les personnes qui ont des antécédents d'épilepsie, le NICE et la SFA recommandent aussi de considérer un sevrage en milieu hospitalier [NICE, 2019; SFA, 2015]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec les guides de pratique clinique et ils estiment qu'il est pertinent d'indiquer au guide d'usage optimal que la consultation d'un collègue

expérimenté devrait être considérée en présence d'antécédents de syndrome de sevrage sévère ou de complications associées au sevrage (par exemple hallucinations, convulsions, *delirium tremens*) et ils précisent par ailleurs qu'il est pertinent de distinguer le risque de complications de la présence d'antécédents de complications liées au sevrage.

Bien que seul le guide de pratique clinique de la SFA mentionne que la survenue de signes d'encéphalopathie de Wernicke impose une hospitalisation, les membres du comité consultatif estiment qu'il est effectivement préférable de favoriser une hospitalisation ou un milieu plus encadré pour la gestion du sevrage d'alcool lorsqu'un grand besoin en thiamine ou une encéphalopathie de Wernicke sont suspectés. Toutefois, ils précisent qu'un fort pourcentage des cas d'encéphalopathie de Wernicke ne sont pas diagnostiqués. Il a donc été jugé pertinent d'indiquer au guide d'usage optimal qu'une orientation vers le milieu hospitalier devrait être considérée s'il y a suspicion d'encéphalopathie de Wernicke.

Lors d'un sevrage en milieu ambulatoire, lorsque le syndrome de sevrage d'alcool ne se résout pas, par exemple si le score sur l'échelle CIWA-Ar ne descend pas en dessous de 10 après une dose adéquate de médicament ou si la personne semble sous sédation, l'ASAM recommande de procéder à son transfert à l'urgence ou en milieu hospitalier [ASAM, 2020]. Par ailleurs, le BCCSU précise aussi qu'à défaut de réponse au traitement après 24 à 48 heures, et ce, peu importe le niveau de risque de complications du sevrage (score de PAWSS), une prise en charge hospitalière est nécessaire [BCCSU, 2019]. De plus, lorsque des signes ou symptômes de sevrage plus sévères se développent (p. ex. des vomissements persistants, une agitation marquée, des hallucinations, de la confusion ou des convulsions), lorsque les conditions médicales ou psychiatriques existantes s'aggravent, en cas de syncope ou de signes vitaux instables (pression artérielle ou fréquence cardiaque) ou encore lorsque la personne revient à la consommation d'alcool, il est recommandé par l'ASAM de diriger cette personne vers un milieu de soins plus intensif [ASAM, 2020]. Lors d'un sevrage en milieu hospitalier, une consultation en soins critiques pourrait être appropriée pour les personnes qui présentent une instabilité hémodynamique ou respiratoire, une progression des symptômes malgré une thérapie maximale appropriée ou qui ont besoin de soins de haute intensité [Czarnik *et al.*, 2020]. En accord avec l'ASAM et le BCCSU, les membres du comité consultatif jugent pertinent qu'une consultation avec un collègue expérimenté soit considérée s'il n'y a pas de réponse après 24 à 48 heures de traitement, si le score est supérieur ou égal à 8 sur l'échelle CIWA-Ar ou à 7 sur l'échelle CIWA-modifiée. Mais, en cas d'aggravation de l'état général, par exemple lors d'une sédation prononcée ou de signes vitaux instables, l'orientation vers le milieu hospitalier devrait être considérée.

Même si la force et la formulation des recommandations sont variables d'un guide à l'autre, certaines conditions sont relativement unanimes entre les guides de pratique clinique retenus en ce qui concerne la prise en charge en milieu hospitalier, notamment la présence de comorbidités physiques multiples ou de conditions médicales instables ou sévères qui pourraient rendre la gestion du sevrage ambulatoire problématique – par exemple maladie coronarienne sévère, angine instable, insuffisance cardiaque

congestive, atteinte hépatique chronique ou sévère, diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou encore infection ou maladie aiguë requérant une intervention médicale [BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. En cas de contre-indication aux benzodiazépines (p. ex. insuffisance respiratoire chronique, cirrhose du foie décompensée avec ascite, ictère ou taux de prothrombine < 50 %, obésité, personnes âgées), l'hospitalisation est aussi fortement recommandée par la Société Française d'Alcoologie [SFA, 2015]. Selon le BCCSU, des problèmes de douleurs chroniques ou complexes pourraient aussi indiquer la nécessité d'une prise en charge en milieu hospitalier, et ce, peu importe le score de PAWSS [BCCSU, 2019]. Pour les personnes qui souffrent de troubles cardiovasculaires, il est précisé par l'ASAM que le traitement énergique du sevrage d'alcool est indiqué en raison du risque de préjudice associé à une hyperactivité autonome [ASAM, 2020]. Selon l'ASAM, pour les personnes qui présentent des comorbidités médicales, il est recommandé de modifier le médicament ou le protocole employé pour traiter le syndrome de sevrage alcoolique, si nécessaire après consultation d'autres spécialistes [ASAM, 2020]. Par ailleurs, lors d'un sevrage en milieu hospitalier, il est recommandé par l'UMHS de considérer la consultation en médecine générale en cas de comorbidités significatives ou en psychiatrie pour des troubles psychiatriques ou encore des médications concomitantes [Czarnik *et al.*, 2020]. Dans le même ordre d'idées, six guides de pratique clinique recommandent aussi fortement la gestion du sevrage en milieu hospitalier en présence de comorbidités psychiatriques ou d'un désordre psychiatrique sérieux ou instable, y compris, par exemple, la démence, les idées suicidaires, la psychose active, une confusion aiguë, une déficience cognitive ou des capacités d'apprentissage limitées [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; NICE, 2017; VA/DoD, 2015]. Alors que le NICE et la SFA recommandent de considérer un seuil d'admission pour un sevrage assisté en milieu hospitalier moins élevé pour les personnes âgées ou les personnes qui présentent une fragilité liée à l'âge, selon une recommandation forte de la CCSMPA, les personnes âgées dont l'état de santé général est mauvais, qui sont profondément suicidaires, qui souffrent de démence, qui sont instables sur le plan médical ou dont l'état nécessite une surveillance personnalisée constante doivent recevoir des soins hospitaliers médicaux, psychiatriques ou infirmiers 24 heures par jour en milieu hospitalier ou un traitement intensif avec supervision et surveillance médicale [CCSMPA, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec les recommandations des guides de pratique clinique et ils jugent pertinent qu'une consultation avec un collègue expérimenté soit considérée en cas de comorbidités physiques ou psychiatriques multiples, sévères ou instables. Selon les membres du comité consultatif, les comorbidités qu'il est le plus important de considérer sont les conditions hépatiques sévères, certaines conditions rénales (si l'usage d'autres molécules que les benzodiazépines est envisagé, y compris, notamment la gabapentine) et neurologiques. Bien que ces critères soient déjà indiqués comme facteurs de risque de complications associées au sevrage dans le guide d'usage optimal, ils précisent qu'il est prudent de rappeler l'information dans cette section du guide, puisque ces situations peuvent aussi survenir après l'évaluation initiale de la personne. Pour les personnes âgées de plus de 65 ans, il a été jugé pertinent d'indiquer

au guide d'usage optimal qu'un seuil d'admission moins élevé en milieu hospitalier pourrait être considéré.

Au moins quatre guides de pratique clinique recommandent de considérer un sevrage de l'alcool en milieu hospitalier en présence d'un risque de sevrage associé à d'autres substances, y compris, notamment, les benzodiazépines, ou en cas d'usage concomitant d'autres dépresseurs du système nerveux central ou de substances psychoactives à doses élevées [BCCSU, 2019; NICE, 2019; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. Pour les personnes soumises à un sevrage d'alcool et qui présentent en concomitance un trouble lié à l'usage d'opioïdes, il est recommandé par le GPC de l'ASAM de stabiliser les troubles liés à l'usage d'opioïdes (par exemple avec la méthadone ou la buprénorphine) en même temps que l'administration du traitement de sevrage d'alcool. Pour les personnes qui reçoivent une thérapie ponctuelle ou chronique d'opioïdes, le guide de pratique clinique publié par l'UMHS recommande de diminuer la dose de médication sédatrice (par exemple les benzodiazépines) de 25 % afin d'aider à prévenir la dépression respiratoire. Pour la gestion du sevrage en présence d'une codépendance aux benzodiazépines et à l'alcool, il est recommandé par le NICE d'augmenter la dose de benzodiazépines administrées pour le sevrage [NICE, 2019]. La dose quotidienne initiale est calculée en additionnant les besoins pour le sevrage d'alcool et la dose quotidienne qui équivaut à l'usage régulier de benzodiazépines.

Les membres du comité consultatif mentionnent que les risques associés au sevrage d'une autre substance sont nombreux et variables. Par exemple, les risques pour la sécurité et la santé physique courus lors d'un sevrage d'alcool sont relativement faibles pour une personne qui consomme de grandes quantités de cocaïne par rapport à une personne qui consomme des opioïdes. En accord avec l'ASAM, les membres du comité consultatif précisent qu'il est bénéfique de traiter un trouble de codépendance aux opioïdes ou à la cocaïne en même temps que le trouble lié à l'usage d'alcool. Ils sont d'avis qu'il est préférable de consulter un collègue expérimenté pour les personnes qui font un usage concomitant d'opioïdes ou de benzodiazépines, car la mention de cet élément comme critère de l'orientation vers un milieu spécialisé pourrait générer de la pression sur ces milieux.

Selon le BCCSU, la SFA et le VA/DoD, plusieurs essais de sevrage infructueux en milieu ambulatoire pourraient indiquer la nécessité d'un sevrage en milieu hospitalier [BCCSU, 2019; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. Les membres du comité consultatif précisent toutefois qu'il est possible de prendre en charge un sevrage en milieu ambulatoire malgré des tentatives antérieures infructueuses, et que cela ne constitue donc pas un critère d'orientation vers le milieu hospitalier.

Selon plusieurs guides, la possibilité raisonnable que la personne ne termine pas le sevrage, par exemple en cas de situation sociale précaire, d'environnement instable ou d'absence d'un hébergement sûr, stable et sans substance psychoactive pourrait indiquer la nécessité d'une prise en charge en milieu hospitalier. Les cliniciens devraient fixer un seuil moins élevé pour l'admission dans ces situations [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. De plus, selon les guides de pratique clinique publiés par l'ASAM, le BCCSU, le NICE et la SFA, à défaut d'un soignant fiable

pour donner la médication ou dans le cas d'un faible soutien social, un milieu de soins plus encadré pourrait être préférable pour la gestion du sevrage. Selon le BCCSU, les personnes qui ont un score PAWSS inférieur à 4 et qui présentent une incapacité à se conformer aux visites médicales quotidiennes durant 3 à 5 jours ou à participer à un mode de suivi médical à distance devraient être orientées vers le milieu hospitalier [BCCSU, 2019]. Selon les membres du comité consultatif, en cas d'incapacité à réaliser le sevrage de façon sécuritaire dans les situations évoquées dans les GPC, il est effectivement préférable d'effectuer le sevrage d'alcool dans un milieu spécialisé, puisque le sevrage en milieu ambulatoire n'est pas souhaitable. Les membres du comité précisent toutefois que les délais d'admission dans un milieu spécialisé étant parfois trop longs, il arrive qu'il soit nécessaire de traiter certaines de ces conditions en milieu ambulatoire. Il a donc été jugé pertinent d'indiquer dans le guide d'usage optimal de fixer un seuil d'admission moins élevé en milieu hospitalier en cas d'instabilité psychosociale.

## **2.5. Prévention des rechutes**

### **2.5.1. Principes de traitement**

#### **2.5.1.1. Critères pour orienter la décision d'amorcer un traitement pharmacologique**

Comme cela a été abordé précédemment, toutes les personnes qui terminent leur sevrage devraient être dirigées vers une prise en charge du TUA pour prévenir les rechutes et assurer la continuité des soins [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2019; SFA, 2015]. Cependant, un traitement pharmacologique du sevrage n'est pas toujours nécessaire, et certaines personnes pourraient bénéficier uniquement d'une pharmacothérapie pour la prévention des rechutes, y compris, notamment, les personnes dont l'objectif de traitement vise à réduire la consommation d'alcool et les personnes jugées à faible risque de développer des complications associées au sevrage [BCCSU, 2019; SFA, 2015]. La SFA précise toutefois que les médicaments visant la réduction de la consommation d'alcool ne sont indiqués que pour les personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool [SFA, 2015]. Selon la majorité des guides de pratique clinique retenus, les adultes atteints d'un trouble lié à l'usage d'alcool de modéré à sévère devraient se voir proposer une pharmacothérapie pour soutenir l'atteinte de leurs objectifs de traitement [BCCSU, 2019; NICE, 2019; APA, 2018; VA/DoD, 2015]. Les guides de pratique clinique publiés par l'APA et le NICE précisent toutefois que la pharmacothérapie peut également être appropriée pour les personnes qui font un usage problématique de l'alcool ou qui sont atteintes d'un TUA léger et qui veulent cesser ou diminuer leur consommation d'alcool, qui préfèrent la pharmacothérapie ou qui n'ont pas obtenu d'avantages avec les interventions non pharmacologiques seules [NICE, 2019; APA, 2018]. Ce point de vue est d'ailleurs partagé par le BCCSU qui souligne que, quelle que soit la gravité du TUA, toute personne qui a arrêté ou réduit sa consommation d'alcool, mais qui continue de ressentir de fortes envies de consommer de l'alcool ou qui présente un risque de rechute peut être candidate pour recevoir un traitement

pharmacologique [BCCSU, 2019]. Ce traitement peut également être administré aux personnes âgées, selon leurs besoins et en tenant compte des contre-indications et des effets secondaires possibles. Cependant, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées précise, concernant les personnes âgées atteintes d'un TUA modéré, que l'option la moins envahissante (interventions comportementales) devrait être explorée initialement [CCSMPA, 2019].

Les membres du comité consultatif sont en accord avec les recommandations des GPC guides de pratique clinique et ils sont d'avis qu'un traitement pour la prévention des rechutes pourrait être offert sans gestion du sevrage d'alcool si la personne présente peu de risques de syndrome de sevrage ou de complications associées à celui-ci. Ils soutiennent également qu'un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes devrait être offert à toute personne atteinte d'un TUA. À cet égard, ils soulignent que le fait de réserver ce type de traitement aux personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool d'intensité de modérée à sévère est une pratique discutable en raison de la complexité de l'évaluation du niveau de sévérité du trouble, qui pourrait alourdir de façon importante la prise en charge de ces personnes en première ligne. Or, les membres du comité consultatif précisent qu'un des principaux problèmes dans la pratique actuelle résulterait plutôt d'un manque d'accès aux traitements, notamment en ce qui concerne les interventions psychosociales, ce qui peut laisser plusieurs personnes atteintes d'un TUA sans le soutien requis. Ils affirment donc qu'il est pertinent de ne pas introduire de barrière à la prescription d'un traitement pharmacologique, et ce, peu importe la sévérité du trouble lié à l'usage d'alcool, en soulignant par ailleurs que l'accès à un traitement pharmacologique ne devrait pas être conditionnel à l'accès aux interventions psychosociales.

#### **2.5.1.2. Critères pour orienter le choix du traitement pharmacologique**

Selon les guides de pratique clinique retenus, divers éléments doivent être considérés lors de la sélection du traitement pharmacologique. Tout d'abord, trois GPC soulignent que le choix de la médication devrait être fait selon un processus de décision conjointe entre le médecin et la personne traitée, en tenant compte de ses objectifs de traitement (p. ex. abstinence ou diminution de la consommation), de ses besoins et de ses préférences [BCCSU, 2019; APA, 2018; SFA, 2015]. Deux de ces guides précisent par ailleurs qu'il est aussi important de clairement documenter l'accord de la personne avant de commencer le traitement [BCCSU, 2019; APA, 2018]. Le BCCSU ajoute que les antécédents de la personne avec n'importe laquelle des options de traitement devraient aussi être considérés dans le choix de la médication [BCCSU, 2019]. En ce qui concerne les objectifs de traitement, la SFA ajoute que toute réduction significative de la consommation moyenne d'alcool, comme celle de la proportion de jours de consommation excessive, est susceptible d'apporter un avantage substantiel à la personne. Ainsi, dans une perspective de réduction des méfaits, toute cible de réduction de la consommation est plus acceptable que le statu quo et mérite d'être valorisée [SFA, 2015]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec ces éléments et sont d'avis que le choix de la médication est principalement tributaire des contre-indications, des expériences antérieures de traitement (p. ex. échec de traitement, intolérances), du

tableau clinique de la personne (y inclus les troubles de santé physique ou mentale) ainsi que de ses préférences. Bien qu'il soit important de tenir compte des objectifs (p. ex. réduction de la consommation ou abstinence, traitement de l'anxiété ou des troubles du sommeil) dans le choix du traitement pharmacologique pour la prévention de la rechute, ils ajoutent qu'il est difficile de distinguer clairement ces objectifs. Ainsi, les membres du comité consultatif précisent que le traitement du TUA devrait plutôt être vu comme un continuum, car les objectifs de traitement peuvent évoluer en cours de route. Une certaine flexibilité et adaptabilité de la part du clinicien seraient donc nécessaires tout au long de la prise en charge.

Un autre critère qui pourrait influencer sur le choix de la médication est la quantité d'alcool consommée par la personne au moment d'amorcer le traitement. Ainsi, certains guides de pratique clinique mentionnent qu'il est sécuritaire d'introduire la naltrexone, le topimarate et la gabapentine pendant que les personnes consomment de l'alcool. Cependant, il est spécifié que leur efficacité pourrait être plus importante et les effets indésirables réduits lorsque le traitement commence après un sevrage complet [BCCSU, 2019; Va/DoD, 2015]. Le BCCSU applique également cette recommandation relativement à l'acamprosate alors que, selon le guide du VA/DoD, ce médicament est adéquat notamment pour les personnes qui sont abstinentes au début du traitement [BCCSU, 2019; Va/DoD, 2015]. Selon la monographie du produit, l'acamprosate ne favorise pas l'abstinence à l'alcool si le traitement débute alors que la personne consomme toujours. Le traitement devrait donc être amorcé une fois la désintoxication achevée, au moment où la personne est toujours abstinente.

Selon les membres du comité consultatif, il est effectivement préférable d'avoir terminé la plus grosse partie du sevrage avant de commencer une pharmacothérapie pour la prévention de la rechute, et ce, afin d'éviter un mélange d'effets secondaires difficilement attribuables aux différents médicaments. La prise en charge pourrait par la suite être adaptée en fonction des signes et symptômes de sevrage résiduels. Au Québec, l'acamprosate est inscrit à la section des médicaments d'exception de la liste des médicaments couverts par le régime public d'assurance médicaments (RPAM). L'indication reconnue pour son remboursement dans le cadre de ce régime est le maintien de l'abstinence chez les personnes qui souffrent de dépendance alcoolique, sont abstinentes à l'alcool depuis au moins cinq jours et sont inscrites à un programme de prise en charge complet axé sur l'abstinence à l'alcool [RAMQ, 2021]. Les membres du comité consultatif soulignent toutefois que, bien qu'il soit effectivement administré davantage dans un objectif d'abstinence, il est sécuritaire d'introduire l'acamprosate pour la prévention de la rechute pendant que les personnes consomment de l'alcool, le critère de remboursement de ce médicament étant surtout basé sur le devis des études cliniques soumises lors de l'évaluation de l'acamprosate à des fins de remboursement. Comme il a été vu précédemment dans le cadre du sevrage d'alcool, les membres du comité consultatif ajoutent que certains médicaments utilisés pour la prévention des rechutes comportent un risque significatif de surdosage et de détournement chez certaines personnes (par exemple les personnes déprimées ou suicidaires ou celles qui font un usage concomitant d'autres déprimeurs du système nerveux central). Puisque la gabapentine et le topiramate causent des complications considérables lorsqu'ils sont

ingérés en grande quantité, les membres du comité consultatif rappellent la pertinence d'envisager le fractionnement des ordonnances et une fréquence de service à la pharmacie plus élevée lorsque ces médicaments sont prescrits, et ce, afin d'en surveiller l'usage et d'assurer un meilleur suivi des personnes. Ils précisent toutefois que cette précaution est moins pertinente en ce qui concerne la naltrexone et l'acamprosaté.

### **2.5.1.3. Interventions non pharmacologiques complémentaires**

Comme il a été mentionné précédemment, le trouble lié à l'usage d'alcool est une maladie chronique et récurrente qui nécessite une prise en charge interdisciplinaire continue et personnalisée. Selon quatre des guides de pratique retenus, les cliniciens devraient mener un entretien motivationnel en accompagnement du traitement pharmacologique pour toutes les personnes atteintes d'un TUA pour les soutenir vers l'atteinte de leurs objectifs de traitement [BCCSU, 2019; NICE, 2019; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. Selon la SFA, il existe une preuve scientifique établie démontrant que l'entretien motivationnel améliore l'efficacité des interventions psychosociales plus intensives qui y sont associées [SFA, 2015]. De plus, les interventions brèves, qui consistent en un simple conseil structuré visant la réduction de la consommation, ont montré leur efficacité pour améliorer l'état de santé des personnes qui font un usage à risque ou nocif d'alcool et pour réduire la consommation à un niveau de faible risque [SFA, 2015]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec les guides de pratique clinique et ils soulignent la pertinence que la prescription d'un traitement pharmacologique soit accompagnée notamment de recommandations du médecin et d'encouragements pour soutenir les objectifs de traitement de la personne afin de s'assurer que la médication est prescrite dans des conditions d'encadrement similaires à celles trouvées dans les études cliniques qui ont démontré l'efficacité des traitements. De plus, l'APA recommande que les personnes atteintes d'un TUA obtiennent un plan de traitement documenté, compréhensible et individualisé indiquant des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques basés sur les meilleures preuves scientifiques [APA, 2018]. Dans le même ordre d'idées, quatre des guides de pratique clinique retenus recommandent fortement de proposer au moins une intervention psychosociale spécialisée (par exemple thérapies cognitivocomportementales, thérapies comportementales ou thérapies basées sur un réseau social ou environnemental) et d'offrir de l'information ainsi que l'orientation vers des groupes de soutien ou d'autres services communautaires en réadaptation à toutes les personnes atteintes d'un TUA ou à la suite de la gestion réussie du sevrage [BCCSU, 2019; NICE, 2019; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. Par ailleurs, chez les personnes âgées, la CCSMPA recommande fortement d'offrir systématiquement l'intervention comportementale et la gestion de cas en association avec un traitement pharmacologique (p. ex. médicament contre l'état de manque), car cela peut augmenter l'efficacité des soins primaires [CCSMPA, 2019]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec les recommandations des guides de pratique clinique et ils soulignent que la majorité des données probantes disponibles actuellement sont issues d'études dans lesquelles un encadrement régulier et personnalisé des participants était assuré. Ils précisent toutefois que, pour certaines personnes, les interventions psychosociales sont parfois difficilement accessibles, voire

infructueuses. Afin de ne pas pénaliser ces personnes et dans le but de leur faciliter l'accès à un traitement pharmacologique et de leur offrir du soutien dans leur démarche, il serait préférable de mettre l'accent, dans le guide d'usage optimal, sur l'offre du traitement pharmacologique et sur les préférences de la personne. Ils ajoutent par ailleurs que l'absence de prise en charge psychosociale ne devrait pas représenter une condition préalable au traitement pharmacologique, ce qui constituerait un frein important à ce traitement.

## **2.5.2. Traitements pharmacologiques**

Plusieurs médicaments peuvent être administrés pour le maintien de l'abstinence à l'alcool ou la prévention des rechutes. Cependant, seulement deux molécules sont homologuées par Santé Canada dans ce contexte : la naltrexone est indiquée pour la prévention des rechutes en tant que composante d'un programme psychothérapeutique ou psychologique global visant à offrir des conseils en matière d'alcoolisme pour favoriser la sobriété et pour réduire le risque de rechute; l'acamprosate est indiquée pour le maintien de l'abstinence après le sevrage d'alcool chez les personnes qui ont une dépendance envers l'alcool [APhC, 2016; Apotex Inc., 2015]. Bien que la naltrexone et l'acamprosate soient les deux seuls médicaments avec une indication de Santé Canada pour la prévention des rechutes, les membres du comité consultatif soulignent que ces deux molécules sont fréquemment en rupture de stock, ce qui peut compliquer l'accès à ces traitements pour les personnes atteintes d'un TUA. En plus de la naltrexone et de l'acamprosate, de nombreuses autres solutions de traitement font l'objet d'études cliniques et sont proposées dans les guides de pratique clinique, y compris, notamment, des molécules de la classe des anticonvulsivants telles que la gabapentine et le topiramate. Afin de compléter l'information pertinente provenant des recommandations trouvées dans les guides de pratique clinique, l'information contextuelle et la perspective des membres du comité consultatif, une revue systématique de la littérature a été effectuée, portant sur l'efficacité et l'innocuité de la gabapentine, du topiramate, de la prégabaline, de la carbamazépine, de l'acide valproïque ou du baclofène comparativement à celle de la naltrexone, de l'acamprosate ou d'un placebo pour la prévention des rechutes chez des personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool [INESSS, 2021a].

### **2.5.2.1. Acamprosate et naltrexone**

Selon la majorité des guides de pratique clinique retenus, la naltrexone et l'acamprosate sont deux traitements adéquats recommandés en première intention pour la prévention des rechutes chez les personnes atteintes d'un TUA [BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; APA, 2018; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. En effet, la preuve scientifique démontre que la naltrexone permet une meilleure prévention des dérapages vers les fortes consommations et vise à réduire l'état de manque (*craving*) [BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; APA, 2018; SFA, 2015]. Cette recommandation est également partagée par la CCSMPA pour les personnes âgées [CCSMPA, 2019]. L'usage de la naltrexone est donc recommandé pour les personnes dont l'objectif de

traitement peut être soit l'abstinence, soit une réduction de la consommation d'alcool [APA, 2018; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. L'usage de l'acamprosate est pour sa part fortement recommandé pour les personnes dont l'objectif de traitement est de cesser de consommer, y compris chez les personnes âgées, puisque cette molécule semble plus efficace pour maintenir une abstinence stricte [CCSMPA, 2019; SFA, 2015]. Selon la monographie du produit, chez les personnes qui s'abstiennent d'alcool au début du traitement, l'administration d'acamprosate en complément d'un programme d'aide à la sobriété augmente le pourcentage de ceux qui parviennent à l'abstinence complète au bout d'une période de 3 à 12 mois, bien que les bienfaits soient modestes et variables [APhC, 2016]. En ce qui a trait à la prévention des rechutes, l'acamprosate ne favorise pas l'abstinence si le traitement débute alors que la personne consomme toujours. Par conséquent, il doit commencer une fois la désintoxication achevée, au moment où la personne est toujours abstinent [APhC, 2016]. Cependant, certains guides de pratique clinique recommandent aussi l'usage de l'acamprosate lorsque l'objectif de traitement vise une réduction de la consommation d'alcool, puisque ce médicament, en aidant à réduire l'état de manque, contribue à la fois au maintien de l'abstinence et à la prévention des rechutes après un sevrage [APA, 2018; SFA, 2015]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec les recommandations des guides de pratique clinique. Ils soulignent par ailleurs que l'administration de la naltrexone ne nécessite qu'une seule dose quotidienne comparativement à trois doses quotidiennes pour l'acamprosate, ce qui pourrait favoriser l'observance thérapeutique, avantage jugé significatif pour les personnes atteintes d'un TUA. La présence de la naltrexone sur la liste régulière des médicaments remboursés dans le cadre du régime public d'assurance médicaments est aussi un atout. En effet, les membres du comité consultatif sont d'avis que le statut de médicament d'exception de l'acamprosate et le processus administratif qui y est associé constituent des barrières importantes à l'usage de cette molécule en première intention étant donné les délais importants d'accès à la médication que cela occasionne, de même que l'impossibilité de la prescrire dans le cadre d'une ordonnance collective. Selon eux, il est assez fréquent que le temps de traitement de la demande soit assez long pour que la personne à traiter rechute avant d'obtenir le médicament. Il faut toutefois mentionner que, pendant la réalisation des présents travaux, une étoile a été ajoutée au code de remboursement de l'acamprosate, ce qui devrait améliorer les délais d'accès à ce médicament. Les membres du comité consultatif sont donc d'accord pour proposer la naltrexone comme traitement de première intention, et pour proposer l'acamprosate comme traitement de deuxième intention. Ils précisent également qu'un échec antérieur de traitement à la naltrexone ne conduit pas nécessairement à l'usage d'un traitement de deuxième intention, puisque plus d'un essai peuvent être nécessaires pour un même médicament avant d'en observer les avantages.

## 2.5.2.2. Options de traitement alternatives

### 2.5.2.2.1. Gabapentine

La gabapentine est envisagée comme option de traitement pour la prévention des rechutes dans trois guides de pratique clinique [BCCSU, 2019; APA, 2018; VA/DoD, 2015]. Alors que son usage est suggéré par l'APA, il est recommandé par le VA/DoD et fortement recommandé par le BCCSU. Ces guides de pratique clinique suggèrent d'offrir la gabapentine aux personnes atteintes d'un TUA d'intensité de modéré à sévère qui veulent diminuer ou cesser leur consommation d'alcool, qui expriment une préférence pour la gabapentine, n'ont pas obtenu de bénéfice avec l'acamprosate ou la naltrexone ou qui présentent une contre-indication à l'usage de l'acamprosate ou de la naltrexone.

Selon les données recueillies lors de la revue systématique effectuée dans le cadre de ce projet et portant sur le traitement du maintien de l'abstinence à l'alcool chez l'adulte [INESSS, 2021a] :

#### **Concernant l'efficacité de la gabapentine en comparaison avec un placebo :**

- Le taux d'abstinence à l'alcool et la proportion de participants qui n'ont pas présenté de jours de consommation abusive d'alcool sont significativement plus élevés chez les personnes traitées par la gabapentine à des doses quotidiennes de 1 200 à 1 800 mg comparativement à celles traitées par un placebo. Aucune différence statistiquement significative n'est toutefois observée avec des doses inférieures à 1 200 mg de gabapentine. **Niveau de preuve modéré**
- Le temps jusqu'au premier jour de consommation abusive d'alcool est significativement plus long chez les personnes traitées par la gabapentine comparativement à celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve faible**
- L'envie de consommer et le niveau de dépression sont significativement plus faibles et la qualité du sommeil est significativement plus élevée chez les personnes traitées par la gabapentine à une dose quotidienne de 1 800 mg comparativement à celles traitées par un placebo. Aucune différence statistiquement significative n'est toutefois observée avec des doses inférieures à 1 800 mg de gabapentine. **Niveau de preuve faible**
- La proportion de jours de consommation et la quantité d'alcool consommée sont similaires chez les personnes traitées par la gabapentine et celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve modéré**
- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du niveau d'anxiété entre les personnes traitées par la gabapentine et celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve modéré**
- Le nombre moyen de critères de TUA selon le DSM pendant le traitement est significativement plus élevé chez les personnes traitées par la gabapentine à libération prolongée comparativement à celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve faible**

### Concernant l'innocuité de la gabapentine en comparaison avec un placebo :

- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du taux d'effets indésirables global, du taux d'abandons dus aux effets indésirables et des valeurs de tests de laboratoire entre les personnes traitées par la gabapentine et celles traitées par un placebo. Aucun effet indésirable grave n'a été observé dans les deux groupes de traitement. **Niveau de preuve modéré**
- La somnolence est significativement plus fréquente chez les personnes traitées par la gabapentine comparativement à celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve modéré**

Bien que la gabapentine ne soit pas homologuée par Santé Canada pour le traitement de la prévention de la rechute, son usage est toutefois couramment prescrit à cette fin et constitue une option de traitement valable selon l'expertise clinique des membres du comité consultatif, qui sont en accord avec les recommandations des guides de pratique clinique. La gabapentine pourrait même avoir un profil thérapeutique avantageux par rapport à certaines autres options de traitement et elle présente l'avantage de ne pas générer d'hépatotoxicité. De plus, selon l'expertise clinique des membres du comité consultatif, la somnolence induite par la gabapentine peut, chez certaines personnes, avoir un effet bénéfique sur l'amélioration subjective du sommeil et sur l'anxiété. Ils sont donc d'avis que la gabapentine constitue une option intéressante par rapport à la naltrexone. Cependant, les membres du comité précisent que, selon des données récentes, il y aurait une augmentation de la diversion de la gabapentine vers le marché noir dans certaines régions, un usage problématique dans les populations qui présentent d'autres troubles d'usage et une association avec des décès dans certaines populations. Les effets recherchés lors de l'usage détourné de la gabapentine seraient notamment une anxiolyse et une euphorie similaires à celles observées lors du mésusage d'opioïdes [Lennox et Mangin, 2019]. En pharmacie communautaire, un intérêt pour la gabapentine chez les utilisateurs d'opioïdes est aussi observé et, dans la pratique, une forte demande de la part de la population pour la gabapentine ainsi qu'une proportion non négligeable de diversion ont été remarqués récemment par divers membres du comité consultatif. Le manque d'assurance médicaments dans certaines juridictions pourrait influencer sur cette situation. Enfin, la capacité d'une personne à utiliser des molécules qui doivent être prises plusieurs fois par jour peut être un enjeu important, puisque l'administration de la gabapentine est faite habituellement trois fois par jour.

#### 2.5.2.2.2. Topiramate

De façon générale, il est suggéré par l'APA et fortement recommandé par le BBCSU et le VA/DoD d'offrir le topiramate (voire en première intention selon ce département) aux personnes atteintes d'un TUA d'intensité de modéré à sévère qui veulent diminuer ou cesser leur consommation d'alcool, qui expriment une préférence pour une autre option, n'ont pas obtenu d'avantage avec l'acamprosate ou la naltrexone ou qui présentent une contre-indication à l'usage de l'acamprosate ou de la naltrexone [BBCSU, 2019; APA, 2018; VA/DoD, 2015]. Selon le guide du VA/DoD, l'abstinence avant le début du

traitement n'est pas requise, mais elle pourrait améliorer la réponse au traitement [VA/DoD, 2015].

Lors de la revue systématique portant sur l'efficacité et l'innocuité du topiramate, plusieurs études primaires ont été retenues dans lesquelles différents comparateurs étaient utilisés (placébo, naltrexone et acamprosate) [INESSS, 2021a]. Selon les données recueillies lors de cette revue systématique pour le traitement du maintien de l'abstinence à l'alcool chez l'adulte :

#### **Concernant l'efficacité du topiramate en comparaison avec un placebo :**

- Le taux d'abstinence ou de consommation à faible risque ou de consommation non abusive et la durée d'abstinence sont plus élevés chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve modéré**
- Les envies de consommer de l'alcool, le taux de rechute vers une consommation abusive d'alcool, la proportion de jours de consommation abusive d'alcool, la fréquence de consommation, la quantité d'alcool consommée et les taux de marqueurs biologiques indirects de consommation d'alcool sont plus faibles chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve modéré**
- Les niveaux de dépression et d'impacts liés à l'usage de l'alcool sont plus faibles chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve faible**
- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du taux d'observance au traitement entre les personnes traitées par le topiramate et celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve modéré**
- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du niveau d'anxiété, de la qualité de vie et des scores globaux physiques et mentaux entre les personnes traitées par le topiramate et celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve faible**

#### **Concernant l'innocuité du topiramate en comparaison avec un placebo :**

- L'utilisation du topiramate à des doses allant jusqu'à 300 mg ne cause pas d'effets indésirables graves. **Niveau de preuve élevé**
- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du taux global d'effets indésirables entre les personnes traitées par le topiramate et celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve faible**
- La proportion d'abandons du traitement à cause d'effets indésirables est similaire chez les groupes traités par le topiramate et un placebo. **Niveau de preuve faible**

- Les valeurs d'AST, d'ALT et de bicarbonate plasmatique sont plus basses chez les personnes traitées par le topiramate que chez celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve faible**
- La fréquence de nervosité, de ralentissement psychomoteur, de troubles de concentration ou de mémoire, de paresthésies ou d'engourdissements, de perte d'appétit et de poids, de dysgueusie et de prurit est significativement plus élevée chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve faible**

#### **Concernant l'efficacité du topiramate en comparaison avec la naltrexone :**

- Le taux de personnes sans rechute (définies comme étant abstinentes ou avec une consommation modérée, brève et occasionnelle) est plus élevé chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par la naltrexone. **Niveau de preuve modéré**
- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du taux d'abstinence complète, de la durée de l'abstinence, de l'envie de consommer de l'alcool ou du taux d'observance au traitement entre les personnes traitées par le topiramate et celles traitées par la naltrexone. **Niveau de preuve modéré**
- La fréquence de consommation abusive ainsi que la quantité d'alcool ingérée par jour de consommation après 6 mois de traitement sont plus faibles chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par la naltrexone. **Niveau de preuve faible**
- La qualité de vie et certains domaines de fonctionnement normalement affectés par la dépendance à l'alcool sont significativement améliorés pendant les 3 premiers mois de traitement chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par la naltrexone. **Niveau de preuve faible**

#### **Concernant l'innocuité du topiramate en comparaison avec la naltrexone :**

- En général, sur l'ensemble de la période de traitement, il ne semble pas il y avoir de différence statistiquement significative du taux global d'effets indésirables entre les personnes traitées par le topiramate et celles traitées par la naltrexone. Lorsque la mise en place du traitement par le topiramate se fait sur une courte période, le taux d'effets indésirables semble toutefois être plus élevé dans les 3 premiers mois de traitement. **Niveau de preuve faible**
- Les données recueillies sont insuffisantes pour évaluer si la proportion d'abandons du traitement à cause d'effets indésirables est similaire chez les groupes traités par le topiramate et par la naltrexone. **Niveau de preuve insuffisant**
- Il n'y a aucune différence statistiquement significative des niveaux d'AST, d'ALT et de volume globulaire moyen (VGM) entre les personnes traitées par le topiramate et celles traitées par la naltrexone. **Niveau de preuve modéré**

- Il n'y a aucune différence statistiquement significative de la fréquence de fatigue, de somnolence, d'insomnie, d'étourdissements, de nausées, de perte d'appétit, de paresthésies, de prurit, de constipation et de diarrhées entre les personnes traitées par le topiramate et celles traitées par la naltrexone. Toutefois, la perte de poids est significativement plus grande chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par la naltrexone. **Niveau de preuve faible**
- Les taux de ralentissement psychomoteur et de sédation légère semblent plus élevés et les taux de nervosité et d'anxiété plus faibles chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par la naltrexone. **Niveau de preuve faible**

#### **Concernant l'efficacité du topiramate en comparaison avec l'acamprosate :**

- Le taux de personnes sans rechute (abstinentes ou avec des écarts mineurs de consommation) est significativement plus élevé chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par l'acamprosate. **Niveau de preuve faible**

#### **Concernant l'innocuité du topiramate en comparaison avec l'acamprosate :**

- Le taux d'abandon du traitement dû aux effets indésirables ainsi que le taux d'effets indésirables global semblent plus faibles chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par l'acamprosate. **Niveau de preuve faible**

Bien que le topiramate ne soit pas homologué par Santé Canada pour le traitement de la prévention de la rechute, il est toutefois couramment prescrit à cette fin et constitue une option valable de traitement selon les membres du comité consultatif, qui sont en accord avec les recommandations des guides de pratique clinique. En ce qui concerne les résultats de la revue systématique qui a comparé le topiramate à l'acamprosate, les membres du comité consultatif soulignent que les données sur l'innocuité doivent être interprétées avec prudence, puisqu'il est difficile de dissocier ce qui est attribuable à la médication du tableau clinique généralement trouvé chez cette population. De plus, il est souligné par les membres du comité consultatif qu'une période d'adaptation de quatre à six semaines est requise pour que l'organisme s'habitue à la diminution de la consommation d'alcool. Dans la pratique, les membres du comité consultatif mentionnent que le topiramate est assez fréquemment mal toléré et que les effets indésirables liés aux symptômes cognitifs sont très importants avec cette molécule, ce qui rend son usage moins fréquent. Enfin, selon les membres du comité consultatif, l'enjeu principal concernant le topiramate se situe sur le plan de la tolérance et il serait préférable d'en réserver la prescription aux cliniciens expérimentés. Les membres du comité consultatif précisent toutefois qu'une consultation avec un collègue expérimenté ne devrait pas être une obligation, et ce, afin de ne pas créer de frein à l'usage du topiramate pour la prévention des rechutes. Les membres de ce comité rappellent que cette molécule cause des surdoses plus graves que la naltrexone ou l'acamprosate lorsqu'elle est ingérée en

grande quantité et qu'il serait pertinent d'envisager un fractionnement des ordonnances et une fréquence de service plus élevée à la pharmacie, et ce, en particulier dans les populations en traitement avec des opioïdes. Enfin, la capacité d'une personne à utiliser des molécules qui doivent être prises plusieurs fois par jour peut être un enjeu important, puisque l'administration du topiramate est faite habituellement deux fois par jour.

#### 2.5.2.2.3. Carbamazépine

Dans les guides de pratique clinique retenus, la carbamazépine n'est pas recommandée comme option de traitement pour la prévention des rechutes. De plus, la carbamazépine n'est pas homologuée par Santé Canada pour cette indication. Par ailleurs, selon les résultats de la revue systématique effectuée dans le cadre de ce projet, pour le maintien de l'abstinence chez l'adulte après un sevrage d'alcool [INESSS, 2021a] :

#### **Concernant l'efficacité de la carbamazépine en comparaison avec un placebo :**

- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du temps jusqu'à la première consommation et du taux de retour à toute consommation d'alcool (abusif ou non) entre les personnes traitées par la carbamazépine et celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve faible**
- Pour les 120 premiers jours de traitement, le temps jusqu'au premier épisode de consommation abusive est significativement plus élevé chez les personnes traitées par la carbamazépine comparativement à celles traitées par un placebo. Aucune différence statistiquement significative n'est toutefois observée après 120 jours de traitement. **Niveau de preuve faible**
- Le nombre de consommations par jour de consommation et le nombre maximal de jours consécutifs de consommation abusive sont similaires sur l'ensemble du traitement chez les personnes traitées par la carbamazépine et celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve faible**

#### **Concernant l'innocuité de la carbamazépine en comparaison avec un placebo :**

- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du taux d'abandons dus aux effets indésirables entre les personnes traitées par la carbamazépine et celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve faible**
- La proportion de personnes avec des taux faibles de globules blancs (inférieurs à 4000) ou des valeurs élevées de tests de fonction hépatique (supérieures à 2,5 fois la LSN) est similaire chez les personnes traitées par la carbamazépine et celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve faible**

Les membres du comité consultatif ont de nombreuses réserves quant à l'usage de la carbamazépine pour la prévention des rechutes. Ils précisent que, dans un contexte de recherche, les populations avec des interactions médicamenteuses possibles sont exclues, alors qu'en clinique ces interactions doivent être prises en considération. Selon l'expérience clinique des membres du comité consultatif, la carbamazépine n'est pratiquement plus utilisée dans la gestion du trouble bipolaire à cause de la complexité

de toutes les interactions potentielles avec d'autres médicaments. En neurologie, elle est de moins en moins administrée pour traiter les troubles épileptiques ou la névralgie du trijumeau à cause de difficultés relatives au contexte de la prescription et des ajustements interindividuels nécessaires, et ce, malgré une bonne efficacité lorsqu'elle est prescrite correctement. Quant à l'innocuité de ce médicament, les membres du comité consultatif mentionnent qu'ils observent davantage d'effets indésirables avec la carbamazépine qu'avec la gabapentine, notamment chez la personne âgée chez qui un plus grand nombre de chutes sont observées. Le profil de surdose est aussi beaucoup plus grave et plus compliqué. Finalement, la nécessité d'une surveillance soutenue des concentrations du médicament au moyen de prélèvements sanguins est soulignée comme un autre obstacle à la prise de carbamazépine, en raison, notamment, des difficultés d'observance du traitement et des interventions non pharmacologiques qui sont souvent présentes dans la population atteinte d'un TUA. Pour toutes les raisons évoquées, les membres du comité consultatif sont d'avis de ne pas recommander l'usage de la carbamazépine pour la prévention des rechutes. En effet, d'autres molécules sont disponibles, pour lesquelles moins d'enjeux sont rapportés.

#### 2.5.2.2.4. Disulfirame

Dans plusieurs guides de pratique clinique, l'usage du disulfirame est recommandé chez les personnes qui préfèrent cette molécule [NICE, 2019; APA, 2018; SFA, 2015; VA/DoD, 2015] ou chez les personnes intolérantes ou qui n'ont pas répondu à la naltrexone ou à l'acamprosate [NICE, 2019; APA, 2018]. Il est recommandé de prescrire le disulfiram pour les personnes dont l'objectif de traitement est l'abstinence lorsque les risques liés à la consommation d'alcool concomitante au disulfirame sont bien compris [NICE, 2019; APA, 2018]. Par ailleurs, bien que l'usage du disulfirame ne soit pas recommandé en première intention par le BCCSU, l'usage de cette molécule peut être envisagé après une évaluation prudente des risques et avantages [BCCSU, 2019]. Puisque le disulfirame n'est plus disponible commercialement au Canada et qu'on le trouve seulement sous la forme de préparation magistrale [Spithoff et Kahan, 2015], les membres du comité sont d'avis de ne pas proposer son usage dans le guide d'usage optimal. En effet, les nombreux enjeux de disponibilité et la nécessité d'un usage adéquat de cette molécule chez une population particulière combinés à des données contradictoires quant à son efficacité rendent complexe l'usage du disulfirame.

#### 2.5.2.2.5. Prégabaline

Aucun des guides de pratique clinique retenus n'aborde l'usage de la prégabaline comme option de traitement pour la prévention des rechutes. Selon les résultats de la revue systématique effectuée dans le cadre de ce projet, pour la prévention des rechutes chez l'adulte [INESSS, 2021a] :

### **Concernant l'efficacité de la prégabaline en comparaison avec la naltrexone, après un sevrage d'alcool :**

- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du taux d'abstinence, du taux de rechute et du nombre de jours d'abstinence entre les personnes traitées par la prégabaline et celles traitées par la naltrexone. Toutefois, chez les personnes avec un trouble mental concomitant, le taux d'abstinence est significativement plus élevé chez les personnes traitées par la prégabaline comparativement à celles traitées par la naltrexone. **Niveau de preuve faible**
- Le temps jusqu'à la première consommation est significativement plus long chez les personnes traitées par la prégabaline comparativement à celles traitées par la naltrexone. **Niveau de preuve faible**
- Il n'y a aucune différence statistiquement significative des envies de consommer de l'alcool entre les personnes traitées par la prégabaline et celles traitées par la naltrexone. **Niveau de preuve faible**
- Les symptômes psychiatriques sont similaires chez les personnes traitées par la prégabaline et celles traitées par la naltrexone. **Niveau de preuve faible**
- Le score CIWA-Ar à 16 semaines est significativement plus faible chez les personnes traitées par la prégabaline comparativement à celles traitées par la naltrexone. **Niveau de preuve faible**

### **Concernant l'innocuité de la prégabaline en comparaison avec la naltrexone :**

- Le taux global d'effets indésirables, dont les nausées et vomissements, est significativement plus faible chez les personnes traitées par la prégabaline comparativement à celles traitées par la naltrexone. **Niveau de preuve faible**
- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du taux global d'effets indésirables qui ont mené à l'arrêt du traitement de même que des valeurs de tests de fonction hépatique (GGT, AST, ALT) entre les personnes traitées par la prégabaline et celles traitées par la naltrexone. **Niveau de preuve faible**

Étant donné le faible niveau de preuve actuel concernant l'efficacité de la prégabaline pour la prévention des rechutes et la présence d'un nombre suffisant d'options de traitement suggérées dans le guide d'usage optimal, les membres du comité consultatif sont d'avis qu'il est préférable d'éviter de prescrire la prégabaline en première ligne pour cette indication.

#### **2.5.2.2.6. Acide valproïque**

L'usage de l'acide valproïque comme option pharmacothérapeutique à considérer pour la prévention des rechutes n'est pas abordé dans les guides de pratique clinique retenus. Selon les résultats de la RS revue systématique effectuée dans le cadre de ce projet, pour la prévention des rechutes chez l'adulte [INESSS, 2021a] :

### **Concernant l'efficacité de l'acide valproïque en comparaison avec un placebo :**

- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du taux d'abstinence, du nombre de jours jusqu'à une rechute, des envies et de la consommation d'alcool entre les personnes traitées par l'acide valproïque et celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve faible**
- Chez les personnes avec un trouble bipolaire, le nombre de consommations par jour de consommation (abusives ou non), la proportion de jours de consommation abusive et le nombre de jours de consommation abusive cumulatifs sont significativement plus faibles chez les personnes traitées par l'acide valproïque comparativement à celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve faible**
- Chez les personnes avec un trouble bipolaire, le nombre de jours avant une rechute vers une consommation abusive soutenue est significativement plus élevé chez les personnes traitées par l'acide valproïque comparativement à celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve faible**
- Il n'y a aucune différence statistiquement significative des symptômes psychologiques, de la dépression, de l'anxiété, de la manie et de la qualité du sommeil entre les personnes traitées par l'acide valproïque et celles traitées par un placebo. L'irritabilité est toutefois significativement diminuée chez les personnes traitées par l'acide valproïque. **Niveau de preuve faible**

### **Concernant l'innocuité de l'acide valproïque en comparaison avec un placebo :**

- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du taux global d'effets indésirables et de participants ayant cessé leur traitement à cause d'effets indésirables et des valeurs de tests de laboratoire (plaquettes, AST, ALT) entre les personnes traitées par l'acide valproïque et celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve modéré**
- Les taux d'effets indésirables graves sont similaires chez les personnes traitées par l'acide valproïque et celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve faible**

### **Concernant l'efficacité de l'acide valproïque en comparaison avec la naltrexone :**

- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du taux de rechute vers une consommation abusive, de la probabilité de ne pas faire de rechute, du temps jusqu'à la première consommation et du pourcentage de semaines avec consommation d'alcool entre les personnes traitées par l'acide valproïque et celles traitées par la naltrexone. **Niveau de preuve faible**

### **Concernant l'innocuité de l'acide valproïque en comparaison avec la naltrexone :**

- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du taux global d'effets indésirables entre les personnes traitées par l'acide valproïque et celles traitées par la naltrexone. **Niveau de preuve faible**

- Le taux d'effets indésirables graves est similaire chez les personnes traitées par l'acide valproïque et celles traitées par la naltrexone. **Niveau de preuve faible**
- La somnolence est significativement plus fréquente chez les personnes traitées par l'acide valproïque comparativement à celles traitées par la naltrexone. **Niveau de preuve faible**

Selon les membres du comité consultatif, les surdoses avec l'acide valproïque sont très dangereuses (p. ex. œdème cérébral, hyperammoniémie). Afin d'éviter une surdose ou un coma chez une personne impulsive et étant donné la présence d'un nombre suffisant d'options de traitement, les membres du comité consultatif sont d'avis qu'il est préférable d'éviter de prescrire l'acide valproïque en première ligne.

#### 2.5.2.2.7. Baclofène

Deux des guides de pratique clinique retenus mentionnent que les données concernant l'usage du baclofène sont partagées et que les récents essais cliniques à répartition aléatoire n'ont pas démontré de bénéfice à son usage pour le traitement du TUA. Selon ces documents, de façon générale, il existe un manque de preuves scientifiques claires concernant l'efficacité du baclofène pour le traitement de ce trouble [BCCSU, 2019; APA, 2018]. La Société Française d'Alcoologie soutient quant à elle que le baclofène est en cours d'évaluation pour la prévention des rechutes et la réduction de la consommation et que ce médicament fait l'objet en France d'une recommandation temporaire d'utilisation, avec nécessité de déclaration et de suivi en ligne des personnes [SFA, 2015]. Selon les résultats de la revue systématique effectuée dans le cadre de ce projet, pour la prévention des rechutes chez l'adulte [INESSS, 2021a] :

#### **Concernant l'efficacité du baclofène en comparaison avec un placebo :**

- Le taux d'abstinence ou de consommation à faible risque, la durée d'abstinence, la fréquence de consommation, les envies de consommer de l'alcool, la quantité d'alcool consommée, la proportion de jours de consommation abusive d'alcool sont similaires chez les personnes traitées par le baclofène et celles traitées par un placebo. Le taux d'abstinence ou de consommation à faible risque et la durée d'abstinence semblent toutefois plus élevés chez les personnes traitées par le baclofène à une dose de 180 mg et plus comparativement à celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve modéré**
- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du taux de rechute vers une consommation d'alcool abusive, du niveau d'anxiété ou de dépression et du taux d'observance au traitement entre les personnes traitées par le baclofène et celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve modéré**
- En ce qui concerne les personnes avec une cirrhose hépatique, le taux de rechute vers toute consommation d'alcool (abusif ou non) est significativement plus faible chez celles traitées par le baclofène comparativement à celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve faible**

- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du taux de décès potentiellement liés à l'alcool, des critères de sévérité de la dépendance, des scores globaux et de la qualité de vie entre les personnes traitées par le baclofène et celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve faible**

#### **Concernant l'innocuité du baclofène en comparaison avec un placebo :**

- Il n'y a aucune différence statistiquement significative du taux global d'effets indésirables entre les personnes traitées par le baclofène et celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve modéré**
- Les taux d'effets indésirables graves, de participants ayant cessé leur traitement à cause d'effets indésirables et les valeurs de laboratoire sont similaires chez les personnes traitées par le baclofène et celles traitées par un placebo. À des doses de 180 mg et plus, le taux d'effets indésirables graves semble toutefois plus élevé dans le groupe traité par le baclofène comparativement à celui traité par un placebo. **Niveau de preuve modéré**
- La fréquence de paresthésies ou d'engourdissements est significativement plus élevée chez les personnes traitées par le baclofène comparativement à celles traitées par un placebo. La fréquence de fatigue, de somnolence, de vertiges ou d'étourdissements, de xérostomie, d'acouphènes, de spasmes musculaires, de dysgueusie, d'hyperhidrose et de douleur abdominale est significativement plus élevée chez les personnes traitées par le baclofène à dose quotidienne de 150 mg et plus comparativement à celles traitées par un placebo. **Niveau de preuve faible**

#### **Concernant l'efficacité du baclofène en comparaison avec l'acamprosate :**

- Le taux d'abstinence et le temps jusqu'à la première consommation d'alcool sont significativement plus élevés chez les personnes traitées par le baclofène comparativement à celles traitées par l'acamprosate. **Niveau de preuve faible**
- Les envies de consommer de l'alcool sont significativement plus faibles chez les personnes traitées par le baclofène comparativement à celles traitées par l'acamprosate. **Niveau de preuve faible**

#### **Concernant l'innocuité du baclofène en comparaison avec l'acamprosate :**

- Le taux d'effets indésirables menant à l'abandon du traitement est similaire chez les personnes traitées par le baclofène et celles traitées par l'acamprosate. **Niveau de preuve faible**

Les membres du comité consultatif soulignent que l'étendue des doses de baclofène utilisées dans les études (soit de 30 à 270 mg) complexifie l'élaboration d'une recommandation concernant cette molécule. Ils ajoutent par ailleurs qu'il existe un risque de convulsions à l'arrêt du baclofène, ce qui en fait un médicament plus difficile à utiliser chez les personnes atteintes d'un TUA, car cette population est déjà à risque de convulsions. Ils soulignent que les revues de littérature n'ont pas réussi à démontrer un

avantage thérapeutique important alors que les risques associés à ce médicament sont considérables. Selon une revue rétrospective des centres antipoison européens, plusieurs effets indésirables importants et un taux de décès plus élevé pourraient être associés au baclofène [Boels *et al.*, 2017; Léger *et al.*, 2017]. Les membres du comité consultatif précisent que certains hépatologues s'intéressent à l'absence d'hépatotoxicité induite par cette molécule. De plus, selon la monographie, la voie hépatique n'étant pas prédominante dans le métabolisme du baclofène, il est peu probable que la pharmacocinétique du médicament soit modifiée de façon cliniquement significative chez les personnes atteintes d'une insuffisance hépatique [Sanis Health, 2018]. Les membres du comité consultatif précisent toutefois que la gabapentine possède aussi cette propriété, puisque cette molécule ne subit pas de biotransformation appréciable dans l'organisme humain [Upjohn Canada, 2020], tout en ayant une portée toxicologique et un risque de convulsions plus faibles que le baclofène. Puisqu'il existe d'autres choix disponibles pour les personnes atteintes d'insuffisance hépatique sévère, qui sont généralement plus sensibles aux effets thérapeutiques et indésirables des médicaments, les membres du comité consultatif sont d'avis de ne pas proposer le baclofène dans les options de traitement indiquées au guide d'usage optimal. Cependant, comme le baclofène est tout de même prescrit au Québec, que la molécule est connue et publicisée et que les cliniciens se questionnent sur son usage pour la prévention des rechutes, les membres du comité consultatif suggèrent d'ajouter au GUO une mention sur le fait que le baclofène n'est pas recommandé pour la prévention des rechutes, et ce, afin d'éviter que ce médicament soit prescrit en première ligne, bien qu'il puisse encore être prescrit en deuxième ou troisième ligne à défaut d'autres options possibles.

### **2.5.3. Posologies**

#### **2.5.3.1. Naltrexone**

Une dose de départ de 12,5 à 25 mg, une fois par jour (DIE), de naltrexone est suggérée dans le guide du BCCSU, avec une augmentation graduelle selon la tolérance de la personne jusqu'à une dose de 50 mg DIE durant une période de 2 semaines [BCCSU, 2019]. Le NICE propose également une dose de départ de 25 mg et une dose thérapeutique finale de 50 mg, sans toutefois proposer de délai avant de passer à cette dose finale [NICE, 2019]. Il a toutefois été souligné par les membres du comité consultatif que la dose de 12,5 mg était peu utilisée en raison de la teneur des comprimés disponibles, soit 50 mg, ce qui correspondrait à un quart de comprimé. Quant à l'augmentation durant une période de 2 semaines, cet intervalle a été jugé beaucoup trop long par les membres du comité consultatif, qui précisent qu'une période de 2 à 4 jours est suffisante pour évaluer la tolérance au médicament avant de passer à la dose habituelle de 50 mg recommandée à la monographie. Cela limite la période pendant laquelle la personne reçoit une dose inférieure à la dose thérapeutique ainsi que la quantité de comprimés à couper en deux, puisque la stabilité des comprimés sectionnés n'est pas précisément connue. Par ailleurs, selon l'APA et le VA/DoD, certaines personnes pourraient avoir besoin de doses allant jusqu'à 100 mg par jour pour que la naltrexone soit efficace [APA, 2018; Va/DoD, 2015]. Ces deux guides de pratique

clinique se réfèrent à l'étude *Combined Pharmacotherapies and Behavioral Interventions for Alcohol Dependence* (COMBINE), dans laquelle une dose de 100 mg a été utilisée [Anton *et al.*, 2006; Garbutt *et al.*, 2005; McCaul *et al.*, 2000a; McCaul *et al.*, 2000b]. Cependant, dans cette étude, une élévation de l'AST ou de l'ALT de plus de cinq fois la limite supérieure a été observée chez un nombre significativement plus important de participants dans le groupe traité avec la naltrexone que dans le groupe qui recevait un placebo [APA, 2018]. De plus, selon la monographie de la naltrexone, l'exposition à des doses jusqu'à cinq fois supérieures à la dose recommandée pour la prévention des rechutes a entraîné de façon constante des élévations du taux de transaminases sériques plus importantes et plus nombreuses en comparaison avec le placebo [Apotex Inc., 2015]. Selon les membres du comité consultatif, la dose quotidienne de 100 mg de naltrexone est possible, quoique peu fréquente, mais dans le cadre du guide d'usage optimal ils sont d'avis qu'il n'est pas nécessaire de mentionner la dose de 100 mg pour la naltrexone.

### **2.5.3.2. Acamprosate**

Tout comme dans la monographie, la dose d'acamprosate recommandée dans les guides de pratique clinique pour la prévention de la rechute est de 1 998 mg par jour, typiquement 666 mg trois fois par jour [BCCSU, 2019; NICE, 2019; APA, 2018; APhC, 2016; VA/DoD, 2015]. Pour une personne de moins de 60 kilogrammes, la dose maximale recommandée par le NICE est de 1 332 mg par jour, alors que la monographie recommande plutôt d'utiliser cette dose comme dose initiale chez ces personnes [NICE, 2019; APhC, 2016]. La plupart des guides de pratique clinique retenus recommandent de commencer le traitement dès le début de l'abstinence et de continuer même si la personne rechute (APA, NICE CG115, VA/DoD). Une réduction de la dose à 333 mg trois fois par jour est nécessaire chez les personnes qui présentent une insuffisance rénale modérée (clairance de la créatinine entre 30 et 50 ml/min) [BCCSU, 2019; APhC, 2016; VA/DoD, 2015]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec les doses recommandées dans les guides de pratique clinique retenus et la monographie.

### **2.5.3.3. Gabapentine**

Selon les guides de pratique clinique retenus, le traitement avec la gabapentine devrait être amorcé à une dose de 100 mg à 300 mg trois fois par jour et les doses devraient être augmentées graduellement jusqu'à des valeurs comprises entre 900 et 1 800 mg par jour [BCCSU, 2019; APA, 2018; VA/DoD, 2015]. Selon le VA/DoD, lorsque la personne traitée continue de ressentir de l'anxiété ou des envies de consommer de l'alcool, les doses peuvent être augmentées jusqu'à un maximum de 1 800 mg par jour, fractionnés en trois prises [VA/DoD, 2015]. Lorsque la personne traitée souffre d'insomnie, une dose au coucher plus élevée peut alors être justifiée [BCCSU, 2019]. Étant donné que la gabapentine n'a pas d'indication officielle de Santé Canada pour la prévention des rechutes, peu d'information a été extraite de la monographie, si ce n'est qu'une dose initiale de 300 mg trois fois par jour est recommandée, mais dans le contexte d'un traitement adjuvant en cas d'épilepsie [Upjohn Canada, 2020]. En accord avec les recommandations des guides de pratique clinique, les membres du comité

consultatif jugent adéquat de commencer le traitement avec une dose de 100 à 300 mg administrée trois fois par jour puis augmentée graduellement jusqu'à un maximum de 1 200 à 1 800 mg par jour selon la tolérance de la personne. En ce qui concerne la dose thérapeutique visée, ils mentionnent que, comme la plupart des études utilisent des doses fixes et non des doses adaptées au poids de la personne, il est possible que des variations relatives à l'efficacité ou à l'innocuité soient causées par des doses variables entre les personnes traitées. Les membres du comité consultatif, se basant sur les données concernant l'efficacité tirées des études primaires détaillées dans le rapport de revues systématiques [INESSS, 2021a], sont d'avis que la dose quotidienne optimale de gabapentine se situe entre 1 200 et 1 800 mg, bien qu'une dose de 900 mg puisse être efficace pour certaines personnes. Ils suggèrent donc qu'une dose quotidienne cible de 900 à 1 800 mg soit proposée dans le guide d'usage optimal, car il n'existe pas de posologie standard de cette molécule pour la prévention des rechutes. De plus, la dose visée peut dépendre de plusieurs facteurs tels que le poids, l'âge de la personne et la médication concomitante. Enfin, pour tenir compte des personnes qui terminent un traitement avec la gabapentine pour un syndrome de sevrage d'alcool, les membres du comité consultatif proposent d'ajouter au GUO une mention indiquant de débiter, le cas échéant, avec la dose actuelle de gabapentine reçue par la personne et d'ajuster si nécessaire jusqu'à la dose de traitement visée.

Selon l'information trouvée dans la monographie, si la dose de gabapentine est réduite, si le traitement est interrompu ou remplacé par un autre anticonvulsivant ou encore si un autre antiépileptique est ajouté à la gabapentine, il faut procéder de façon graduelle durant une période d'au moins une semaine, ou plus longtemps si le médecin le juge nécessaire. Des manifestations indésirables ont été signalées à la suite de l'arrêt soudain du traitement avec la gabapentine, dont l'anxiété, l'insomnie, les nausées, les douleurs et la transpiration [Upjohn Canada, 2020]. Selon les membres du comité consultatif, puisque l'importance de ne pas cesser brusquement la prise de la gabapentine n'est pas très connue dans le milieu, il serait pertinent d'ajouter une note à ce sujet dans le guide d'usage optimal.

#### **2.5.3.4. Topiramate**

Dans les guides de pratique clinique retenus, afin de prévenir les rechutes chez l'adulte, la dose quotidienne de départ recommandée pour le topiramate est de 50 mg [VA/DoD, 2015] ou de 100 mg, administrés en deux doses fractionnées au besoin selon la tolérance [BCCSU, 2019]. Cette dose doit ensuite être augmentée progressivement durant une période de 4 à 8 semaines jusqu'à l'atteinte d'une dose quotidienne de 200 mg [VA/DoD, 2015] à 300 mg [APA, 2018]. En raison des risques d'effets indésirables importants que le topiramate peut induire sur le système nerveux central, il est recommandé d'augmenter graduellement la dose de ce médicament, puisqu'elle est proportionnelle aux risques courus [BCCSU, 2019; APA, 2018; VA/DoD, 2015]. Il est aussi recommandé par le VA/DoD d'interrompre graduellement le traitement au topiramate [VA/DoD, 2015]. Étant donné que le topiramate n'a pas d'indication officielle de Santé Canada pour la prévention des rechutes, aucune information à ce sujet n'a pu être extraite de la monographie. Par contre, une dose de départ de 25 mg par jour est

recommandée pour le traitement de l'épilepsie ou pour la prophylaxie de la migraine [Janssen Inc., 2020]. De plus, la dose quotidienne totale recommandée pour le topiramate en traitement prophylactique de la migraine chez l'adulte est de 100 milligrammes par jour, fractionnés en deux prises, ce qui est similaire à la dose recommandée pour la prévention des rechutes. Selon la monographie du produit, la dose prescrite et la rapidité d'ajustement de la dose devraient être déterminées selon le résultat clinique. Il y est également recommandé d'augmenter les doses par paliers de 25 mg par semaine, jusqu'à l'atteinte de la dose thérapeutique visée. Il y est aussi mentionné que l'arrêt d'un traitement avec le topiramate devrait être progressif afin de limiter le risque d'apparition de crises convulsives ou d'augmentation de la fréquence des crises. Lors d'essais cliniques chez des adultes atteints d'épilepsie, les posologies ont été réduites par paliers de 50 à 100 mg par jour à intervalles d'une semaine [Janssen Inc., 2020].

Les membres du comité consultatif sont en accord avec les doses indiquées dans les guides de pratique clinique. Cependant, ils sont d'avis qu'une dose de départ de 25 mg de topiramate serait mieux tolérée que la dose de 50 mg recommandée par le VA/DoD. Conformément aux recommandations trouvées dans les GPC, une augmentation très progressive (par exemple par paliers de 25 mg par semaine) jusqu'à la dose cible de topiramate située entre 200 et 300 mg par jour est proposée par les membres du comité consultatif afin de s'assurer de la tolérance de la personne traitée. De plus, en accord avec le VA/DoD et la monographie, les membres du comité consultatif rappellent l'importance de ne pas cesser brusquement un traitement avec le topiramate et ils estiment pertinent d'ajouter une note à ce sujet dans le guide d'usage optimal.

L'élimination du topiramate étant diminuée en cas d'insuffisance rénale, pour les personnes dont la clairance de la créatinine est inférieure à 70 ml/min, le BCCSU recommande de procéder à un ajustement plus lent des doses [BCCSU, 2019]. Par ailleurs, le VA/DoD souligne qu'une augmentation progressive de 25 mg par semaine est adéquate chez les personnes âgées dont la Clcr est inférieure à 70 ml/min [VA/DoD, 2015]. La monographie du topiramate indique de plus qu'il est préférable d'utiliser la moitié de la posologie recommandée pour les adultes atteints d'une insuffisance rénale et dont la clairance de la créatinine est diminuée (inférieure à 70 ml/min). En effet, le délai avant d'atteindre l'état d'équilibre plasmatique pour chaque dose peut être plus long chez cette population [Janssen Inc., 2020]. De plus, il est mentionné dans la monographie du topiramate que des doses supplémentaires peuvent être nécessaires chez les personnes en hémodialyse [Janssen Inc., 2020]. Pour les personnes dont la clairance de la créatinine est inférieure à 70 ml/min, les membres du comité consultatif jugent qu'il est adéquat de proposer dans le guide d'usage optimal une dose pouvant aller jusqu'à 150 mg par jour.

## **2.5.4. Populations particulières et principales contre-indications, précautions et interactions médicamenteuses des traitements pharmacologiques**

### **2.5.4.1. Femmes enceintes**

Pour la prévention de la rechute, il est recommandé de ne pas amorcer de traitement pour la prévention des rechutes pendant la grossesse ou l'allaitement [APA, 2018; SFA, 2015]. Selon cette dernière société, en cas de grossesse survenant chez une femme dont l'état est manifestement stabilisé grâce à un traitement pharmacologique, la poursuite de ce traitement doit être considérée au cas par cas selon l'équilibre avantages-risques, après avis multidisciplinaire, sauf dans le cas du disulfirame dont l'administration doit être cessée [SFA, 2015]. Selon la monographie, il est recommandé de sopeser les risques et les bienfaits du traitement avant de commencer à prendre la naltrexone chez les femmes enceintes ou qui allaitent [Apotex Inc., 2015]. Selon le BCCSU, l'allaitement constitue une contre-indication à l'usage de l'acamprosate [BCCSU, 2019]. Par ailleurs, d'après la monographie de l'Association des pharmaciens du Canada, les risques et bienfaits du traitement avec l'acamprosate doivent être pris en considération pendant l'allaitement [APhC, 2016], tout comme pendant la grossesse [BCCSU, 2019; APhC, 2016; VA/DoD, 2015]. De plus, l'usage du topiramate est contre-indiqué en cas de grossesse [Janssen Inc., 2020; BCCSU, 2019].

### **2.5.4.2. Personnes de moins de 18 ans**

Pour les jeunes âgés de 16 et 17 ans atteints d'un trouble lié à l'usage d'alcool qui n'ont pas participé ou n'ont pas bénéficié d'un programme de traitement à plusieurs composantes, de l'acamprosate ou de la naltrexone orale en association avec une thérapie cognitivocomportementale peuvent être proposées après un examen attentif des risques et des avantages [NICE, 2019]. Des précautions sont cependant recommandées concernant l'usage de la naltrexone chez les personnes âgées de moins de 18 ans [BCCSU, 2019; Apotex Inc., 2015].

Tout comme dans le cadre d'un syndrome de sevrage d'alcool, les membres du comité consultatif proposent que les femmes enceintes ou qui allaitent ainsi que les personnes de moins de 18 ans soient exclues du guide d'usage optimal, puisque ces personnes ont besoin d'une prise en charge particulière ou d'une expertise supplémentaire, comme indiqué à la [section 2.4.7](#).

### **2.5.4.3. Personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool et qui ont un trouble concomitant lié à l'usage d'opioïdes**

Pour les personnes atteintes d'un TUA et un trouble lié à l'usage des opioïdes (TUO) concomitant, un seul guide recommande l'usage de la naltrexone chez les personnes qui souhaitent cesser de consommer des opioïdes et arrêter ou réduire leur consommation d'alcool lorsque ces personnes sont capables de s'abstenir de consommer des opioïdes pendant une période cliniquement appropriée avant le début du traitement avec la naltrexone [APA, 2018]. Concernant les populations atteintes d'un TUA et d'un TUO concomitant, les membres du comité consultatif sont d'avis qu'il est important de rappeler

dans le guide d'usage optimal la nécessité de vérifier l'absence de thérapie avec des opioïdes lorsque l'usage de la naltrexone est envisagé pour le traitement de la prévention de la rechute. De plus, ils précisent que l'usage de la naltrexone ne devrait pas être favorisé en présence d'un TUO, puisqu'il ne s'agit pas d'un traitement de première intention pour cette indication et que les médicaments qui sont administrés pour traiter ce dernier trouble (soit la buprénorphine ou la méthadone) sont contre-indiqués en présence de la naltrexone.

#### **2.5.4.4. Naltrexone**

La naltrexone est contre-indiquée chez les personnes qui ont des antécédents de réaction allergique à ce médicament [BCCSU, 2019; Apotex Inc., 2015; VA/DoD, 2015] ainsi que chez les personnes atteintes d'un TUO, en syndrome de sevrage aigu ou avec un usage actuel ou attendu d'opioïdes [BCCSU, 2019; APA, 2018; Apotex Inc., 2015; VA/DoD, 2015]. En effet, la naltrexone est un puissant antagoniste des récepteurs opioïdes, mais son blocage peut être surmonté, par exemple chez les personnes qui auraient besoin d'une analgésie. Cela peut toutefois représenter un risque pour les personnes qui essaieraient elles-mêmes de surmonter ce blocage en prenant des quantités importantes d'opioïdes, s'exposant par le fait même à un risque d'intoxication [Apotex Inc., 2015]. La naltrexone est aussi contre-indiquée en présence d'une hépatite aiguë ou d'une insuffisance hépatique [BCCSU, 2019; APA, 2018; Apotex Inc., 2015; VA/DoD, 2015]. Selon la monographie, une augmentation de l'exposition au médicament de l'ordre de 5 à 10 fois a été observée chez les personnes atteintes de cirrhose; l'usage de la naltrexone doit donc être fait avec prudence chez cette population [Apotex Inc., 2015].

Bien qu'aucun ajustement posologique ne soit recommandé en cas d'insuffisance rénale, la naltrexone et son métabolite principal sont éliminés surtout dans l'urine.

La monographie ainsi que le BCCSU appellent à la prudence en cas d'insuffisance rénale [BCCSU, 2019; Apotex Inc., 2015]. Les membres du comité consultatif sont d'accord pour indiquer cette précaution au guide d'usage optimal pour une Clcr inférieure à 60 ml/min.

Enfin, les principales interactions médicamenteuses concernent l'administration concomitante de la naltrexone avec des opioïdes ou d'autres médicaments hépatotoxiques [BCCSU, 2019; Apotex Inc., 2015]. Les membres du comité consultatif sont en accord avec cette information.

#### **2.5.4.5. Acamprosate**

L'acamprosate est contre-indiqué en présence d'antécédents de réaction allergique au produit ou à l'un de ses excipients [BCCSU, 2019; APhC,2016; VA/DoD,2015] ainsi qu'en présence d'insuffisance rénale sévère (Clcr inférieure ou égale à 30 ml/min) [BCCSU, 2019; APA, 2018; APhC,2016; VA/DoD,2015]. Par ailleurs, l'acamprosate étant éliminé entièrement par les reins, sa demi-vie et sa concentration sérique maximale peuvent doubler en présence d'une insuffisance rénale modérée (Clcr entre 30 et 49 ml/min), justifiant ainsi une réduction de la dose [BCCSU, 2019; APA, 2018;

APhC,2016; VA/DoD,2015]. Le guide de l'APA suggère aussi de ne pas administrer l'acamprosate en première intention aux personnes souffrant d'insuffisance rénale. L'acamprosate doit aussi être utilisé avec précaution dans la population gériatrique, vu la diminution de la fonction rénale liée au vieillissement [BCCSU, 2019; APhC,2016; VA/DoD,2015]. En ce qui concerne les cas d'insuffisance hépatique, la monographie de l'acamprosate indique que, bien qu'il ne soit pas nécessaire d'ajuster la posologie pour les personnes qui souffrent d'insuffisance hépatique légère ou modérée (scores A et B de *Child-Pugh*), des précautions devraient être prises en présence d'insuffisance hépatique sévère (*Child-Pugh C*) en raison de l'absence de données pour cette population. Par ailleurs, la BCCSU et l'APA mentionnent qu'il n'existe aucune toxicité hépatique connue de l'acamprosate [BCCSU, 2019; APA, 2018]. Les membres du comité consultatif jugent toutefois prudent d'inscrire une précaution au guide d'usage optimal concernant l'acamprosate en présence d'insuffisance hépatique sévère.

#### **2.5.4.6. Gabapentine**

Les principales contre-indications, précautions et interactions touchant la gabapentine ont été exposées à la [section 2.4.7.4](#). Puisque la gabapentine est éliminée principalement par voie urinaire, la dose et la fréquence d'administration doivent être réduites en présence d'une diminution du débit de filtration glomérulaire estimé [Upjohn Canada, 2020]. Pour les ajustements nécessaires, se référer à la [section 2.4.7.4](#). En ce qui concerne l'usage concomitant de gabapentine et d'opioïdes, il pourrait entraîner une dépression respiratoire, une sédation profonde, une syncope et le décès; des doses et durées de traitement les plus faibles possible devraient donc être privilégiées. Les membres du comité consultatif soulignent cependant que la gabapentine est fréquemment donnée à des personnes qui reçoivent des opioïdes, dans des cas de douleur par exemple, et que cette interaction est peu crainte en pratique et ne devrait pas empêcher la prescription concomitante de ces molécules. Par ailleurs, selon le BCCSU, l'abstinence d'alcool est recommandée après le début d'un traitement avec la gabapentine en raison des effets additifs possibles sur le système nerveux central. Cependant, ce guide suggère aussi qu'une utilisation concomitante d'alcool et de gabapentine à dose thérapeutique est possible sans augmentation de la sédation ou des troubles de la motricité [BCCSU, 2019]. Selon les membres du comité consultatif, la combinaison d'alcool et de gabapentine est à éviter. Quant à la baisse possible de la biodisponibilité de la gabapentine lorsque des antiacides à base d'aluminium ou de magnésium sont administrés en concomitance avec ce médicament [Upjohn Canada, 2020], certains membres du comité consultatif précisent que l'administration de l'antiacide deux heures avant ou après la gabapentine permet de limiter cette interaction.

#### **2.5.4.7. Topiramate**

Le topiramate est contre-indiqué en présence d'antécédents de réaction allergique à ce médicament ou à l'un de ses excipients, ainsi qu'en cas de grossesse [Janssen Inc., 2020; BCCSU, 2019]. De plus, en raison du risque de fissures labiopalatines pour le fœtus, lesquelles se produisent au cours du premier trimestre de la grossesse, avant

même que plusieurs femmes ne sachent qu'elles sont enceintes, toute femme en mesure de procréer doit utiliser une méthode de contraception efficace [Janssen Inc., 2020; BCCSU, 2019; VA/DoD,2015]. Le topiramate peut d'ailleurs diminuer les concentrations sériques des contraceptifs oraux et réduire leur efficacité [Janssen Inc., 2020; VA/DoD, 2015]. Selon le BCCSU, le glaucome à angle étroit et des antécédents de néphrolithiase constituent des contre-indications à l'utilisation du topiramate, alors que ces conditions sont plutôt jugées dans la monographie comme des cas où le topiramate devrait être administré avec précaution [Janssen Inc., 2020; BCCSU, 2019]. La prudence serait également de mise lors de l'administration de topiramate en présence d'insuffisance hépatique, puisque la clairance du médicament se trouve réduite chez les personnes atteintes [Janssen Inc., 2020; BCCSU, 2019; VA/DoD,2015]. La prudence est aussi recommandée chez les personnes de 65 ans ou plus [BCCSU, 2019], possiblement à cause des anomalies de la fonction rénale liées à l'âge [Janssen Inc., 2020], de même que dans les conditions qui prédisposent à l'acidose métabolique (maladie ou insuffisance rénale, troubles respiratoires graves, état de mal épileptique, diarrhée, chirurgie, régimes cétogènes, certains médicaments) [Janssen Inc., 2020; BCCSU, 2019].

Pour les femmes enceintes ou en âge de procréer, selon les membres du comité consultatif, le topiramate est problématique surtout au premier trimestre, période pendant laquelle les femmes ne savent souvent pas qu'elles sont enceintes, et les conséquences sur le fœtus pourraient être dramatiques. Il serait donc pertinent de rappeler aux cliniciens d'aviser ces personnes qu'il y a un risque en cas de grossesse lorsque le topiramate est envisagé comme option de traitement.

Enfin, plusieurs médicaments peuvent interagir avec le topiramate, parmi lesquels la phénytoïne, l'acide valproïque, les contraceptifs oraux et les dépresseurs du système nerveux central [Janssen Inc., 2020; BCCSU, 2019; VA/DoD, 2015]. Les membres du comité consultatif précisent que de nombreuses interactions médicamenteuses sont possibles avec le topiramate. Pour éviter d'alourdir la présentation des interactions médicamenteuses dans le guide d'usage optimal, ils proposent de préciser que le topiramate peut diminuer l'efficacité des contraceptifs oraux, se référant au fait qu'une contraception efficace doit être utilisée par les femmes en âge de procréer et que plusieurs autres interactions médicamenteuses existent avec le topiramate, et invitant les cliniciens à consulter un membre de l'équipe interprofessionnelle au besoin.

### **2.5.5. Suppléments et vitamines complémentaires**

De façon générale, dans trois des guides de pratique clinique retenus, certains suppléments sont recommandés pour les personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool [BCCSU, 2019; NICE, 2019; SFA, 2015]. Alors que le BCCSU recommande que toutes les personnes atteintes d'un TUA reçoivent une supplémentation en thiamine (100 mg), selon l'avis des experts qui ont publié le guide de pratique clinique de la Société Française d'Alcoologie, la prescription systématique de thiamine (vitamine B1) doit être adaptée à l'état nutritionnel de la personne [BCCSU, 2019; SFA, 2015]. Le NICE précise pour sa part d'offrir de la thiamine aux personnes atteintes d'un TUA en cas de

malnutrition et de maladie du foie décompensée, et ce, par voie orale ou, pour les personnes admises à l'urgence ou à l'hôpital pour une blessure ou une maladie en phase aiguë, en prophylaxie par voie parentérale [NICE, 2019]. Bien que la qualité de la preuve scientifique soit faible, la CCSMPA recommande fortement, pour les personnes âgées qui consomment beaucoup d'alcool, de donner au moins 50 mg de thiamine quotidiennement pour prévenir l'encéphalopathie de Wernicke [CCSMPA, 2019]. Bien qu'une supplémentation en thiamine soit proposée par certains GPC pour les personnes atteintes de TUA, selon les membres du comité consultatif, il n'existe aucune donnée démontrant l'avantage d'administrer les vitamines plus longtemps que durant les 7 à 10 jours du sevrage (en phase aiguë). Ils sont d'avis qu'il n'est pas nécessaire de proposer une supplémentation en thiamine pour la population atteinte d'un TUA dans un contexte de prévention des rechutes.

#### **2.5.6. Durée du traitement**

La durée optimale du traitement pour la prévention des rechutes varie selon les guides de pratique clinique retenus. Alors que le BCCSU mentionne que les preuves scientifiques ne sont pas suffisantes pour guider la durée optimale du traitement du TUA, l'APA ajoute que la durée du traitement devrait être individualisée selon la réponse de la personne, les effets indésirables, les préférences de la personne, la sévérité du TUA, les antécédents de rechutes et les conséquences d'éventuelles rechutes [BCCSU, 2019; APA, 2018]. Par ailleurs, la SFA propose une durée de traitement de 3 mois pour la naltrexone et une durée de 12 mois pour l'acamprosate [SFA, 2015]. Par contre, si une rechute temporaire survient durant le traitement, l'administration de l'acamprosate peut continuer [APhC, 2016]. De façon générale, les GPC du BCCSU et du NICE soulignent que la majorité des guides de pratique clinique recommandent la prescription d'un traitement pour une durée d'au moins six mois; la pertinence de poursuivre le traitement pourra alors être réévaluée en collaboration avec la personne [BCCSU, 2019; NICE, 2019]. S'il n'y a pas d'effets indésirables, le traitement pourrait par ailleurs être continué indéfiniment chez les personnes qui en retirent des avantages et lorsque cela sera jugé cliniquement nécessaire [BCCSU, 2019; NICE, 2019; SFA, 2015].

Les membres du comité consultatif soulignent que la modification des habitudes de consommation requiert un certain temps et qu'il faut éviter d'interrompre prématurément le traitement, puisque cela augmenterait le risque de rechute. Par ailleurs, la SFA précise qu'au cours des rechutes, c'est-à-dire lors d'une reprise de la consommation après une période d'abstinence, le TUA peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement [SFA, 2015]. Le VA/DoD soutient qu'une période de traitement de trois mois à une dose thérapeutique correspond à une période d'essai adéquate pour un traitement de prévention des rechutes, après quoi il recommande de cesser la prise de la naltrexone, du topiramate ou de la gabapentine et de considérer d'autres options de traitement s'il n'y a pas d'avantages détectables [VA/DoD, 2015]. Par ailleurs, le NICE précise que la prise de la naltrexone ou de l'acamprosate devrait cesser lorsque la consommation d'alcool persiste au-delà de 4 à 6 semaines après le début du traitement [NICE, 2019]. Les membres du comité consultatif sont d'accord avec le fait qu'une

période de traitement minimale de trois mois devrait être suffisante pour déterminer si celui-ci apporte les avantages escomptés. S'il n'y a pas d'avantages détectables après trois mois de traitement, ils ajoutent que la pertinence de poursuivre celui-ci devrait être réévaluée et que d'autres options devraient être envisagées. Les membres du comité consultatif précisent également, en accord avec les recommandations du BCCSU et du NICE, que la pertinence du traitement devrait être réévaluée après six mois d'application, en collaboration avec la personne traitée et en fonction de sa perception des avantages du traitement ainsi que des effets indésirables ressentis. Sauf s'il y a apparition d'effets indésirables ou s'il existe des contre-indications, les membres du comité consultatif sont d'avis qu'il serait utile de mentionner que la médication peut être poursuivie au-delà de six mois. Par ailleurs, cette information concorde avec la durée maximale de chaque autorisation pour l'usage de l'acamprosate au Québec, qui est de 3 mois pour une durée totale maximale d'autorisation de 12 mois [RAMQ, 2021].

### **2.5.7. Suivi**

Puisque des symptômes de sevrage d'alcool peuvent survenir même lorsque la consommation est simplement réduite de façon soudaine ou significative, une surveillance étroite des personnes qui ont commencé un traitement pharmacologique pour le TUA sans gestion du sevrage est recommandée par la BCCSU en début de traitement [BCCSU, 2019]. La SFA ajoute que les symptômes dépressifs et anxieux sont fréquents et parfois sévères dans le cas d'un mésusage de l'alcool, bien qu'ils régressent souvent avec le sevrage. Elle recommande donc de vérifier la persistance de ces symptômes deux à quatre semaines après un sevrage avant d'envisager un traitement de fond [SFA, 2015]. Dans les monographies des produits, il est aussi mentionné de surveiller l'apparition de dépression ou d'idées suicidaires avec la prise de l'acamprosate, de la gabapentine et du topiramate [Janssen Inc., 2020; Upjohn Canada, 2020; APhC, 2016]. En effet, selon la monographie du produit, les personnes qui sont traitées avec le topiramate, ainsi que leurs aidants et leurs familles, devraient être avisées que ce médicament pourrait accroître le risque d'idées et de comportements suicidaires; il faudrait également les informer de la nécessité d'être vigilants en cas d'apparition ou d'aggravation de signes et symptômes de dépression, de tout changement inhabituel de l'humeur ou du comportement ou d'apparition d'idées suicidaires ou encore de pensées ou de comportements autodestructeurs [Janssen Inc., 2020]. Selon les membres du comité consultatif, plusieurs mises en garde sont véhiculées à propos du topiramate concernant les symptômes dépressifs et les idées suicidaires. Cependant, ils précisent que ces mises en garde concernent surtout les populations atteintes de troubles de l'humeur. Dans la population atteinte d'un TUA, selon la littérature et les données présentées, il y aurait un effet bénéfique à traiter les personnes (ou du moins une absence de différence avec un placebo) qui présentent des symptômes dépressifs et des troubles de l'humeur. De plus, chez les personnes qui consomment de l'alcool pendant le traitement, ces symptômes ne sont souvent pas liés à la médication, mais au milieu de vie, à des éléments stressants ou à une comorbidité associée à la santé mentale. Les membres du comité consultatif sont donc d'avis qu'il ne faudrait pas faire de mise en garde excessive concernant les symptômes dépressifs et

les idées suicidaires dans le guide d'usage optimal pour ne pas décourager les prescripteurs.

Les membres du comité consultatif sont globalement en accord avec les éléments présentés ci-dessus et ils précisent que l'ajustement de la dose d'un traitement pour la prévention des rechutes devrait tenir compte de la présence d'anxiété ou de troubles du sommeil, et ce, même s'il n'y a pas consommation d'alcool. Ils soulignent également que les personnes qui ont commencé un traitement pour la prévention des rechutes sans gestion préalable du sevrage devraient bénéficier d'une surveillance étroite en début de traitement pour vérifier leur tolérance et l'apparition de symptômes de sevrage.

Les membres du comité consultatif mentionnent par ailleurs qu'un suivi rapproché en début de traitement est aussi important pour les personnes qui ont bénéficié d'un traitement pharmacologique du sevrage. Ainsi, en début de traitement pour la prévention des rechutes et régulièrement par la suite, il est important de surveiller l'apparition de symptômes de sevrage, dépressifs, anxieux, d'insomnies ou d'idées suicidaires, et ce, pour toutes les molécules recommandées pour la prévention des rechutes.

Lorsqu'une rechute temporaire survient avec l'acamprosate, le guide de pratique clinique du VA/DoD mentionne de poursuivre la thérapie [VA/DoD, 2015], ce qui est aussi précisé dans la monographie [APhC, 2016]. Conformément à la recommandation du VA/DoD, lorsqu'une rechute survient chez une personne traitée avec l'acamprosate, les membres du comité consultatif sont d'avis qu'il n'est pas nécessaire d'arrêter la médication, les rechutes étant fréquentes chez la population atteinte d'un TUA.

En ce qui concerne la fréquence du suivi, l'ASAM mentionne que des visites de suivi régulières, au moins une fois par mois durant un an, pourraient augmenter la probabilité d'une guérison durable [ASAM, 2020]. Par ailleurs, le NICE souligne que les personnes qui prennent de l'acamprosate ou de la naltrexone doivent être surveillées, au moins une fois par mois durant six mois, et à fréquence réduite mais régulière si la prise du médicament est poursuivie durant une période supérieure à six mois [NICE, 2019].

Les membres du comité consultatif sont d'accord avec un suivi effectué au moins une fois par mois durant les six premiers mois du traitement, en rappelant toutefois qu'un suivi plus rapproché, par exemple une fois par semaine, devrait être privilégié en début de traitement afin d'ajuster la médication et de vérifier la tolérance au traitement. Si celui-ci est poursuivi au-delà d'une période de six mois, ils sont également en accord avec le NICE pour continuer le suivi régulier, mais à fréquence réduite, en fonction de la stabilité de l'état de la personne. Ils soulignent par ailleurs que les autres membres de l'équipe multidisciplinaire, notamment les infirmières et les pharmaciens, pourraient jouer un rôle important dans ce suivi, rappelant que les personnes atteintes d'un TUA devraient bénéficier de soins multidisciplinaires. De plus, afin de faciliter la réalisation de ce suivi, il est aussi souligné que, bien qu'un suivi en présentiel soit préférable, un suivi téléphonique ou en visioconférence est aussi possible. Enfin, les membres du comité consultatif mentionnent que la définition d'une rémission pourrait être un ajout pertinent au guide d'usage optimal, puisque cette information doit être documentée lors du suivi des personnes qui reçoivent un traitement pour la prévention des rechutes. Comme il est mentionné dans les guides de la CCSMPA et du BCCSU, une période d'abstinence de

plus de 3 mois, mais de moins de 12 mois est considérée comme une rémission précoce alors que plus de 12 mois sans symptômes est considéré comme une rémission durable [BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; APA, 2015].

#### **2.5.7.1. Analyses de laboratoire pour le suivi d'un traitement destiné à la prévention de la rechute**

Certaines analyses de laboratoire à surveiller en cours de traitement sont proposées dans les documents retenus en fonction du traitement appliqué. Pour la naltrexone, la monographie recommande de réaliser des tests visant à détecter les lésions hépatiques une fois par mois durant les six premiers mois de traitement, puis par la suite à une fréquence déterminée selon le jugement clinique du professionnel de la santé [Apotex Inc., 2015]. Cette recommandation concorde avec ce qui est avancé par le BCCSU, soit des tests de fonction hépatique après un, trois et six mois, mais plus fréquemment si les enzymes hépatiques sont élevées au début du traitement [BCCSU, 2019]. L'APA recommande quant à elle un suivi de la fonction hépatique selon l'étendue des anomalies [APA, 2018], alors que le VA/DoD suggère un suivi de ces paramètres à 6 et 12 mois seulement, puis tous les 12 mois par la suite [VA/DoD, 2015]. Les membres du comité consultatif sont d'avis qu'un bilan hépatique devrait être effectué 4 à 6 semaines après le début du traitement avec la naltrexone, puis tous les 6 mois afin de s'assurer de l'absence d'hépatotoxicité. Selon les membres du comité consultatif, il n'est pas nécessaire de répéter ce suivi tous les mois, puisqu'il ne semble pas y avoir de données qui démontrent un risque important d'hépatotoxicité en cours de traitement.

En ce qui concerne l'acamprosate, aucune surveillance systématique par analyse de laboratoire n'est recommandée dans la monographie [APhC, 2016]. Il est toutefois mentionné de surveiller les signes de récupération hépatique en cours de traitement [APhC, 2016]. Le guide du VA/DoD recommande quant à lui de surveiller la créatinine, en particulier chez les personnes âgées et chez celles atteintes d'insuffisance rénale [VA/DoD, 2015]. Cependant, selon les membres du comité consultatif, aucune de ces analyses de laboratoire n'est jugée nécessaire en cours de traitement. Concernant le suivi de la fonction rénale, puisque l'acamprosate doit être ajusté selon les valeurs de la Clcr, mais qu'il ne causerait pas d'insuffisance rénale, les membres proposent plutôt de s'informer de l'évolution de l'état de la personne et de ses comorbidités afin de détecter une possible détérioration de la fonction rénale en cours de traitement.

Pour la gabapentine, il est recommandé par le guide du VA/DoD de mesurer la clairance de la créatinine régulièrement, en particulier chez les personnes atteintes d'une insuffisance rénale et chez les personnes âgées [VA/DoD, 2015], bien qu'aucune surveillance systématique nécessitant des analyses de laboratoire ne soit recommandée pendant le traitement dans la monographie [Upjohn Canada, 2020]. Les membres du comité consultatif proposent donc de ne pas ajouter d'analyses de laboratoire particulières pour le suivi de la gabapentine.

La monographie du topiramate recommande de surveiller les bicarbonates à l'amorce du traitement puis à intervalles réguliers afin de détecter toute acidose métabolique [Janssen Inc., 2020]. De plus, bien que ce ne soit pas spécifié à la monographie, le

VA/DoD suggère de faire un suivi de la créatinine régulièrement, en particulier chez les personnes atteintes d'insuffisance rénale et chez les personnes âgées [VA/DoD, 2015]. Selon les membres du comité consultatif, la surveillance des bicarbonates n'est pas faite de façon routinière dans la pratique. Cependant, l'expérience des membres du comité consultatif concernant le topiramate est limitée. Bien que ce type de cas soit relativement rare selon les membres du comité consultatif, l'acidose métabolique est observée surtout dans les cas de surdosage du topiramate. Il pourrait donc être pertinent de le mentionner dans le guide d'usage optimal, sans toutefois en lister les symptômes suggestifs et les modes de surveillance. Généralement, en cas de suspicion d'acidose métabolique, la personne atteinte devrait être orientée vers un milieu hospitalier pour sa prise en charge. Par ailleurs, les membres du comité consultatif mentionnent que le suivi de la créatinine devrait plutôt être guidé par l'évolution des autres conditions médicales de la personne traitée au lieu d'être fait systématiquement pendant un traitement avec le topiramate.

#### **2.5.8. Critères d'orientation vers un milieu spécialisé**

Même si peu de guides de pratique clinique ont formulé des recommandations quant aux critères d'orientation vers un milieu spécialisé lors du traitement pour la prévention de la rechute, le VA/DoD souligne qu'il n'y a pas assez de preuves scientifiques pour recommander une façon standardisée d'évaluer le milieu de soins approprié autre que le jugement de cliniciens expérimentés [VA/DoD, 2015]. Pour sa part, le BCCSU recommande de considérer l'orientation vers des programmes de traitement hospitaliers pour les personnes qui ont fait plusieurs tentatives de traitement antérieures, qui souffrent simultanément d'un trouble lié à l'usage d'une autre substance ou d'autres troubles de santé mentale, qui sont atteintes de troubles médicaux concomitants, qui se trouvent dans un environnement ou des circonstances sociales instables, pour les femmes enceintes ainsi que pour les peuples autochtones, puisque certains programmes de traitement en milieu hospitalier proposent des interventions culturelles et des programmes sur mesure [BCCSU, 2019].

Selon les membres du comité consultatif, il est effectivement pertinent de tenir compte de certains aspects culturels et psychosociaux, y compris de la perception de la personne à l'égard des traitements pharmacologiques. Les membres du comité consultatif suggèrent de souligner dans les principes de traitement que la diversité doit être considérée dans la prise en charge de la personne, autant pour certaines particularités physiologiques que pour des caractéristiques socioculturelles, plutôt que d'orienter certaines populations vers un milieu spécialisé.

Par ailleurs, les membres du comité consultatif soulignent que des antécédents de traitement pour la prévention des rechutes sont probablement trouvés chez la grande majorité des personnes atteintes d'un TUA. Pour ces personnes, une investigation supplémentaire pourrait permettre de déterminer ce qui a causé l'échec de traitements antérieurs, dans l'optique de choisir le traitement le plus approprié pour la personne. Cependant, les membres du comité consultatif sont d'avis que cette situation ne nécessite pas d'emblée une prise en charge par un milieu spécialisé. Toutefois, si aucun avantage n'a été obtenu malgré plusieurs tentatives adéquates de traitement, ils

proposent de considérer l'orientation vers un milieu spécialisé. En ce qui concerne les personnes qui présentent des conditions d'instabilité et de précarité sociale (p. ex. itinérance), les membres du comité consultatif mentionnent qu'il peut effectivement être bénéfique de mettre en application certaines mesures pour favoriser la prise adéquate de la médication, notamment auprès des intervenants psychosociaux ou en augmentant la fréquence du service à la pharmacie. Ils soulignent toutefois que l'amorce d'une pharmacothérapie pour la prévention des rechutes peut être faite si ce suivi n'est pas effectué, puisque l'inobservance de la médication ne pose pas un risque de préjudice supplémentaire pour la personne. Cependant, ils précisent que, en cas de détérioration de l'environnement social ou de déstabilisation psychosociale survenant en cours de traitement, une orientation vers un milieu spécialisé pourrait être considérée. De plus, les membres du comité consultatif sont d'avis qu'une orientation vers un milieu spécialisé pourrait être considérée en cours de traitement en cas d'apparition concomitante d'un autre trouble d'usage.

Selon les membres du comité consultatif, entreprendre une pharmacothérapie pour la prévention des rechutes est adéquat en première ligne pour les personnes qui présentent un trouble de santé mentale et dont l'état ne nécessite pas d'emblée une orientation vers un milieu spécialisé. Les membres du comité consultatif soulignent que les problèmes de santé mentale concomitants sont très fréquents chez les personnes atteintes d'un TUA et qu'ils ne poseraient généralement pas de problèmes particuliers pour une prise en charge par un milieu non spécialisé, à l'exception des troubles sévères, complexes ou instables (p. ex. trouble psychotique, trouble bipolaire, schizophrénie). Toutefois, certains troubles sévères ou persistants traités efficacement avec des antipsychotiques peuvent affecter considérablement la réponse à la médication, même si l'état de la personne n'est pas nécessairement instable. Enfin, les membres du comité consultatif jugent qu'une orientation vers un milieu spécialisé pourrait être pertinente, en cours de traitement, lors de l'apparition ou de la détérioration d'un trouble de santé physique ou mental sévère, instable ou complexe.

Aucune de ces situations ne devrait empêcher d'amorcer un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes en première ligne, mais l'orientation vers un milieu spécialisé devrait être envisagée lors de la survenue d'une de ces situations en cours de traitement, selon les membres du comité consultatif.

### 3. DISCUSSION

Le mandat de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux était d'élaborer un guide d'usage optimal des traitements pharmacologiques dans le contexte du sevrage d'alcool et de la prévention des rechutes. Pour ce faire, une recherche systématique des données scientifiques (présentée en détail dans [INESSS, 2021a]) et des recommandations de bonnes pratiques cliniques ont été effectuées. L'information recueillie a été adaptée au contexte québécois à l'aide des données contextuelles et de la perspective des membres du comité consultatif obtenues lors de consultations avec les parties prenantes, et principalement les membres de ce comité.

L'ensemble des résultats issus de ces travaux a permis de dégager plusieurs constats, lesquels sont résumés ci-dessous.

#### 3.1. Sommaire de l'analyse des principaux constats

De façon générale, les membres du comité consultatif étaient en accord avec les recommandations extraites des guides de pratique clinique retenus ainsi qu'avec les résultats des revues systématiques effectuées.

Globalement, le défi que pose la prise en charge des personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool réside principalement dans la clarification des trois aspects suivants :

- Quel type de personne devrait recevoir un traitement pharmacologique?
- Quels médicaments devraient être prescrits pour le sevrage d'alcool et la prévention des rechutes?
- Quelles précautions devraient être prises lors du traitement?

##### 3.1.1. Quel type de personne devrait recevoir un traitement pharmacologique?

En accord avec la grande majorité des guides de pratique clinique retenus ainsi qu'avec l'opinion des membres du comité consultatif, un traitement pharmacologique pour le sevrage d'alcool doit être prescrit à toutes les personnes qui présentent des symptômes de sevrage actif d'intensité de modérée à sévère ainsi qu'à toutes les personnes qui présentent un risque élevé de complications associées au sevrage. Pour les personnes qui présentent un faible risque de complications à cet égard et des symptômes de sevrage actif d'intensité légère, ou un risque de syndrome de sevrage à l'arrêt ou à la réduction de la consommation d'alcool, l'administration d'un traitement pharmacologique devrait aussi être considérée. En ce qui concerne la prévention des rechutes, bien que la triangulation des données permette de conclure qu'un traitement pharmacologique devrait être considéré pour les personnes qui présentent un trouble lié à l'usage d'alcool d'intensité de modéré à sévère, certains GPC recommandent de considérer l'administration d'un traitement pharmacologique pour les personnes atteintes d'un TUA léger qui en font la demande ou pour celles qui n'ont pas obtenu d'avantages à la suite

des interventions psychosociales seules. Toutefois, puisque, dans la pratique actuelle, le traitement pour la prévention des rechutes est un aspect parfois oublié chez la population atteinte d'un TUA et que les interventions psychosociales sont parfois infructueuses ou difficiles d'accès, les experts du comité consultatif ont jugé pertinent de considérer la prescription d'un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes pour toute personne atteinte d'un trouble lié à l'usage d'alcool, sans égard à l'intensité de ce trouble.

### **3.1.2. Quels médicaments devraient être prescrits?**

#### **3.1.2.1. Sevrage d'alcool**

Pour le traitement associé au sevrage d'alcool, la triangulation des données scientifiques, des données contextuelles et des savoirs expérimentiels permet de confirmer l'importance des benzodiazépines dans le traitement du sevrage d'alcool en raison, d'une part, de l'efficacité de ces molécules pour contrôler les symptômes du sevrage et, d'autre part, de leur capacité à prévenir les complications liées au sevrage d'alcool, telles que les crises convulsives et le *delirium tremens*. Selon l'état actuel des connaissances, aucune benzodiazépine ne serait plus efficace qu'une autre pour traiter les symptômes associés au sevrage d'alcool, bien que trois molécules ressortent principalement de l'analyse effectuée, soit le diazépam, le lorazépam et l'oxazépam. Alors que la pertinence de l'usage du diazépam pour le traitement des symptômes associés au sevrage d'alcool est renforcée par l'indication de Santé Canada, l'avis des experts du comité consultatif a permis de déterminer que l'usage du lorazépam représente aussi une option de traitement appropriée, option qui est par ailleurs recommandée par plusieurs guides de pratique clinique. En contrepartie, bien que l'usage de l'oxazépam soit homologué par Santé Canada pour le traitement en cas de sevrage d'alcool et qu'il soit recommandé par quelques guides de pratique clinique pour certaines populations, y compris, notamment, les personnes atteintes de déficiences hépatiques sévères et les personnes âgées, l'oxazépam semble être un choix moins pertinent pour une clientèle de première ligne en milieu ambulatoire, puisque cette molécule crée une forte dépendance et peut faire l'objet d'abus. Selon l'expertise des membres du comité consultatif, son usage est généralement réservé pour les personnes qui ont des problèmes hépatiques sévères, population normalement orientée vers des centres spécialisés pour la gestion du sevrage d'alcool. En s'appuyant sur la perspective des membres du comité consultatif, l'oxazépam n'est pas proposé comme option de traitement du sevrage d'alcool dans le guide d'usage optimal.

En plus des benzodiazépines, les anticonvulsivants sont des médicaments couramment administrés pour le traitement associé au sevrage d'alcool, bien qu'aucune molécule de cette classe ne soit encore homologuée à cette fin par Santé Canada. Ainsi, les plus récentes données cliniques sur l'efficacité et l'innocuité [INESSS, 2021a], bonifiées par les recommandations de bonne pratique clinique et la perspective des membres du comité consultatif, ont permis de recommander l'usage de la gabapentine pour traiter les symptômes associés au sevrage d'alcool d'intensité de légère à modérée et lorsque les risques de complications sont faibles, et ce, au même titre que les benzodiazépines.

D'ailleurs, la gabapentine représente un choix d'autant plus favorable pour le traitement en cas de sevrage d'alcool lorsqu'un clinicien l'administre également pour la prévention des rechutes. Cependant, les membres du comité consultatif mentionnent que les données actuelles sont insuffisantes pour recommander l'usage de la gabapentine dans les cas de sevrage dont les symptômes sont sévères et ils indiquent que cette molécule ne permet pas de prévenir les complications associées au sevrage d'alcool. La carbamazépine est aussi un anticonvulsivant dont l'usage est recommandé par certains guides de pratique clinique pour traiter les symptômes de sevrage d'intensité de modérée à sévère. Il ressort de la revue systématique une efficacité et une innocuité similaires de la carbamazépine en comparaison avec les benzodiazépines, avec un niveau de preuve variant de faible à modéré. Cependant, il existe de nombreux enjeux d'implantation entourant l'usage de la carbamazépine pour le traitement des symptômes associés au sevrage d'alcool, notamment en raison de plusieurs interactions médicamenteuses, de la nécessité d'une surveillance pharmacologique soutenue, d'un potentiel toxicologique élevé en cas de prise inadéquate ainsi que des enjeux relatifs à l'innocuité liés à certaines populations. De ce fait, l'usage de la carbamazépine n'est pas proposé pour le sevrage d'alcool dans le guide d'usage optimal.

Dans certains guides de pratique clinique, l'usage du phénobarbital par des cliniciens expérimentés est aussi recommandé pour la gestion des symptômes de sevrage d'alcool en milieu hospitalier. Selon les résultats de la revue systématique, son efficacité a été jugée similaire à celle des benzodiazépines avec un niveau de preuve global jugé modéré, bien que les données actuelles sur l'innocuité soient insuffisantes pour en tirer des conclusions. L'index thérapeutique étroit et les effets indésirables importants du phénobarbital, qui sont soulignés par les membres du comité consultatif, appuient toutefois un usage qui serait réservé à des cliniciens spécialisés, principalement pour le traitement des symptômes de sevrage sévères et compliqués en milieu hospitalier.

### **3.1.2.2. Prévention des rechutes**

En ce qui concerne la prévention des rechutes, il existe deux options de traitement qui ont reçu une indication de Santé Canada, soit la naltrexone et l'acamprosate. Par ailleurs, l'usage de ces molécules est aussi recommandé en première intention par la majorité des guides de pratique clinique retenus. Cependant, le statut de médicament d'exception de l'acamprosate et le processus administratif qui y est associé constituent des barrières importantes à l'usage de ce médicament en première intention étant donné les délais importants relatifs à l'accès à cette molécule que cela occasionne, de même que l'impossibilité de la prescrire dans le cadre d'une ordonnance collective.

Puisque l'approvisionnement en naltrexone et en acamprosate est parfois problématique, d'autres options de traitement sont couramment choisies pour prévenir les rechutes, bien qu'aucune de ces molécules ne soit encore homologuée à cette fin par Santé Canada. Ainsi, les plus récentes données cliniques sur l'efficacité et l'innocuité [INESSS, 2021a], bonifiées par les recommandations de bonne pratique clinique et la perspective des membres du comité consultatif, ont permis de déterminer que la gabapentine et le topiramate constituent des options de traitement valables pour la prévention des

rechutes. En effet, leur usage est recommandé par certains guides de pratique clinique. Et les résultats de la revue systématique ont démontré, avec un niveau de preuve global jugé de faible à modéré, une efficacité supérieure de ces molécules en comparaison avec un placebo ainsi que, pour le topiramate, une efficacité comparable ou supérieure à celle de la naltrexone. De ce fait, l'usage de la gabapentine et du topiramate est recommandé dans le guide d'usage optimal comme option de traitement appropriée pour la prévention des rechutes.

Dans le cadre de la revue de littérature, l'efficacité et l'innocuité du baclofène et d'autres anticonvulsivants ont été évaluées dans la perspective de la prévention des rechutes. Cependant, aucune de ces molécules n'a été retenue pour un usage en première ligne dans le guide d'usage optimal.

### **3.1.3. Quelles précautions devraient être prises lors du traitement?**

Lors des travaux, la triangulation des données scientifiques, des données contextuelles et des savoirs expérientiels des parties prenantes rappelle l'importance de mettre en application des mesures particulières, lors des traitements pharmacologiques associés au sevrage d'alcool et à la prévention des rechutes, afin de réduire le risque d'abus et de détournement qui peuvent survenir avec l'usage de certains médicaments, y inclus, notamment, les benzodiazépines, la gabapentine et le topiramate. Ainsi, un fractionnement des ordonnances qui sera combiné à une fréquence de service élevée à la pharmacie sont recommandés en cas d'usage de ces médicaments pour un sevrage d'alcool en milieu ambulatoire ou au début d'un traitement pour la prévention des rechutes. De plus, pour la prise en charge du sevrage en milieu ambulatoire, il est préférable d'amorcer le traitement selon la disponibilité du personnel traitant et de s'assurer qu'une personne pourra apporter son soutien à l'utilisateur durant le sevrage.

Lors du sevrage d'alcool, une évaluation fréquente et rigoureuse basée sur l'intensité des symptômes de sevrage est requise pour évaluer la réponse au traitement et en ajuster la dose de façon adéquate. Afin d'effectuer un suivi rigoureux des personnes traitées, l'utilisation d'outils d'évaluation validés, comme les échelles CIWA-Ar et CIWA-modifiée, est nécessaire. Lorsque l'état de la personne est stabilisé, une diminution progressive des doses de médicament devrait être faite, et ce, autant pour les benzodiazépines que pour la gabapentine.

Enfin, il est très important de rappeler que la prise en charge des personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool nécessite une approche multidisciplinaire, qui devrait inclure diverses interventions psychosociales. Ces interventions devraient être offertes dès la prise en charge initiale de ces personnes, sans toutefois qu'elles soient perçues comme conditionnelles au traitement pharmacologique. De plus, la prise en charge du trouble lié à l'usage d'alcool implique un continuum de soins qui comprend à la fois la prise en charge du sevrage et la prévention des rechutes, et ce, conformément aux objectifs de traitement de la personne.

## 3.2. Forces et limites de l'évaluation

Parmi les principales forces de ce rapport, la rigueur et la transparence de la méthode employée ainsi que le nombre et la diversité des sources d'information retenues sont des éléments qu'il est pertinent de mentionner. De plus, les recommandations des guides de pratique clinique, dont la qualité a été évaluée à partir d'une grille reconnue, sont généralement cohérentes par rapport aux données probantes obtenues des revues systématiques effectuées. Ensuite, pour appuyer les conclusions des revues systématiques, une évaluation critique des publications pertinentes a été réalisée et la qualité de la preuve scientifique a été évaluée selon des critères d'appréciation prédéfinis. À ces sources de données se sont ajoutés des éléments contextuels propres au Québec ainsi que l'opinion d'experts québécois représentant l'ensemble des professions qui exercent leurs activités dans le domaine du traitement pharmacologique du sevrage d'alcool et de la prévention des rechutes. Enfin, la triangulation des différentes sources de données, en compensant les biais inhérents à chacune d'elles, a permis l'élaboration de recommandations dont la fiabilité est ainsi accrue.

Cependant, certaines limites inhérentes aux données obtenues des guides de pratique clinique et des revues systématiques portant sur l'efficacité et l'innocuité des différentes molécules méritent d'être soulignées, et ce, bien que la majorité des études primaires retenues soient des études comparatives à répartition aléatoire. Il est tout d'abord pertinent de mentionner que très peu d'études ont été trouvées concernant la plupart des comparaisons recherchées. De plus, le niveau de sévérité du sevrage d'alcool était variable en fonction des études et des molécules administrées, et les sevrages étaient parfois pris en charge en milieu hospitalier et parfois en milieu ambulatoire, ce qui rend les résultats difficiles à généraliser. Pour les études primaires portant sur les traitements destinés à la prévention des rechutes, une grande hétérogénéité des paramètres de résultats, des échelles utilisées et de la sévérité du trouble lié à l'usage d'alcool a été observée. De plus, il est possible que la durée des traitements étudiés soit insuffisante pour détecter leurs effets bénéfiques ou indésirables pour la prévention des rechutes qui pourraient survenir à long terme. En ce qui a trait aux guides de pratique clinique, il est pertinent de mentionner que l'information recueillie provenait souvent d'une portion limitée des guides retenus, certains d'entre eux n'abordant que les principales complications du sevrage, sa prise en charge hospitalière ou la prise en charge de certaines populations particulières, que ce soit la femme enceinte ou les personnes de plus de 65 ans. Ensuite, puisque la majorité des guides ne sont pas des documents canadiens, certaines recommandations, notamment en ce qui concerne les options de traitement, pourraient ne pas être applicables directement au contexte de pratique québécois. Pour terminer, il est pertinent de noter que les interventions psychosociales n'ont pas fait l'objet du présent projet, limitant ainsi l'information disponible sur cet aspect important de la prise en charge du trouble lié à l'usage d'alcool. Selon les besoins exprimés par le réseau, l'INESSS pourrait envisager de produire ultérieurement des outils portant sur le volet psychosocial.

### 3.3. Impact clinique

La publication du guide d'usage optimal sur le sevrage d'alcool et la prévention des rechutes ainsi que de modèles d'ordonnances individuelles préimprimées et d'une feuille de suivi destinée à accompagner les personnes lors d'un sevrage en milieu ambulatoire devraient avoir une incidence significative sur la prise en charge des personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool, lesquelles sont fréquemment suivies en première ligne. Ces outils cliniques ont par ailleurs été élaborés conjointement avec trois protocoles médicaux nationaux, dont deux avec un modèle d'ordonnance collective associée, qui viennent compléter la gamme de produits qui permettront d'outiller les cliniciens de première ligne et de les épauler dans leur prise de décision [INESSS, 2021c; INESSS, 2021d; INESSS, 2021e]. De plus, les outils cliniques de l'Institut s'insèrent notamment dans l'orientation numéro 6 du Plan d'action interministériel en dépendance, qui propose des actions concrètes visant le développement et le soutien de l'expertise clinique des intervenants qui travaillent auprès d'usagers dont les comportements sont à risque ou qui répondent aux critères d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance.

À moyen et à long terme, les outils issus des présents travaux pourraient permettre une meilleure harmonisation des pratiques et d'améliorer l'équité d'accès à des services de soutien au sevrage et à la prévention des rechutes. En effet, il ressort d'un précédent rapport sur l'état des pratiques entourant la gestion du sevrage une certaine variabilité interrégionale, notamment en ce qui concerne les outils cliniques standardisés utilisés [INESSS, 2019]. Ainsi, un recensement effectué à l'aide d'entrevues auprès de répondants désignés (par exemple des intervenants et gestionnaires d'équipes spécialisées en dépendance) et portant sur les échelles standardisées utilisées pour évaluer l'état des personnes, y compris notamment le risque associé au sevrage et la sévérité des signes et symptômes du syndrome de sevrage, pourrait permettre de mesurer l'impact des outils produits dans le cadre des présents travaux en les comparant aux données précédemment obtenues de l'état des pratiques publié par l'Institut [INESSS, 2019]. De plus, il serait intéressant de suivre le nombre de personnes traitées pour un sevrage selon le milieu de soins pour déterminer si une proportion plus importante des sevrages non compliqués est prise en charge en milieu ambulatoire, ce qui pourrait indiquer une plus grande aisance des cliniciens de première ligne pour traiter ces cas. La proportion d'ordonnances de diazépam, de lorazépam ou de gabapentine pour le traitement des symptômes du sevrage d'alcool par rapport aux autres médicaments disponibles pour cette indication pourrait aussi permettre d'estimer la portée des recommandations sur le choix du diazépam et du lorazépam en comparaison avec d'autres benzodiazépines et de déterminer la place des anticonvulsivants dans la prise en charge des sevrages d'intensité de légère à modérée. Le nombre d'ordonnances de naltrexone, d'acamprosate, de gabapentine ou de topiramate à des fins de prévention des rechutes pourrait aussi être un indicateur intéressant de l'accès des personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool à un soutien pharmacologique favorisant l'atteinte de leurs objectifs de traitement. Il pourrait également être pertinent de déterminer le taux de personnes qui ont reçu une ordonnance pour la prévention des rechutes à la suite d'un traitement pour le sevrage d'alcool. Évidemment, ces différentes

mesures devraient être appréciées en tenant compte du fait qu'elles peuvent traduire des modifications relatives à l'offre de services, mais également des modifications concernant la prévalence de cette problématique de santé.

Enfin, l'ensemble des outils cliniques générés devrait pouvoir guider les cliniciens dans la prise en charge du trouble lié à l'usage d'alcool et favoriser un continuum de soins qui respecterait les objectifs de traitement des personnes.

### **3.4. Soutien à l'implantation**

Afin de faciliter l'adoption et l'utilisation de l'ensemble des outils découlant des présents travaux, ceux-ci feront l'objet d'un processus de diffusion établi par l'INESSS pour joindre l'ensemble des cliniciens de première ligne qui pourraient être appelés à prendre en charge des personnes qui présentent un trouble lié à l'usage d'alcool ou qui font un mésusage important d'alcool. L'institut sera également engagé dans certaines activités de transfert des connaissances, y compris, notamment, la présentation d'un webinaire qui permettra de faire un survol de l'utilisation du guide d'usage optimal au moyen de quelques cas cliniques ainsi que la présentation de ces outils lors de congrès pertinents, le cas échéant. Il sera toutefois important que les outils développés soient repris par les différentes organisations qui participent à la prise en charge de ces personnes ainsi que par les principaux programmes de formation sur le sujet afin d'en assurer la diffusion optimale.

## 4. RECOMMANDATIONS

Chacune des recommandations présentées ci-dessous a été élaborée en tenant compte des données issues de la littérature scientifique, des recommandations de bonne pratique clinique, de l'information contextuelle ainsi que des savoirs expérientiels obtenus principalement auprès des membres du comité consultatif.

### 4.1. Recommandations générales

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
<p>La prise en charge du TUA comprend à la fois le traitement du sevrage et celui visant à prévenir les rechutes, qui devraient, lorsqu'applicable, être offerts au même moment afin d'assurer un continuum de soins.</p>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC ou des monographies</b></p> <p>Il est fortement recommandé, lorsque possible, qu'un traitement pour le TUA soit débuté en concomitance ou à la suite du sevrage d'alcool [ASAM, 2020; Czarnik <i>et al.</i>, 2020; BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019]. Cependant, lorsqu'il est impossible d'amorcer un traitement pour le TUA en concomitance avec le traitement du sevrage, les cliniciens devraient offrir d'amorcer un traitement pharmacologique dès que l'état cognitif de la personne le permet [ASAM, 2020].</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Il est effectivement important de mentionner dans le GUO la nécessité du traitement de la prévention des rechutes à la sortie du milieu hospitalier, puisque la personne traitée retourne dans un milieu qui est à risque.</p> <p>Le traitement pour la prévention de la rechute n'est pas systématiquement offert à la suite du sevrage dans la pratique actuelle.</p> <p>Les objectifs de traitement du TUA (par exemple la prévention de la rechute ou l'abstinence) ne constituent pas des catégories rigides et devraient être envisagés comme un continuum de soins à la suite du sevrage.</p>
<p>Lors de l'évaluation initiale de la personne atteinte d'un TUA, les éléments suivants devraient être considérés pour évaluer le mésusage d'alcool ainsi</p>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
<p>que le risque de syndrome de sevrage et pour guider le choix d'un traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patron de consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Quantité, fréquence;</li> <li>○ Moment de la dernière consommation;</li> <li>○ Contexte et conséquences de la consommation;</li> </ul> </li> <li>• Facteurs de risque de complications liées au sevrage;</li> <li>• Antécédents et objectifs de traitement ainsi que préférences par rapport aux éléments du traitement;</li> <li>• Présence ou antécédents d'autres problèmes de santé physique ou mentale, y compris les signes de dépression ou les idées suicidaires;</li> <li>• Environnement social.</li> </ul>	<p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés pour le traitement du TUA</b></p> <p>Il est recommandé de s'assurer de déterminer, lors de l'évaluation initiale, le mésusage de l'alcool, la sévérité de la dépendance et la nécessité d'un traitement pour un sevrage [NICE, 2019; APA, 2018; SFA, 2015] en indiquant l'évaluation présente et passée de la consommation d'alcool et le mésusage d'autres substances ainsi qu'une mesure quantitative du comportement (faible preuve, recommandation) [NICE, 2019; APA, 2018]. Il est aussi important de s'assurer d'évaluer les possibilités de risques pour la personne, y compris le suicide et la négligence, ainsi que les risques qui pourraient menacer les autres. Selon la SFA, le repérage d'un mésusage doit aboutir à la recherche des complications du mésusage et la planification de l'intervention en fonction du niveau de sévérité [SFA, 2015]. La sévérité du mésusage de l'alcool peut être mesurée avec le compte du nombre de critères diagnostiques du trouble de l'usage (DSM-5), la consommation d'alcool moyenne par jour, le nombre moyen de jours de consommation excessive par mois (grade A, preuve scientifique établie). Le dépistage clinique et biologique et la prise en charge des complications somatiques ou psychiatriques du mésusage de l'alcool font partie de la prise en charge (grade A, preuve scientifique établie). La comorbidité psychiatrique doit être systématiquement recherchée [APA, 2018; SFA, 2015]. Elle aggrave la sévérité du mésusage de l'alcool et diminue sa sensibilité aux traitements. Une attention particulière doit être donnée à l'évaluation du risque</p>	<p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Il pourrait être pertinent d'identifier une consommation d'alcool menant à des comportements à risque ou néfastes pour l'individu ou son environnement. Il est donc important, lors d'une rencontre avec une personne, de s'informer du contexte et des comportements associés à sa consommation d'alcool.</p> <p>Puisqu'il est important de considérer le choix et les objectifs de la personne pour le choix du traitement, il est indiqué de s'en informer lors de l'évaluation initiale. Cependant, les antécédents de traitement sont plus importants que les objectifs de traitement. Les préférences peuvent s'appliquer autant à la psychothérapie qu'à la pharmacothérapie.</p> <p>Selon les membres du comité consultatif, le diagnostic du syndrome de sevrage d'alcool est effectivement fait à partir des critères du DMS-5 dans la pratique. Il est toutefois important d'évaluer la sévérité des symptômes du sevrage, les facteurs de risque de complication et les antécédents de sevrage ou de complications de ce dernier.</p> <p>La majorité des personnes prises en charge en milieu ambulatoire sont des personnes qui ont la volonté de diminuer ou de cesser leur consommation d'alcool. Selon les membres du comité consultatif, afin d'évaluer le risque associé au sevrage, la quantité d'alcool consommée, le patron de consommation et le moment de la dernière consommation sont des éléments qu'il</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>suicidaire (grade B, présomption scientifique). L'évaluation sociale tiendra compte de la qualité de l'entourage, du mode d'hébergement, de la situation professionnelle, de la situation financière et de la situation judiciaire. Lors de l'évaluation initiale, il est recommandé d'accepter l'objectif de consommation du sujet (grade B, présomption scientifique).</p> <p>Selon la CCSMPA, les personnes âgées devraient faire l'objet d'une évaluation de la quantité d'alcool consommée dans tous les milieux de soins (faible qualité de la preuve, recommandation forte) [CCSMPA, 2019].</p> <p>Pour les personnes qui présentent des signes et symptômes de sevrage, l'ASAM recommande de s'informer de la quantité, de la fréquence et du moment de la dernière consommation d'alcool pour déterminer si la personne présente ou est à risque de développer un syndrome de sevrage [ASAM, 2020]. Il peut être utile d'utiliser une échelle pour dépister le mésusage de l'alcool ou d'interroger les proches concernant un mésusage de l'alcool par la personne. Il peut aussi être utile d'effectuer un test biologique pour détecter une consommation récente si la personne est incapable de communiquer (un test positif ou négatif ne permet pas de confirmer ou d'éliminer la possibilité d'un syndrome de sevrage) [ASAM, 2020]. De l'information additionnelle peut être recherchée auprès des proches de la personne concernant les antécédents de syndrome de sevrage, de convulsions et de DT si approprié. L'information concernant le temps écoulé depuis la cessation ou la réduction de la consommation devrait être recherchée. La chronologie de l'apparition et de la gravité des symptômes aide à déterminer la fenêtre de risque de développer un</p>	<p>est très important de considérer lors de l'évaluation initiale de la personne prise en charge en milieu ambulatoire, et ce, surtout chez une personne asymptomatique.</p> <p>Afin de déterminer si un traitement pharmacologique pour le sevrage est indiqué, examiner l'histoire du patient (essais antérieurs, difficultés rencontrées, antécédents de sevrage ou de complications) et rechercher les risques de complications associées au sevrage.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>syndrome de sevrage grave ou compliqué. La recherche d'autres problèmes de santé mentale (passés et présents) pour en déterminer le besoin de traitement et l'évaluation du risque de suicide est aussi recommandée par l'ASAM.</p>	
<p>Le mésusage de l'alcool pourrait être évalué avec une échelle validée telle que l'AUDIT (<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>) ou l'outil de dépistage et d'évaluation du besoin d'aide concernant l'alcool (DEBA-Alcool). Cependant, le diagnostic du TUA est établi selon les critères du DSM-5.</p>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>L'utilisation d'outils validés pour aider à identifier les personnes avec ou à risque de développer un TUA ou un syndrome de sevrage est recommandée par quatre GPC [ASAM, 2020; Czarnik <i>et al.</i>, 2020; NICE, 2019; SFA, 2015].</p> <p>Toutes les personnes admises à l'hôpital devraient être évaluées pour les risques de sevrage d'alcool. Les outils AUDIT ou AUDIT-PC peuvent être utilisés à cette fin. Le questionnaire AUDIT et sa version simplifiée l'AUDIT-C sont les outils de référence pour le repérage du mésusage (avis d'experts [SFA, 2015]).</p> <p>Au cours de l'évaluation initiale, les éléments à rechercher en priorité sont ceux repris par les trois questions de l'AUDIT-C (grade B, présomption scientifique). La forme complète, en dix questions, du questionnaire AUDIT est utile pour préciser les</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>L'AUDIT permet d'évaluer, en plus de la quantité d'alcool consommée, les contextes et les conséquences de la consommation d'alcool. L'outil « Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide – Alcool » (DEBA-Alcool) est utilisé dans la pratique québécoise. Il a pour objectif de détecter et de déterminer le degré de sévérité de la consommation d'alcool [Tremblay <i>et al.</i>, 2016]. Cet outil, qui ressemble à l'AUDIT, sert notamment à étayer la consommation d'alcool, mais aussi à détecter les problèmes associés à cette consommation en mesurant le risque qu'elle soit problématique, et ce, par exemple, afin de guider l'orientation de la personne. L'utilisation de l'outil DEBA-Alcool est préconisée dans les services non spécialisés afin d'effectuer le dépistage et l'orientation des personnes atteintes d'un TUA.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>répercussions de la consommation d'alcool (grade B, présomption scientifique). En soins primaires, le questionnaire AUDIT-C peut être utilisé pour une rapide évaluation de la sévérité du mésusage.</p> <p>Pour les personnes présentant des signes et symptômes de sevrage et pour déterminer si la personne est à risque de développer un syndrome de sevrage d'alcool, il peut être utile d'utiliser une échelle pour dépister le mésusage de l'alcool telle que l'AUDIT-PC [ASAM, 2020].</p>	
<p>Le mésusage d'autres substances psychoactives pourrait être évalué avec l'outil ASSIST (<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>).</p>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Déterminer la présence d'un trouble lié à d'autres substances afin de se préparer à en traiter le sevrage, en utilisant l'échelle d'évaluation ASSIST ou en faisant un test de toxicologie [ASAM, 2020]</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>L'outil ASSIST pourrait être utile pour l'évaluation du mésusage d'autres substances psychoactives dans le but d'évaluer chez la personne un risque associé au sevrage des autres substances consommées.</p>
<p>Le début du traitement ne devrait pas être retardé si un sevrage d'alcool est suspecté et que les résultats des tests de laboratoire ne sont pas disponibles</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un test de dosage de la GGT (gamma-glutamyl transférase) pourrait parfois être considéré pour compléter l'évaluation de la consommation d'alcool.</li> <li>• Considérer un test de toxicologie urinaire uniquement en cas de forte suspicion de mésusage d'autres substances.</li> </ul>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Certains tests peuvent être commandés pour évaluer l'état de santé général, les comorbidités liées à l'alcool et d'autres conditions qui pourraient influencer sur la sélection de la pharmacothérapie [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2019].</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Pour le TUA, un bilan sanguin initial contenant les principaux éléments cités dans la recommandation pourrait être utile et orienter le choix du traitement pharmacologique pour la prévention de la rechute. Dans le cas où un TUA est suspecté, les résultats du bilan sanguin pourraient permettre au clinicien d'orienter la</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>Cependant, il est important de ne pas retarder le début du traitement si un syndrome de sevrage alcoolique est suspecté et que les résultats des tests de laboratoire ne sont pas disponibles [ASAM, 2020; BCCSU, 2019]. Des analyses de sang peuvent être considérées pour aider à préciser les besoins en matière de santé physique, mais ne pas utiliser de tests sanguins régulièrement pour reconnaître et diagnostiquer le TUA.</p> <p>Puisque les personnes avec un TUA ont fréquemment un trouble d'usage concomitant, l'ASAM et l'UMHS recommandent respectivement de considérer un sevrage à d'autres substances et d'identifier d'autres troubles d'usage pouvant coexister en utilisant notamment un test de toxicologie urinaire [ASAM, 2020; Czarnik <i>et al.</i>, 2020].</p> <p>La recherche d'une maladie alcoolique du foie est recommandée par la SFA et doit être décelée par des examens cliniques et biologiques (NFS, TP, AST, ALT, GGT) chez tout sujet présentant un mésusage de l'alcool, initialement puis au moins tous les ans lors d'un suivi ambulatoire (grade B, présomption scientifique) [SFA, 2015]. L'APA mentionne que la quantification de la GGT, en tant que marqueur indirect de dommage à un organe ou de dysfonctionnement physiologique résultant d'un usage important et chronique d'alcool, pourrait servir à augmenter la spécificité et la sensibilité d'autres marqueurs afin d'évaluer la consommation d'alcool chez certaines populations ou en cas de doute de la part du clinicien [APA, 2018].</p>	<p>personne vers des changements à sa consommation d'alcool, et ce, même si aucun traitement pharmacologique n'est envisagé.</p> <p>En ce qui concerne le test de GGT, qui est partiellement connu, il pourrait avoir une pertinence pour détecter une consommation d'alcool à long terme. Cependant, ce test est surtout pertinent lorsqu'il y a une discordance entre le résultat du test et ce qui est rapporté par la personne en termes de consommation d'alcool. Il permet d'appuyer l'impression diagnostique du clinicien. Les résultats du dosage de GGT sont très variables. Il existe plusieurs causes d'augmentation de la GGT pouvant modifier le tableau clinique et il y a peu de valeur ajoutée à ce test lorsque la consommation d'alcool est connue. Ce dosage pourrait donc être envisagé en appui au diagnostic en cas de doute sur la consommation de la personne.</p> <p>Le test de toxicologie urinaire, pour plusieurs raisons, ne devrait pas être effectué systématiquement, mais plutôt être réservé en cas de suspicion de codépendance. En effet, ces analyses détectent une grande quantité de molécules qui peuvent induire des résultats à la fois faux positifs et faux négatifs. De plus, les résultats obtenus ne sont pas quantitatifs et plusieurs molécules importantes n'y sont pas détectées [Moeller <i>et al.</i>, 2017]. Par ailleurs, ce test est assez coûteux et le niveau de contamination actuel de nombreuses drogues complique la liste des substances qui peuvent être détectées.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
		<p>En cas de suspicion de syndrome de sevrage alcoolique, ne pas retarder le début du traitement lorsque les résultats des tests de laboratoire ne sont pas disponibles, sauf lorsqu'il est jugé sécuritaire ou nécessaire d'obtenir un résultat avant de commencer un traitement.</p>

## 4.2. Recommandations relatives au sevrage d'alcool

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
<p>Des outils validés sont disponibles et devraient être utilisés lors de l'évaluation de l'état de la personne, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour évaluer le risque de complication du sevrage d'alcool : l'échelle PAWSS (<i>Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale</i>);</li> <li>• Pour évaluer la sévérité d'un syndrome de sevrage d'alcool actif : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'échelle CIWA-Ar (<i>Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised</i>) combinée à la mesure des signes vitaux, notamment la fréquence cardiaque;</li> <li>○ Ou l'échelle CIWA-modifiée lorsque le contexte des soins limite l'utilisation de l'échelle CIWA-Ar.</li> </ul> </li> <li>• Évaluer la présence d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke selon les critères de Caine.</li> </ul>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Pendant la gestion du syndrome de sevrage d'alcool, les signes et symptômes devraient être évalués à l'aide d'une échelle validée [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015].</p> <p>Les cliniciens devraient utiliser l'outil de prédiction PAWSS pour déterminer les risques de complications sévères d'un sevrage d'alcool chez les personnes atteintes d'un TUA de façon à sélectionner la voie de gestion du sevrage la plus appropriée [ASAM, 2020; BCCSU, 2019]. Son utilisation est aussi fortement recommandée pour évaluer les personnes âgées dont l'état requiert une prise en charge pour un sevrage d'alcool [CCSMPA, 2019].</p> <p>La majorité des GPC recommandent l'utilisation de l'échelle CIWA-Ar pour l'évaluation des signes et symptômes de sevrage et pour guider l'adaptation des doses de médicaments pendant le sevrage [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. L'échelle CIWA-Ar est considérée comme le meilleur outil pour l'évaluation de la sévérité des symptômes de sevrage, sa fiabilité et sa validité ayant été</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Afin d'évaluer les risques de complications du sevrage, l'échelle PAWSS est un outil intéressant qui est de plus en plus utilisé dans la pratique québécoise, notamment en région montréalaise, afin d'orienter les personnes qui ont un risque élevé de complications vers un milieu hospitalier.</p> <p>L'échelle CIWA-Ar est surtout utile pour évaluer une personne qui est déjà en sevrage, une situation plus fréquemment rencontrée en milieu hospitalier ou aux urgences qu'en milieu ambulatoire.</p> <p>En milieu hospitalier, une réévaluation fréquente de la personne et un ajustement de la posologie fait en fonction du score sur l'échelle CIWA-Ar sont possibles, contribuent à diminuer la durée du séjour et correspondent à une bonne pratique. Il n'est pas nécessaire d'indiquer tous les signes et symptômes de sevrage dans le GUO, mais puisque les signes vitaux, notamment la fréquence cardiaque et la pression sanguine, ne sont pas considérés dans l'échelle CIWA-Ar, il pourrait être pertinent de mentionner de les mesurer.</p> <p>Aux urgences, les personnes qui sont à risque de développer un syndrome de sevrage sont évaluées avec l'échelle CIWA-Ar. Cependant, pour effectuer le suivi des personnes lors de la</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>démonstrées par les différents évaluateurs [BCCSU, 2019]. Cependant, les échelles d'évaluation de la sévérité du sevrage comprenant le CIWA-Ar ne devraient pas être utilisées comme des outils de diagnostic [ASAM, 2020].</p> <p>L'échelle d'évaluation rapide (SAWS) qui est brève et facile d'utilisation et d'interprétation peut être utilisée pour l'évaluation de symptômes légers ou modérés de sevrage, seule ou en complément du CIWA-Ar, si la personne est en mesure de communiquer adéquatement [BCCSU, 2019].</p>	<p>gestion du syndrome de sevrage d'alcool en milieu hospitalier, et plus particulièrement à l'urgence et dans un contexte de pénurie de personnel, l'échelle CIWA-Ar est perçue comme trop lourde à utiliser. Pour cette raison, une échelle CIWA-Ar modifiée [Wojtecki <i>et al.</i>, 2004] est actuellement implantée dans plusieurs centres hospitaliers québécois.</p> <p>En milieu ambulatoire, la majorité de la clientèle correspond à des personnes qui ont un désir de diminuer ou de cesser leur consommation d'alcool. L'évaluation de la personne à l'aide d'une échelle telle que le CIWA-Ar lors d'une prise en charge ambulatoire n'est pas toujours réalisable, et ce, particulièrement en contexte de pandémie. Pour ces personnes, il faut plutôt estimer le risque de développer un syndrome de sevrage, ainsi que le risque de complications du sevrage.</p> <p>Les échelles CIWA-Ar ou CIWA-modifiée sont des échelles plus complètes que l'outil SAWS et leur utilisation est donc préférable lorsque possible. Cependant, cet outil (SAWS) pourrait être considéré lorsque l'utilisation des échelles CIWA-Ar ou CIWA-modifiée n'est pas possible, ce qui est parfois le cas en milieu ambulatoire ou encore en contexte pandémique.</p> <p>Il est pertinent d'évaluer, dans le cadre du sevrage d'alcool, la présence d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke en utilisant les critères de Caine. Parmi les facteurs de risque pour l'encéphalopathie de Wernicke, qui pourraient justifier l'utilisation de la voie parentérale, on trouve notamment une dénutrition, une perte de</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
		poids, une atteinte de l'état général, des troubles de la démarche, de la coordination ou des mouvements oculaires, des chutes à répétition et des troubles cognitifs.
<p>Le risque de complications associées au sevrage augmente avec la présence de plusieurs facteurs, qui représentent chacun un risque supplémentaire. En complément à l'évaluation initiale de l'état de la personne, les principaux facteurs de risque de complications liées au sevrage devraient donc être recherchés.</p>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Il est recommandé par le NICE et l'ASAM d'évaluer les facteurs de risque de complications du sevrage d'alcool [ASAM, 2020; NICE, 2017].</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>La présence de symptômes de sevrage modérés ou graves lors de la présentation est effectivement un élément qu'il est important de considérer. Il est important aussi de souligner que les personnes qui présentent un CIWA-Ar supérieur à 8 doivent recevoir un traitement pharmacologique. D'ailleurs, la présence de convulsions ou d'hallucinations pendant un sevrage suggère un syndrome de sevrage sévère.</p> <p>La présence de complications antérieures dues à un sevrage d'alcool est aussi un facteur de risque. En effet, une personne qui a déjà fait des convulsions dues à un sevrage alcoolique dans le passé est plus à risque de refaire des convulsions lors du sevrage actuel, et ce, peu importe le temps écoulé depuis les complications antérieures. Les convulsions surviennent généralement de façon plus fréquente que le DT. Les hallucinations ne font pas partie des complications de sevrage, mais il serait pertinent de rappeler aux cliniciens que leur présence antérieure représente un facteur de risque de complication du sevrage.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
		<p>Un mésusage d'alcool sévère et prolongé pourrait être un indicateur. Cependant, le risque de complications dépendra davantage du nombre d'épisodes de sevrage antérieurs, surtout s'ils sont rapprochés dans le temps, que de la sévérité du TUA. Par un effet cumulatif, des complications pourraient apparaître après un certain nombre de sevrages.</p>
<p>Un traitement pharmacologique pour le sevrage : Doit être administré en présence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'un syndrome de sevrage actif de modéré à sévère (score CIWA-Ar <math>\geq 8</math> ou CIWA-modifiée <math>\geq 7</math>); <b>OU</b></li> <li>• D'un risque élevé de complications liées au sevrage (score PAWSS <math>\geq 4</math>).</li> </ul> <p>/Devrait être considéré en présence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'un faible risque de complications liées au sevrage (score PAWSS <math>&lt; 4</math>); <b>ET</b></li> <li>• D'un syndrome de sevrage actif léger (score CIWA-Ar <math>&lt; 8</math> ou CIWA-modifiée <math>&lt; 7</math>); <b>OU</b></li> <li>• D'un risque de développer un syndrome de sevrage à l'arrêt ou à la réduction de la consommation.</li> </ul>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>De façon générale, le NICE recommande d'offrir un traitement pharmacologique pour traiter les symptômes d'un syndrome de sevrage aigu [NICE, 2019].</p> <p>Les personnes éprouvant un syndrome de sevrage d'alcool sévère non compliqué (score CIWA-Ar <math>\geq 19</math>) devraient immédiatement recevoir des médicaments pour traiter le sevrage et réduire le risque de convulsions et de délirium [ASAM, 2020].</p> <p>Les personnes qui éprouvent un syndrome de sevrage d'alcool modéré (score CIWA-Ar entre 10 à 18) devraient recevoir une pharmacothérapie [ASAM, 2020].</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Pour les personnes qui présentent un sevrage de modéré à sévère ou qui ont un risque élevé de complications, un traitement pharmacologique doit être administré. Un score d'au moins 8 sur l'échelle CIWA-Ar est raisonnable pour qualifier un sevrage de modéré à sévère et l'équivalence sur l'échelle CIWA-modifiée serait un score de 7.</p> <p>Un traitement pharmacologique devrait être considéré pour les sevrages légers ainsi que chez les personnes qui ont la volonté de cesser de consommer et présentent un faible risque syndrome de sevrage ou de complications liées au sevrage.</p> <p>Des catégories rigides de personnes sont difficiles à définir, mais de façon générale, il est favorable d'amorcer un traitement</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>Les personnes à risque de développer un syndrome de sevrage d'alcool sévère ou compliqué devraient recevoir un traitement pharmacologique [ASAM, 2020]. De façon similaire, les personnes à haut risque de complications sévères de sevrage (PAWSS &gt; 4) devraient être orientées vers le milieu hospitalier où elles peuvent recevoir un traitement supervisé [BCCSU, 2019].</p> <p>Selon l'ASAM, les personnes qui éprouvent un syndrome de sevrage d'alcool léger (score CIWA-Ar &lt;10) et qui ont un risque minimal de développer un syndrome de sevrage alcoolique sévère ou compliqué ou des complications du sevrage alcoolique peuvent recevoir une pharmacothérapie. En milieu hospitalier, seulement des soins de soutien peuvent être donnés. Les cliniciens devraient considérer la prescription de traitements pour la gestion ambulatoire des personnes à faible risque de complications sévères du sevrage (recommandation forte) [ASAM, 2020]. Les personnes à risque de développer des symptômes de sevrage ou de voir leurs symptômes de sevrage s'aggraver lors d'une prise en charge ambulatoire devraient recevoir un traitement pharmacologique [ASAM, 2020]. Selon la SFA, dans la majorité des cas, le sevrage ne requiert pas de traitement pharmacologique (grade B, présomption scientifique), à condition de réaliser des évaluations cliniques soigneuses au préalable puis de façon régulière. Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, un traitement préventif doit être appliqué de manière systématique [SFA, 2015].</p>	<p>pharmacologique du sevrage afin d'aider les personnes à arrêter de consommer. L'absence de traitement pharmacologique pour le sevrage pourrait entraîner une situation d'échec ou de difficulté importante chez certaines personnes.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>Les personnes qui doivent subir une intervention chirurgicale non urgente et qui sont à risque de développer un syndrome de sevrage d'alcool devraient être traitées avant la chirurgie afin de réduire les risques de complications postchirurgicales [ASAM, 2020; Czarnik <i>et al.</i>, 2020; CCSMPA, 2019].</p>	
<p>Une prise en charge en milieu ambulatoire devrait être considérée en présence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'un faible risque de complications liées au sevrage (score PAWSS &lt; 4); <b>ET</b></li> <li>• D'un syndrome de sevrage actif léger (score CIWA-Ar &lt; 8 ou CIWA-modifiée &lt; 7); <b>OU</b></li> <li>• D'un risque de développer un syndrome de sevrage à l'arrêt ou à la réduction de la consommation.</li> </ul> <p>En milieu ambulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un fractionnement de doses ainsi qu'une fréquence élevée de service à la pharmacie devraient être envisagés, et ce, autant pour les benzodiazépines que pour la gabapentine, afin d'en surveiller l'usage (limiter le potentiel d'abus et le risque de surdose ou de détournement) et d'assurer un meilleur suivi des personnes traitées;</li> <li>• Afin de permettre un suivi adéquat, amorcer le traitement selon la disponibilité du personnel traitant et s'assurer de la disponibilité d'une personne affectée au soutien pendant la durée du sevrage.</li> </ul>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Selon le guide de l'ASAM, les personnes montrant des signes et symptômes légers de sevrage d'alcool tels que de l'anxiété, de la sudation et de l'insomnie modérées, mais sans tremblements (généralement associés à un score CIWA-Ar inférieur à 10) peuvent être prises en charge en milieu ambulatoire. Afin de diriger une personne qui se présente à l'urgence vers une prise en charge ambulatoire, l'ASAM mentionne une série d'indicateurs qui devraient être présents, y compris, notamment un sevrage modéré (score CIWA-Ar entre 10 et 18) sans facteur de risque de complications, une absence d'intoxication à l'alcool ou à d'autres substances, une absence d'antécédents de sevrage compliqué, une absence de comorbidités médicales ou psychiatriques qui pourraient compliquer la gestion du sevrage ainsi qu'une capacité à se conformer à la thérapie et aux visites ambulatoires. Selon l'avis des experts qui ont rédigé le GPC de la SFA, en dehors des</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Il serait utile, dans le GUO, de différencier les deux types de prise en charge (ambulatoire et hospitalière), car ce sont deux situations cliniques très différentes qui nécessitent des approches différentes.</p> <p>Le comité est en accord avec les recommandations de l'ASAM et du BCCSU selon lesquelles une prise en charge en milieu ambulatoire pourrait être considérée en présence d'un syndrome de sevrage léger et d'un faible de risque de complications. Le syndrome de sevrage léger correspond à un score inférieur à 8 sur l'échelle CIWA-Ar ou à 7 sur l'échelle CIWA-modifiée</p> <p>Pour une personne qui souhaite cesser de consommer, la détermination du milieu de soins le plus approprié devrait être effectuée en fonction du niveau de risque de complications du sevrage, des molécules les plus indiquées (traitement pour la prévention des rechutes ou traitement du sevrage) et le jugement clinique est nécessaire pour évaluer lorsqu'une surveillance</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>indications de sevrage résidentiel, comprenant, notamment, ceux mentionnés par l'ASAM, le sevrage en milieu ambulatoire est à privilégier [SFA, 2015]. Selon une recommandation forte du BCCSU, les personnes avec un faible risque de complications sévères de sevrage d'alcool (score sur l'échelle PAWSS inférieur à 4) et qui ne présentent aucune condition concomitante nécessitant une prise en charge hospitalière devraient se voir offrir une gestion du sevrage en milieu ambulatoire [BCCSU, 2019]. Cependant, il est précisé dans ce GPC que la prise en charge en milieu ambulatoire des personnes à haut risque de complications n'est pas conseillée. Selon le GPC de l'ASAM, les personnes éprouvant un syndrome de sevrage d'alcool sévère (score CIWA-Ar supérieur ou égal à 19), mais non compliqué, peuvent même être traitées en milieu ambulatoire, (niveau 2-WM, milieu externe avec supervision intensive effectuée sur place), et ce, à la discrétion des cliniciens qui ont une expérience exhaustive dans la gestion du sevrage d'alcool.</p> <p>Lors d'un sevrage ambulatoire, les guides de l'ASAM et du NICE recommandent d'éviter de donner aux personnes de grandes quantités de médicaments à rapporter à la maison pour limiter le risque de surdose ou le détournement [ASAM, 2020; NICE, 2019]. Il est effectivement recommandé de dispenser la médication ou d'en prescrire la quantité minimale nécessaire compte tenu du niveau de stabilité de la personne et du moment de sa prochaine visite en personne à la clinique. Il peut aussi être considéré de donner la médication dans des formats favorisant la</p>	<p>étroite et adaptée aux conditions de la personne est disponible ou non.</p> <p>Le potentiel d'abus de certaines molécules est effectivement un élément qu'il est important de considérer. Les benzodiazépines ainsi que la gabapentine sont susceptibles de détournement, bien que l'abus de gabapentine soit peut-être plus prévalent en prison, puisqu'une grande quantité d'autres substances est déjà disponibles sur la rue. La valeur de la gabapentine sur le marché noir est moindre que celle des benzodiazépines (moins de revente), et d'un point de vue toxicologique, la gabapentine induit des surdoses et des syndromes de sevrage moins dangereux que les benzodiazépines.</p> <p>Des mesures de mitigation pour éviter le détournement devraient être considérées. Le contrôle des quantités de médicaments remises afin de surveiller l'usage et d'assurer un meilleur suivi des personnes est important. Le fractionnement des doses et un service fréquent à la pharmacie devraient être envisagés.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>compliance afin de réduire ces risques [BCCSU, 2019]. Bien que ces recommandations s'appliquent principalement aux benzodiazépines, selon le GPC du VA/DoD, la gabapentine ayant un potentiel d'abus, il est aussi recommandé d'en surveiller les quantités prescrites et les patrons d'usage [VA/DoD, 2015]. Selon l'ASAM, la prescription de médicaments pour un sevrage en milieu ambulatoire requiert préalablement une évaluation adéquate de la personne. Par ailleurs, il est souligné par l'ASAM et le NICE que les médicaments doivent idéalement être supervisés par un soignant à domicile ou par le personnel d'un centre de gestion du sevrage non médical [ASAM, 2020; NICE, 2019].</p>	
<p>En milieu hospitalier :</p> <p>Lorsque possible, un schéma posologique en fonction des symptômes devrait être favorisé pour les benzodiazépines.</p> <p>L'administration de doses décroissantes de benzodiazépines, selon un horaire fixe, pourrait toutefois être considérée, notamment dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsqu'une surveillance étroite et adaptée à la condition de la personne n'est pas possible,</li> <li>• Pour les personnes qui prennent déjà quotidiennement des benzodiazépines,</li> <li>• En présence d'une comorbidité psychiatrique instable ou d'une dépendance concomitante,</li> <li>• En présence d'antécédents de sevrage avec complications (delirium tremens, convulsions liées à un sevrage).</li> </ul>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>L'utilisation de l'une ou l'autre des stratégies suivantes est recommandée par le VA/DoD : un régime posologique à doses décroissantes selon un horaire fixe avec des doses additionnelles au besoin ou un régime posologique selon les symptômes (recommandation forte) [VA/DoD, 2015]. Cependant, de façon générale, selon l'ASAM, le régime posologique selon les symptômes est préférable pour l'administration des benzodiazépines. Le régime posologique avec des doses décroissantes selon un horaire fixe et des doses additionnelles au besoin peut être approprié pour l'administration des</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>L'administration de benzodiazépines en doses décroissantes selon un horaire fixe mène à une plus grande consommation de médicaments, une plus grande sédation, plus d'effets indésirables et coûte plus cher. Il est plus profitable pour la personne d'être réévaluée fréquemment que de recevoir des doses décroissantes selon un horaire fixe de benzodiazépines. De plus, avec ce schéma de traitement, il existe un risque que la médication ne soit pas efficace (doses trop fortes ou trop faibles) et que la personne ne soit pas réévaluée.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>benzodiazépines si le régime selon les symptômes ne peut pas être utilisé. Il est précisé par la SFA que l'ordonnance personnalisée adaptée aux symptômes s'applique davantage aux soins en milieu résidentiel. Elle n'est pas souhaitable pour des personnes qui ont des difficultés à communiquer, des antécédents de convulsions, une comorbidité psychiatrique instable ou une dépendance associée (grade B, présomption scientifique) [SFA, 2015].</p> <p>Selon 5 GPC, en milieu hospitalier ou lors d'un sevrage en milieu ambulatoire ou résidentiel sous supervision continue (niveau-2WM), il est recommandé d'utiliser un régime posologique en fonction des symptômes si le personnel est bien formé et que les ressources sont suffisantes pour effectuer une réévaluation fréquente de la personne [ASAM, 2020; Czarnik <i>et al.</i>, 2020; NICE, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015]. En milieu hospitalier, ce régime devrait être basé sur une échelle évaluant l'excitation du SNC, l'hyperactivité adrénergique et le délirium [Czarnik <i>et al.</i>, 2020]. Un régime posologique avec des doses décroissantes selon un horaire fixe pourrait toutefois être utilisé [ASAM, 2020; NICE, 2019].</p> <p>Pour une prise en charge en milieu ambulatoire sans observation continue (niveau 1-WM), le régime posologique selon les symptômes est approprié si les personnes ou leur soignant peuvent évaluer de façon fiable les signes et symptômes avec une échelle de sévérité et suivre les doses recommandées [ASAM, 2020]. Toutefois, le régime posologique avec des doses décroissantes selon un horaire fixe et des doses additionnelles au besoin est approprié lorsque</p>	<p>En accord avec les GPC, les deux types de schémas posologiques peuvent être administrés dans les deux types de milieu (interne et externe) et le jugement clinique est nécessaire pour évaluer lorsqu'une surveillance étroite et adaptée aux conditions de la personne est disponible ou non.</p> <p>Tel que recommandé par l'ASAM, le schéma posologique selon les symptômes est préférable. Ce schéma est d'ailleurs privilégié aux urgences et en CRD s'il est applicable. Cependant, pour certaines conditions, l'administration de doses décroissantes selon un horaire fixe pourrait toutefois être considérée. Ces situations incluent notamment, comme mentionné par l'ASAM et le NICE, lorsqu'une surveillance étroite et adaptée à la condition de la personne n'est pas possible, y compris lorsque le personnel n'est pas suffisamment formé. Pour les personnes qui prennent déjà des benzodiazépines de façon quotidienne, ainsi que pour les personnes qui ont une atteinte hépatique sévère, un schéma d'administration de benzodiazépines en doses décroissantes selon un horaire fixe pourrait être considéré. En accord avec la SFA, l'usage de benzodiazépines en doses décroissantes selon un horaire fixe ainsi que des doses additionnelles au besoin pourrait aussi être considéré en présence d'antécédents de sevrage compliqué (DT, convulsions liées à un sevrage), bien que cette condition puisse aussi être gérée par une administration en fonction des symptômes dans certaines unités spécialisées. Aussi en accord avec la SFA, des doses décroissantes de benzodiazépines administrées selon un horaire</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>ces conditions ne sont pas remplies. Selon le NICE, il est plutôt recommandé d'utiliser des doses décroissantes selon un horaire fixe lors d'un sevrage ambulatoire dans un programme communautaire [NICE, 2019].</p>	<p>fixe pourraient aussi être considérées en présence d'une comorbidité psychiatrique instable ou d'une dépendance concomitante. En milieu ambulatoire non résidentiel, bien que le schéma posologique selon les symptômes puisse être utilisé, notamment dans certains CRD, il est difficile de préciser à la personne les doses qui doivent être prises au besoin. L'évaluation de la personne à l'aide d'une échelle telle que le CIWA-Ar n'étant pas toujours réalisable, et ce, particulièrement en contexte de pandémie, il est important de s'assurer d'avoir un accès rapide au médecin si la personne n'est pas à l'aise avec la médication prescrite afin d'ajuster les doses lorsque ce schéma posologique est utilisé. Pour les cliniciens qui ne seraient pas habitués à la gestion du sevrage selon les symptômes, il pourrait toutefois être préférable de prescrire des doses régulières décroissantes selon un horaire fixe en milieu ambulatoire.</p>
<p>En présence d'un syndrome de sevrage d'alcool de léger à modéré et d'un faible risque de complications ou d'un faible risque de développer un syndrome de sevrage, une benzodiazépine (diazépam et lorazépam) ou la gabapentine devraient être utilisées.</p> <p>En présence d'un syndrome de sevrage d'alcool sévère, ou d'un risque élevé de développer un syndrome de sevrage sévère ou de complications, une benzodiazépine (diazépam et lorazépam) devrait être utilisée.</p> <p>Le phénobarbital constitue une option de traitement valable du syndrome de sevrage sévère et compliqué et est parfois prescrit à cette fin. Son</p>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p><u><i>Efficacité et innocuité de la gabapentine en comparaison avec les benzodiazépines</i></u></p> <p><i>Concernant l'efficacité de la gabapentine pour le traitement du sevrage d'alcool de léger à modéré chez l'adulte :</i></p> <p>L'amélioration du score CIWA-Ar est similaire chez les personnes traitées par la gabapentine et celles traitées par des benzodiazépines (lorazépam et chlordiazépoxyde). La gabapentine utilisée à des doses quotidiennes supérieures ou égales à 1 200 mg semble toutefois produire une diminution plus importante du score de CIWA-Ar</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>Pour le traitement du sevrage d'alcool, trois benzodiazépines ont une indication reconnue par Santé Canada, soit le chlorazépate, le diazépam et l'oxazépam.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Les benzodiazépines sont parmi les meilleures options de traitement pour le sevrage d'alcool et permettent effectivement de prévenir les complications du sevrage.</p> <p>Des molécules différentes pourraient être recommandées en fonction de la personne à</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
<p>usage devrait toutefois être réservé à un prescripteur expérimenté qui exerce en milieu hospitalier.</p>	<p>que les benzodiazépines (lorazépam). Niveau de preuve modéré</p> <p>L'envie et la probabilité de consommer de l'alcool sont similaires chez les personnes traitées par la gabapentine et celles traitées par des benzodiazépines (lorazépam et chlordiazépoxyde). Niveau de preuve modéré</p> <p>Il n'y a pas de différence significative entre la gabapentine et le lorazépam quant au score de sévérité ou d'amélioration de l'échelle d'impression clinique globale (CGI) en milieu interne. Niveau de preuve faible</p> <p>L'apparition de complications liées au sevrage d'alcool (crises convulsives, delirium tremens) est similaire chez les personnes traitées par des doses quotidiennes supérieures ou égales à 900 mg de gabapentine et celles traitées par des benzodiazépines (lorazépam et chlordiazépoxyde). Niveau de preuve faible</p> <p>Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la gabapentine et les benzodiazépines (identité des benzodiazépines non spécifiée) pour la durée moyenne d'hospitalisation et le taux de transferts en unité de soins intensifs. Niveau de preuve faible</p> <p>Une diminution statistiquement significative du niveau d'anxiété est observée pendant le traitement dans le groupe traité par la gabapentine comparativement à celui traité par le lorazépam, alors qu'en post-traitement (suivi de 8 jours), cette différence est statistiquement significative seulement avec une dose</p>	<p>traiter et du milieu de soins requis pour la gestion du sevrage. Le choix de la médication dépend aussi de l'expérience antérieure de la personne et du risque anticipé de développer un syndrome de sevrage.</p> <p>Il existe de nombreux enjeux d'applicabilité entourant l'usage de la carbamazépine, notamment en ce qui concerne les interactions médicamenteuses, la nécessité d'une surveillance pharmacologique soutenue, un potentiel toxicologique élevé lors d'une prise erratique ainsi que des enjeux d'innocuité liés aux populations telles que les personnes âgées.</p> <p>Bien que la clonidine puisse être utilisée pour des sevrages conjoints à l'alcool et aux opioïdes, son usage n'est pas nécessaire pour le sevrage d'alcool si les benzodiazépines sont bien utilisées.</p> <p>L'usage de l'acide valproïque pour le traitement pharmacologique du sevrage d'alcool n'est pas approprié étant donné le manque de données probantes pour cette molécule.</p> <p>Le phénobarbital est prescrit à l'occasion pour certains sevrages d'alcool, notamment dans les cas sévères ou compliqués. Son usage devrait toutefois être réservé à un prescripteur expérimenté exerçant en milieu hospitalier à cause de son index thérapeutique étroit et des effets secondaires de cette molécule.</p> <p>Pour les sevrages de légers à modérés ou à faible risque de complications, la gabapentine est à privilégier, surtout si on envisage de poursuivre son usage pour la prévention de la rechute.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>quotidienne de gabapentine de 1 200 mg. Niveau de preuve faible</p> <p>Il n'y a aucune différence statistiquement significative entre la gabapentine et le lorazépam relativement à l'inconfort des personnes traitées. Niveau de preuve faible.</p> <p>Une amélioration statistiquement significative de la capacité de travail est observée 8 jours après la fin du traitement dans le groupe traité par une dose quotidienne de 1 200 mg de gabapentine comparativement à celui traité par le lorazépam. Niveau de preuve faible</p> <p>La qualité du sommeil est similaire chez les personnes traitées par la gabapentine et celles traitées par le lorazépam, sauf chez les personnes ayant eu de multiples sevrages antérieurs, dans les 8 jours post-traitement, où la qualité du sommeil est significativement plus élevée chez celles traitées par la gabapentine. Niveau de preuve faible</p> <p>L'état dépressif est similaire chez les personnes traitées par la gabapentine et celles traitées par le lorazépam pendant le traitement du sevrage ainsi que dans les 8 jours post-traitement. Niveau de preuve faible</p> <p><i>Concernant l'innocuité de la gabapentine pour le traitement du sevrage d'alcool de léger à modéré chez l'adulte :</i></p> <p>Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre la gabapentine et les benzodiazépines (lorazépam et chlordiazépoxyde) concernant les taux d'effets indésirables graves et la proportion de participants ayant cessé leur</p>	<p>Plusieurs médecins sont cependant habitués à l'usage des benzodiazépines et sont moins à l'aise avec la gabapentine. Dans la pratique, lors du sevrage ambulatoire, la gabapentine et les benzodiazépines sont souvent prescrites. La gabapentine est associée à moins de symptômes de sevrage sévères, notamment de convulsions, lorsque le traitement est arrêté abruptement pendant le sevrage, en comparaison avec les benzodiazépines. Les benzodiazépines et la gabapentine demeurent donc des choix appropriés et peuvent être prescrites en considérant le choix de la personne et du clinicien.</p> <p>Pour la gestion du sevrage sévère, les benzodiazépines restent les molécules de choix. La gabapentine et la carbamazépine ne devraient pas faire partie des choix de traitement pour les sevrages sévères, puisqu'il existe peu d'études qui portent sur les sevrages sévères traités avec ces molécules.</p> <p>En cas de risque élevé de développer un syndrome de sevrage d'alcool sévère ou des complications liées au sevrage, il est important d'amorcer un traitement rapidement afin d'éviter qu'un sevrage ne s'installe ou ne se détériore et de diriger rapidement la personne vers un milieu hospitalier.</p> <p>Le chlorazépate est très peu utilisé dans la pratique et le chlordiazépoxyde n'est plus disponible en milieu hospitalier à l'heure actuelle.</p> <p>L'usage de l'oxazépam est généralement réservé pour les personnes qui ont des problèmes hépatiques sévères, qui sont normalement</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>traitement à cause d'effets indésirables. Niveau de preuve modéré</p> <p>Les taux d'effets indésirables globaux sont similaires pour la gabapentine et les benzodiazépines (lorazépam et chlordiazépoxyde). Niveau de preuve modéré</p> <p>Le niveau de somnolence diurne ou de sédation est similaire ou plus faible dans le groupe traité par la gabapentine comparativement au groupe traité par une benzodiazépine (lorazépam ou chlordiazépoxyde). Niveau de preuve modéré</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p><u>Benzodiazépines</u></p> <p>Étant donné l'efficacité bien documentée des benzodiazépines pour la réduction des signes et symptômes de sevrage ainsi que pour la prévention des complications telles que les convulsions et le délirium, tous les GPC retenus portant sur le sevrage d'alcool en recommandent l'usage, et ce, peu importe l'intensité du sevrage [ASAM, 2020; Czarnik <i>et al.</i>, 2020; BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. Pour ces raisons, la majorité de ces GPC précisent que les benzodiazépines restent le traitement médical de première intention du syndrome de sevrage d'alcool [Czarnik <i>et al.</i>, 2020; CCSMPA, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015].</p>	<p>orientées vers des centres spécialisés. Pour les personnes atteintes d'une insuffisance hépatique sévère, le lorazépam, voire le diazépam, sont parfois utilisés dans la pratique. En milieu ambulatoire, pour une clientèle de première ligne, l'oxazépam ne devrait pas faire partie des options de traitement, puisque cette molécule crée une forte dépendance.</p> <p>Les benzodiazépines telles que le diazépam ou le lorazépam sont privilégiées lors d'un sevrage en milieu ambulatoire car le sevrage est plus doux et présente moins de pics de dosage. Ces deux molécules sont les plus utilisées en ce moment au Québec, puisqu'elles peuvent être administrées par plusieurs voies (PO, IV) et rendent ainsi le traitement plus facile pour les personnes hospitalisées qui ne peuvent pas manger ou qui ont du mal à s'alimenter. Le choix de l'une ou l'autre de ces benzodiazépines dépendra du clinicien, mais il est à noter que le lorazépam présente l'avantage de pouvoir être administré de façon sublinguale, ce qui peut être pratique pour une personne qui ne mange pas beaucoup, par exemple, lors d'un sevrage en milieu ambulatoire. Pour les personnes âgées, le lorazépam est une option appropriée, avec une durée d'action intermédiaire et un métabolisme indépendant des cytochromes.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>Le choix des benzodiazépines varie d'un guide à l'autre. Bien qu'aucune benzodiazépine particulière ne soit plus efficace qu'une autre, le lorazépam [ASAM, 2020; Czarnik <i>et al.</i>, 2020], le chlordiazépoxyde et le diazépam [ASAM, 2020; NICE, 2019] sont les benzodiazépines les plus souvent recommandées dans les documents retenus. La SFA et l'ASAM précisent toutefois que les molécules à demi-vie longue sont à privilégier pour le sevrage d'alcool, puisqu'il en résulte un traitement plus doux et un plus grand contrôle des signes et symptômes du sevrage [ASAM, 2020; SFA, 2015]. Seulement trois benzodiazépines sont indiquées par Santé Canada pour le traitement du sevrage d'alcool, soit le chlorazépate, l'oxazépam et le diazépam. Par ailleurs, l'UMHS précise que le lorazépam est la benzodiazépine de choix pour la gestion du sevrage d'alcool étant donné l'absence d'oxydation hépatique et la production de peu de métabolites actifs [Czarnik <i>et al.</i>, 2020]. L'usage du lorazépam n'est pas indiqué par Santé Canada pour le traitement du sevrage d'alcool. Chez les personnes âgées, selon la CCSMPA, il est préférable d'utiliser une benzodiazépine à courte action comme le lorazépam [CCSMPA, 2019]. Le recours à des benzodiazépines d'action plus brève telles que l'oxazépam ou le lorazépam est aussi recommandé par plusieurs autres GPC chez les personnes âgées [Czarnik <i>et al.</i>, 2020; NICE, 2017; SFA, 2015].</p> <p><u>Autres options de traitement</u></p> <p>Pour les personnes à risque de développer un syndrome de sevrage, la gabapentine et la carbamazépine sont recommandées en</p>	

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>prophylaxie comme options de traitement par l'ASAM, au même titre que benzodiazépines [ASAM, 2020]. Selon l'ASAM, en milieu ambulatoire, il est préférable d'éviter d'utiliser des benzodiazépines chez les personnes qui ont des antécédents d'effets indésirables, même légers, avec l'usage de benzodiazépines, car une intervention médicale rapide n'est généralement pas possible [ASAM, 2020]. Par ailleurs, le BCCSU recommande fortement aux cliniciens de considérer la prescription de traitements non benzodiazépines comme la gabapentine, la carbamazépine ou la clonidine pour la gestion en milieu ambulatoire des soins aux personnes à faible risque de complications du sevrage [BCCSU, 2019]. De façon similaire, pour les personnes qui présentent un syndrome de sevrage d'alcool léger (score CIWA-Ar inférieur à 10) et un risque minimal de développer des complications liées au sevrage, l'ASAM considère que la gabapentine et la carbamazépine sont des options appropriées lors d'un sevrage en milieu ambulatoire [ASAM, 2020]. Toutefois, pour les syndromes de sevrage légers effectués en milieu hospitalier, et pour les syndromes de sevrage légers avec risque d'aggravation des symptômes effectués en milieu ambulatoire, l'ASAM recommande autant l'usage des benzodiazépines que de la gabapentine et de la carbamazépine.</p> <p>Pour les personnes qui présentent un syndrome de sevrage d'alcool modéré (score CIWA-Ar entre 10 à 18), l'ASAM précise que la gabapentine et la carbamazépine sont des options de traitement appropriées, bien que les benzodiazépines soient l'option de traitement de première intention</p>	

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>[ASAM, 2020; VA/DoD, 2015]. L'ASAM précise également que la gabapentine est un choix favorable pour traiter le sevrage d'alcool lorsqu'un clinicien envisage également son usage pour le traitement d'un TUA [ASAM, 2020].</p> <p>Lorsque les risques associés aux benzodiazépines (absence d'observation adéquate, possibilité d'abus, etc.) surpassent les avantages ou en cas de contre-indications aux benzodiazépines, il est suggéré par les GPC du VA/DoD et de l'ASAM de considérer la carbamazépine et la gabapentine pour le traitement d'un syndrome de sevrage d'alcool de léger à modéré [ASAM, 2020; VA/DoD, 2015]. En cas de contre-indication aux benzodiazépines, le VA/DoD considère aussi l'usage de l'acide valproïque comme approprié. Selon l'ASAM, le phénobarbital peut être utilisé pour les sevrages de légers à modérés effectués en milieu ambulatoire 2-WM ou en milieu hospitalier par les cliniciens expérimentés [ASAM, 2020; VA/DoD, 2015]</p> <p>Pour les personnes qui présentent un syndrome de sevrage d'alcool sévère non compliqué (score CIWA-Ar supérieur ou égal à 19), bien que les benzodiazépines, accompagnées d'une observation adéquate soient recommandées en traitement de première intention par l'ASAM et le VA/DoD, l'ASAM précise que le phénobarbital est une autre option de traitement appropriée en monothérapie pour traiter le syndrome de sevrage sévère et peut aussi être utilisé en cas de contre-indication aux benzodiazépines, et ce,</p>	

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>par les cliniciens expérimentés [ASAM, 2020; VA/DoD, 2015].</p> <p>Selon le GPC publié par le BCCSU, les personnes à haut risque de complications de sevrage (score PAWSS supérieur à 4) devraient recevoir un traitement de benzodiazépines supervisé [BCCSU, 2019]. Par ailleurs, pour les personnes à risque de développer un syndrome de sevrage d'alcool sévère ou compliqué, l'ASAM recommande les benzodiazépines en première intention, à cause de leur efficacité démontrée pour réduire les signes et symptômes de sevrage, y compris l'incidence de convulsions ou de DT, et précise qu'en cas de contre-indication aux benzodiazépines le phénobarbital peut être utilisé par des cliniciens expérimentés [ASAM, 2020].</p> <p>Selon les GPC de l'ASAM et du NICE, à la suite de convulsions liées au sevrage, les personnes doivent être immédiatement traitées avec des benzodiazépines en première intention pour prévenir de nouvelles crises, et les molécules à début d'action rapide sont préférées [ASAM, 2020; NICE, 2017].</p>	
<p>La durée recommandée du traitement pour le sevrage d'alcool est de 7 à 10 jours.</p> <p>La prolongation de la période de traitement jusqu'à un maximum de 4 semaines pourrait toutefois être considérée dans les cas de symptômes de sevrage persistants, de rechute brève et ponctuelle ou de dépendance aux benzodiazépines.</p>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Le traitement aux benzodiazépines devrait être de courte durée et limité à la phase aigüe du syndrome de sevrage d'alcool, avec une posologie décroissante déterminée par la</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Un traitement de 7 à 10 jours avec les benzodiazépines est acceptable. Cependant, un traitement de 7 jours est un peu court en milieu ambulatoire, parce que les personnes sont moins protégées et ont plus de stimulations et d'envies de consommation qu'en milieu hospitalier. Une</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>réponse individuelle au traitement (5-10 jours) pour éviter un nouvel épisode de syndrome de sevrage [Czarnik <i>et al.</i>, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015].</p> <p>Un traitement par benzodiazépines ne se justifie au-delà d'une semaine qu'en cas de symptômes de sevrage persistants, d'accident de sevrage ou de dépendance aux benzodiazépines associée (grade B, présomption scientifique). En cas de sévérité des symptômes de sevrage ou d'accident de sevrage, le traitement par benzodiazépines ne doit pas être prolongé au-delà de quatre semaines, décroissance comprise (grade C, faible niveau de preuve) [SFA, 2015].</p> <p>Pour la gabapentine, après stabilisation, il est recommandé de diminuer les doses (de 600 mg par jour) durant 3 à 5 jours [BCCSU, 2019].</p>	<p>prolongation de la durée de traitement est justifiée en cas de symptômes de sevrage persistants, de rechute brève et ponctuelle ou de dépendance aux benzodiazépines.</p> <p>Pour la gabapentine, de 3 à 5 jours après la stabilisation de l'état devraient être suffisants avant de réduire les doses graduellement.</p>
<p>Lors d'un sevrage en milieu ambulatoire ou en établissement, l'administration de 100 à 500 mg de thiamine par voie IV, IM ou PO est recommandée de façon quotidienne, et ce, pour une durée d'une semaine. Ajuster la dose selon l'état de la personne (p. ex. sévérité du syndrome de sevrage, capacité à s'alimenter, trouble de l'absorption, diarrhée ou encéphalopathie de Wernicke).</p> <p>En raison de la faible absorption de la thiamine par voie orale, la voie parentérale est à privilégier (en milieu hospitalier, favoriser d'abord la voie IV et ensuite la voie IM). Si la voie PO est utilisée, la dose quotidienne peut être fractionnée pour favoriser une meilleure absorption.</p>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>L'administration de thiamine fait partie de la pratique québécoise et devrait être effectuée en 1<sup>re</sup> ligne lors de sevrages en milieux ambulatoire et hospitalier, puisque les personnes qui consomment de l'alcool de façon abusive ont très souvent un déficit en thiamine en raison de la déficience alimentaire ou de malabsorption. La dose ainsi que la voie d'administration sont importantes pour permettre à la thiamine de pénétrer au niveau intracellulaire, puisque la thiamine est très peu absorbée par voie orale et</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>L'administration de thiamine est généralement recommandée lors de la gestion du sevrage aigu [ASAM, 2020; Czarnik <i>et al.</i>, 2020; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; NICE, 2017]. Lors d'un sevrage en milieu ambulatoire, les personnes peuvent se voir offrir de la thiamine orale (100 mg PO durant 3 à 5 jours) [ASAM, 2020]. En milieu hospitalier, les voies IV ou IM sont préférées, bien que de la thiamine PO puisse aussi être offerte [ASAM, 2020; NICE, 2019; NICE, 2017].</p> <p>Une administration durant 7 à 10 jours est recommandée [Czarnik <i>et al.</i>, 2020]. Chez la personne âgée, au moins 200 mg de thiamine parentérale (IM ou IV) devraient être administrés quotidiennement durant 3 à 5 jours (qualité de la preuve faible, recommandation forte) [CCSMPA, 2019].</p>	<p>que son absorption est réduite chez les personnes qui consomment beaucoup d'alcool.</p> <p>La dose quotidienne de thiamine recommandée par les nutritionnistes est de 100 mg, mais lors de l'administration d'une dose de plus de 50 mg de thiamine par voie orale, plus de la moitié de la dose administrée n'est pas absorbée.</p> <p>L'administration de 50 mg de thiamine 2 fois par jour est donc à privilégier, bien qu'en multipliant les doses les risques de non-adhésion au traitement soient aussi augmentés. Pour un sevrage en milieu ambulatoire, une supplémentation en thiamine pendant quelques jours, à raison de 100 mg à 200 mg par jour (soit 50 ou 100 mg BID) est proposée. En milieu ambulatoire, la thiamine est souvent donnée par voie orale pour favoriser l'adhésion au traitement, mais l'administration IM, qui est préférable, peut aussi être offerte une fois par semaine au CLSC ou en pharmacie.</p> <p>Aux urgences, selon un protocole établi à la suite d'une revue de littérature, il est recommandé de donner 100 mg de thiamine lors de l'admission à la majorité des personnes, 250 mg aux personnes qui présentent des symptômes de sevrage très sévères et 500 mg en cas d'encéphalopathie de Wernicke. La thiamine devrait être offerte durant 7 à 10 jours, après quoi l'état d'une personne qui présente encore des vomissements devrait être réévalué.</p>
<p>En présence de carences confirmées, corriger les anomalies électrolytiques, notamment en ce qui concerne le magnésium (nécessaire pour l'absorption intracellulaire de la thiamine).</p>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>En plus des vitamines mentionnées précédemment, le GPC de l'ASAM mentionne certaines particularités lors de l'administration de glucose, ainsi que d'une supplémentation en magnésium et en phosphate en fonction des carences reconnues.</p> <p>Selon le GPC de l'ASAM, les personnes qui ont une hypomagnésémie, de l'arythmie cardiaque, un trouble électrolytique ou des antécédents de convulsions devraient recevoir du magnésium [ASAM, 2020]. De plus, si le phosphate est &lt; 1mg/dl, une supplémentation devrait être donnée. Enfin, en cas d'hypophosphatémie modérée (1-2 mg/dl), une correction par l'alimentation est recommandée [ASAM, 2020].</p>	<p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Il n'est pas nécessaire de rappeler l'administration de glucose dans le GUO, puisqu'en milieu hospitalier l'administration glucose dans les solutés est pratique courante. De plus, de hautes doses de glucose ne sont généralement pas nécessaires.</p> <p>Il existe des guides qui recommandent de donner d'emblée du magnésium aux personnes atteintes d'un TUA et en sevrage d'alcool malgré un magnésium sérique normal, puisque la concentration sérique ne serait pas toujours représentative de la concentration intracellulaire et que ces personnes auraient une déficience en magnésium. Ces guides recommanderaient une administration de 1 à 2 g de magnésium d'emblée, sauf en cas d'insuffisance rénale. Il est toutefois précisé que certaines personnes répondent mal au magnésium administré par voie orale. De plus, il n'est généralement pas nécessaire de donner du magnésium, sauf si la personne est hypomagnésémique. Il a été démontré que le magnésium augmente l'absorption intracellulaire de thiamine et, lorsque le taux de magnésium sérique est inférieur à 0,75 mmol/l, l'absorption de thiamine est compromise. Il est jugé pertinent de rappeler l'importance de vérifier une carence possible en magnésium.</p> <p>Bien qu'il soit jugé pertinent de rappeler dans le GUO d'évaluer et de corriger les carences électrolytiques reconnues, puisque les pratiques à cet effet sont variables et propres à chaque</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
		établissement, l'ajout de doses dans le GUO n'est pas nécessaire.
<p>Les doses de médicaments et la fréquence d'évaluation de l'état de la personne devraient être ajustées en cours de traitement selon l'évolution des symptômes de sevrage (p. ex. selon une échelle validée) ainsi qu'en fonction de l'état de santé, des antécédents de complications, du soutien social et de l'environnement de la personne.</p> <p><u>En milieu ambulatoire :</u></p> <p>Un suivi devrait être assuré 2 à 3 fois par semaine (minimalement dans les 24 à 72 heures après le début du traitement) par un membre de l'équipe traitante, y compris, notamment, le pharmacien, et devrait inclure une recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De la consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives;</li> <li>• De preuves de sous-dosage (symptômes de sevrage importants), de surdosage ou d'intoxication avec la médication ou avec d'autres substances;</li> <li>• De l'observance thérapeutique;</li> <li>• De modifications de l'état émotionnel (p. ex. idées suicidaires).</li> </ul> <p>Une surveillance supplémentaire devrait être considérée chez les personnes avec un trouble lié à l'usage des benzodiazépines (actuel ou passé).</p> <p><u>En établissement :</u></p> <p>En établissement, un suivi rapproché devrait être assuré au moins après les 2 ou 3 premières doses</p>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Le traitement aux benzodiazépines devrait être de courte durée et limité à la phase aiguë du syndrome de sevrage d'alcool, avec une posologie décroissante déterminée par la gravité des symptômes de sevrage et la réponse individuelle au traitement (grade B, présomption scientifique) [BCCSU, 2019; SFA, 2015].</p> <p>Selon la majorité des GPC, l'adaptation du traitement aux benzodiazépines est guidée par une surveillance clinique régulière et rigoureuse, qui peut s'appuyer, en plus du jugement clinique, sur une évaluation rigoureuse et périodique des symptômes de la personne traitée à l'aide d'échelles validées telles que l'échelle CIWA-Ar, l'échelle SAWS si les personnes sont capables de surveiller leurs propres signes et symptômes, ou l'index de Cushman [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015].</p> <p>Les personnes dont le sevrage est supervisé en milieu ambulatoire devraient être suivies quotidiennement selon l'ASAM ou tous les deux jours selon le NICE, et ce, par un professionnel de la santé qualifié (p. ex. une infirmière) durant les 3 à 5 premiers jours après</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Concernant le suivi à effectuer lors d'un sevrage d'alcool, il est pertinent de faire la distinction entre les milieux de soins, puisque certains éléments de suivi ne sont applicables qu'à l'un ou l'autre de ces milieux. Par exemple, en milieu hospitalier, la capacité de la personne à se rendre en pharmacie et l'usage de la médication de façon non appropriée ne sont pas problématiques, alors qu'en milieu ambulatoire ces éléments prennent beaucoup d'importance. De plus, un suivi en milieu hospitalier sera fait à tous les quarts de travail alors qu'un suivi en milieu ambulatoire sera souvent réalisé durant plusieurs jours. L'intensité du suivi est aussi ajustée, dans la pratique, en fonction des antécédents de complications et de l'état de santé psychologique et physique actuel de la personne.</p> <p>Lors d'un sevrage en milieu ambulatoire, une ou deux rencontres en présentiel ou par téléphone sont généralement effectuées durant la première semaine, suivies par des rencontres téléphoniques pour les visites subséquentes. Comme le recommande l'ASAM, un suivi en présentiel est préférable lorsque possible, bien que les rencontres au téléphone ou par vidéo soient fréquentes, surtout en contexte de pandémie. Pour le GUO, il est pertinent de</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
<p>du traitement, et ce, jusqu'à ce que les signes et symptômes de sevrage soient contrôlés.</p> <p>Le niveau de sédation devrait être évalué (p. ex. <i>Richmond Agitation Sedation Scale</i> (RASS)).</p> <p>Une ordonnance visant à prévenir les rechutes devrait être considérée dans l'attente de la prise en charge pour le suivi du traitement.</p>	<p>l'arrêt (ou la réduction) de la consommation d'alcool [ASAM, 2020; NICE, 2019]. Lors de l'utilisation d'un schéma posologique à doses décroissantes selon un horaire fixe, les signes et symptômes des personnes doivent quand même être surveillés, et des dispositions doivent être prises pour que la personne soit suivie rapidement afin de modifier la dose si nécessaire (ASAM). À chaque visite, les cliniciens doivent évaluer l'état physique général, les signes vitaux, l'hydratation, l'orientation, le sommeil et l'état émotionnel, y compris les pensées suicidaires. De plus, les personnes qui présentent un trouble actuel ou passé d'utilisation de benzodiazépines ont besoin d'une surveillance supplémentaire [ASAM, 2020].</p> <p>Pour les personnes avec un syndrome de sevrage de modéré à sévère ou celles qui ont besoin d'un traitement pharmacologique, réévaluer toutes les 1 à 4 heures durant 24 heures si cliniquement nécessaire. Après stabilisation (CIWA-Ar &lt; 10 durant 24 h), l'évaluation peut être faite toutes les 4 à 8 heures durant 24 heures si cliniquement nécessaire [ASAM, 2020]. En milieu hospitalier, lorsque le lorazépam est utilisé comme traitement pharmacologique du sevrage, il est recommandé d'évaluer le score de sédation de la personne à l'aide d'outils tels que l'échelle <i>University of Michigan Sedation Scale</i> (UMSS) ou <i>Richmond Agitation-Sedation Scale</i> (RASS) ainsi que la fréquence respiratoire et la saturation en oxygène avant et une heure après chaque dose [Czarnik et al., 2020]. De plus, dans le même GPC, il est recommandé d'interrompre le traitement si le</p>	<p>proposer qu'un suivi soit fait par l'un des membres de l'équipe traitante (par exemple médecin, infirmière, pharmacien, travailleur social, psychothérapeute), et ce, au moins 2 à 3 fois par semaine. Pour une personne plus fragile, un passage quotidien en pharmacie est possible. Dans la pratique, les infirmières remettent parfois la médication à la personne lors de la visite mais, plus fréquemment, les ordonnances sont faites pour la durée entière du traitement et le pharmacien fractionne les doses. Le pharmacien peut donc être un membre actif important de l'équipe traitante lors du suivi des personnes traitées pour un sevrage d'alcool, et ce, surtout pour la clientèle plus démunie, sans téléphone et difficile à joindre. Il peut aussi renseigner les cliniciens sur les preuves de consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives, d'intoxication avec les doses actuelles de médicaments, de sous-dosage nécessitant une réévaluation clinique en présence de symptômes de sevrage très importants ainsi que sur l'observance du traitement.</p> <p>En accord avec l'ASAM et le NICE, il est pertinent de rappeler dans le GUO de s'assurer de la disponibilité d'une personne en soutien pendant la durée du sevrage et de considérer une surveillance supplémentaire pour les personnes qui présentent un trouble lié à l'usage de benzodiazépines.</p> <p>Pour un sevrage en milieu ambulatoire, les éléments de suivi à vérifier énoncés dans le GPC de l'ASAM sont pertinents. De plus, l'incapacité à dormir et l'anxiété sont des éléments qu'il est très important de prendre en considération lors du</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>niveau de sédation mesuré est modéré ou plus grand que modéré (p. ex. score UMSS supérieur ou égal à 2 ou score RASS inférieur ou égal à 3), si la fréquence respiratoire est inférieure à 10 ou si la saturation en oxygène est inférieure à 90 % (sauf s'il existe une autre explication de l'hypoxie). Selon l'ASAM, lorsqu'un syndrome de sevrage qui a été traité au service des urgences est contrôlé, la personne peut se voir proposer une ordonnance pour 1 ou 2 jours de médicaments de sevrage qui dureront jusqu'à la prise en charge par le professionnel de la santé qui assurera le suivi du traitement [ASAM, 2020]. Toutefois, selon l'UMHS, aucune ordonnance PRN ne devrait être fournie pour gérer les symptômes après la sortie d'une hospitalisation, car les personnes qui ont été traitées avec un schéma posologique PRN devraient recevoir leur congé une fois que leurs symptômes ont disparu et qu'elles ne courent plus de risque significatif de regain de syndrome de sevrage [Czarnik <i>et al.</i>, 2020].</p> <p>Lorsque les symptômes de sevrage ne sont pas maîtrisés tel qu'attendu malgré la prise de médicaments conformément aux ordonnances, il est recommandé dans certains GCP d'envisager d'augmenter la dose [ASAM, 2020; NICE, 2019]. En cas de sédation excessive ou lorsqu'une surveillance adéquate est problématique, il est plutôt recommandé de réévaluer le milieu de soins, d'envisager de changer de médicament ou d'envisager l'ajout d'un médicament d'appoint [ASAM, 2020].</p>	<p>suivi, et ce, sans égard au score CIWA-Ar, car les personnes qui ne dorment pas et qui sont anxieuses risquent de ne pas compléter leur sevrage ou de rechuter rapidement. De plus, il importe aussi de vérifier la présence de fièvre, et ce, surtout chez une personne qui fait usage de drogues intraveineuses. Pour toute consommation d'alcool en cours de sevrage, une réévaluation de l'état de la personne est nécessaire.</p> <p>Lors d'un sevrage en milieu ambulatoire, il est pratique courante de fournir à la personne traitée une feuille indiquant les principaux symptômes du sevrage, des indications claires concernant la prise de doses supplémentaires et d'inclure dans la démarche la notion d'inconfort. Lorsqu'une personne se sent trop somnolente en cours de traitement avec les benzodiazépines, il est pertinent de lui demander d'omettre une dose et de contacter l'équipe de soins.</p> <p>En milieu hospitalier, des réévaluations fréquentes de la personne basées sur les signes et symptômes mesurés, par exemple, sur l'échelle CIWA-Ar ou l'échelle CIWA-modifiée sont nécessaires, et ce, sur une base quotidienne. Le niveau d'inconfort et la tolérance de la personne aux symptômes de sevrage doivent aussi être considérés dans l'ajustement de la dose de médicament. De plus, il est important de réévaluer rapidement et fréquemment les doses de benzodiazépines lorsqu'un schéma à doses régulières décroissantes est appliqué. Plusieurs cas de personnes pour lesquelles les doses n'ont pas été réévaluées ont été observés dans la pratique.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
		<p>De façon générale, en milieu hospitalier, l'état de la personne doit être réévalué 1 heure après l'administration d'une benzodiazépine. En cas de complications ou de score CIWA-Ar élevé, un suivi plus rapproché est nécessaire. Dans la pratique, il est parfois difficile de réévaluer toutes les personnes toutes les heures, et un ajustement de la fréquence du suivi peut être effectué selon le jugement clinique et l'état de la personne. En accord avec le GPC de l'UMHS, l'ordonnance de benzodiazépine est aussi ajustée en fonction de la somnolence et de la saturation en oxygène de la personne traitée; l'échelle RASS peut être utile pour effectuer ce suivi. Cependant, puisque les scores et les valeurs pour chaque personne dépendront de l'état initial avant l'amorce du traitement, ce sont surtout les changements qui sont à surveiller. De ce fait, il n'est pas jugé nécessaire de mentionner des scores ou des valeurs limites dans le GUO.</p> <p>Dans certains établissements hospitaliers, la vérification du niveau de sédation de la personne fait partie de la pratique. Cependant, il est difficile, particulièrement en contexte pandémique, d'effectuer ce suivi 1 heure avant et 1 heure après l'administration de chaque dose de benzodiazépines. Lorsque le niveau de sédation est trop élevé ou que la saturation en oxygène est inférieure à 92 %, la dose peut effectivement être adaptée.</p> <p>En raison du contexte pandémique actuel, la plupart des personnes qui ont amorcé un traitement pour le sevrage d'alcool en milieu hospitalier vont poursuivre leur sevrage à domicile. Il est précisé que, même lorsque le</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
		<p>sevrage est complété en milieu hospitalier, il est souvent nécessaire de maintenir l'abstinence de la personne car celle-ci n'a pas consommé d'alcool à l'hôpital. Le délai de 1 ou 2 jours mentionné par les GPC avant la prise en charge pour le suivi du traitement est beaucoup trop court en pratique. Certaines personnes, notamment celles qui n'ont pas accès à un médecin de famille, ne parviendront pas à obtenir un suivi en si peu de temps, particulièrement dans la situation actuelle de pandémie ou encore durant les fins de semaine. Un délai maximal de deux semaines serait plus approprié. Et il pourrait être pertinent de s'assurer de fournir assez de médicaments à la personne avant sa prise en charge pour la prévention de la rechute. Afin d'assurer le continuum des soins, à la suite d'un sevrage effectué en milieu hospitalier, la médication pour la prévention de la rechute est entamée et une feuille sommaire est envoyée au médecin de famille.</p>
<p>Une orientation vers le milieu hospitalier devrait être considérée dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndrome de sevrage sévère (p. ex. hallucinations, CIWA-Ar <math>\geq</math> 19 ou CIWA-modifiée <math>\geq</math> 13) ou à risque élevé de complications (PAWSS &gt; 4);</li> <li>• Suspicion d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke;</li> <li>• Aggravation de l'état général (p. ex. sédation prononcée, signes vitaux instables).</li> </ul>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p><i>Les principales indications pour un sevrage alcoolique médicalement supervisé en milieu hospitalier sont énumérées dans la grande majorité des GPC retenus :</i></p> <p>En présence de comorbidités physiques multiples ou de conditions médicales instables ou sévères</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Les sevrages compliqués ou à risque de complications devraient être mentionnés comme premiers éléments de la liste des indications d'orientation vers le milieu hospitalier. Il est précisé qu'un sevrage sévère correspond à un score supérieur ou égal à 19 sur l'échelle CIWA-Ar et supérieur ou égal à 13 sur l'échelle CIWA-modifiée. En accord avec le BCCSU, un risque élevé de complications du sevrage correspond à</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
<p>Une consultation avec un collègue expérimenté devrait être considérée dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents de syndrome de sevrage sévère ou de complications de sevrage;</li> <li>• Absence de réponse après 24 à 48 heures de traitement (CIWA-Ar <math>\geq</math> 8 ou CIWA-modifiée <math>\geq</math> 7);</li> <li>• Comorbidités physiques ou psychiatriques multiples, sévères ou instables (idées suicidaires incluses);</li> <li>• Trouble concomitant lié à l'usage d'une autre substance, sauf le tabac.</li> </ul> <p>Un seuil d'admission moins élevé en milieu hospitalier pourrait être considéré dans certaines situations, notamment pour les personnes âgées de plus de 65 ans ou en cas d'instabilité psychosociale.</p>	<p>pouvant rendre la gestion du sevrage ambulatoire problématique (par exemple maladie coronarienne sévère, angine instable, insuffisance cardiaque congestive, atteinte hépatique chronique ou sévère, diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), infection ou maladie aiguë requérant une intervention médicale) [BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015].</p> <p>En présence de comorbidités psychiatriques ou d'un désordre psychiatrique sérieux ou instable, y compris, par exemple, la démence, les idées suicidaires, la psychose active, une confusion aiguë, une déficience cognitive ou des capacités d'apprentissage limitées [BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015].</p> <p>Pour les personnes avec un syndrome de sevrage d'alcool sévère (CIWA-Ar <math>\geq</math> 19 ou 20) ou un score PAWSS <math>&gt;</math> 4, en présence d'un risque de développer des convulsions ou un DT ou lorsqu'une personne présente des signes et symptômes de DT ou des convulsions [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015].</p> <p>En cas d'antécédents de complications de sevrage d'alcool [NICE, 2019; SFA, 2015; VA/DoD, 2015].</p> <p>En présence d'un risque de sevrage à d'autres substances, y compris, notamment, les benzodiazépines, ou en cas d'usage concomitant d'autres dépresseurs du système nerveux central ou de substances psychoactives à doses élevées</p>	<p>un score PAWSS supérieur à 4. En présence d'hallucinations de sevrage, de convulsions ou de DT, la nécessité d'une prise en charge en milieu hospitalier est mentionnée à l'unanimité.</p> <p>Il est recommandé d'hospitaliser les personnes en cas de suspicion d'encéphalopathie de Wernicke.</p> <p>En cas d'aggravation de l'état général, par exemple lors d'une sédation prononcée ou de signes vitaux instables, en accord avec l'ASAM, il est pertinent de considérer une orientation vers le milieu hospitalier.</p> <p>Il est jugé pertinent de considérer une consultation avec un collègue expérimenté en cas d'antécédents de syndrome de sevrage sévère ou de complications graves du sevrage d'alcool et il est précisé que la présence d'antécédents de syndrome de sevrage doit être distinguée de la présence de complications lors d'un sevrage actif.</p> <p>Il est jugé pertinent d'indiquer dans le GUO que, s'il n'y a pas de réponse après 24 à 48 heures de traitement, ce qui correspond à un score supérieur ou égal à 8 sur l'échelle CIWA-Ar ou à 7 sur l'échelle CIWA-modifiée, une consultation avec un collègue expérimenté devrait être considérée. Si aucun traitement ne fonctionne, la personne devrait être orientée vers un milieu spécialisé ou l'aide d'un collègue expérimenté devrait être demandée.</p> <p>Bien qu'il soit indiqué de rechercher les comorbidités physiques ou psychiatriques lors de l'évaluation initiale de l'état de la personne atteinte d'un TUA et que la présence de</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>[BCCSU, 2019; NICE, 2019; SFA, 2015; VA/DoD, 2015].</p> <p>La survenue de signes d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke, qui impose une hospitalisation en urgence [SFA, 2015].</p> <p>Lorsque le syndrome de sevrage d'alcool ne se résout pas (p. ex. CIWA-Ar ne descend pas en dessous de 10) après une dose adéquate de médicament, si la personne semble sédaturée ou s'il n'y a pas de réponse à la médication après 24-48 heures, et ce, peu importe le score de PAWSS [ASAM, 2020; BCCSU, 2019].</p> <p>Lors d'un sevrage en milieu ambulatoire, lorsque des signes ou symptômes de sevrage plus sévères se développent (p. ex. des vomissements persistants, une agitation marquée, des hallucinations, de la confusion ou des convulsions), lorsque les conditions médicales ou psychiatriques existantes s'aggravent, en cas de syncope ou de signes vitaux instables (pression artérielle ou fréquence cardiaque) ou encore lorsque la personne revient à la consommation d'alcool [ASAM, 2020].</p> <p><i>Les situations suivantes pourraient indiquer la nécessité d'un sevrage en milieu hospitalier selon les GPC :</i></p> <p>En présence de plusieurs essais de sevrage infructueux en milieu ambulatoire [BCCSU, 2019; SFA, 2015; VA/DoD, 2015].</p> <p>En présence d'une possibilité raisonnable que la personne ne termine pas le sevrage, par exemple en cas de situation sociale précaire, d'environnement instable ou si elle n'a pas un</p>	<p>comorbidités fasse partie des facteurs de risque de complications du sevrage, il est pertinent de rappeler dans le GUO que ce sont des critères de consultation avec un collègue expérimenté.</p> <p>Lors d'un trouble d'usage concomitant, la nature de la dépendance pourrait influencer sur la prise en charge. Par exemple, pour une personne qui consomme de la cocaïne, les risques associés au sevrage d'alcool sont moindres que pour une personne qui consomme beaucoup d'opioïdes. Une consultation avec un collègue expérimenté devrait être envisagée.</p> <p>Pour les personnes âgées de plus de 65 ans ou en cas d'instabilité psychosociale, puisque ces situations requièrent de façon générale la gestion résidentielle du sevrage, un seuil d'admission moins élevé en milieu hospitalier pourrait être considéré.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et perspective des cliniciens et experts
	<p>hébergement sûr, stable et sans substance psychoactive. Les cliniciens devraient considérer un seuil moins élevé pour l'admission dans ces situations selon les GPC [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015].</p> <p>S'il n'y a pas de soignant fiable pour donner la médication ou en présence d'un faible soutien social [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015].</p> <p>Pour les personnes âgées, les personnes présentant une fragilité liée à l'âge ou les personnes âgées dont l'état de santé général est mauvais, qui sont profondément suicidaires, qui souffrent de démence, qui sont instables sur le plan médical ou dont l'état nécessite une surveillance personnalisée constante [CCSMPA, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015].</p> <p>Pour les personnes qui ont des antécédents d'épilepsie [NICE, 2017; SFA, 2015].</p> <p>Pour les personnes qui ont des problèmes de douleurs chroniques ou complexes, et ce, peu importe le score de PAWSS, ou les personnes avec un score de PAWSS inférieur à 4 et qui ont une incapacité à se conformer aux visites médicales quotidiennes durant 3 à 5 jours ou à participer à un mode de suivi médical à distance [BCCSU, 2019].</p> <p>Pour les personnes qui consomment plus de 3 unités d'alcool par jour ou pour lesquelles le score sur l'échelle SADQ est supérieur à 30 [NICE, 2019].</p>	

### 4.3. Recommandations relatives à la prévention des rechutes

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérimentiel
<p>Une pharmacothérapie pour la prévention des rechutes devrait être offerte aux personnes atteintes d'un TUA.</p>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Toutes les personnes qui complètent la gestion d'un sevrage d'alcool devraient être dirigées, dans la continuité des soins, vers une prise en charge du TUA [ASAM, 2020; Czarnik <i>et al.</i>, 2020; BCCSU, 2019; NICE, 2019; SFA, 2015]. Il s'agit d'une recommandation forte dans la majorité des cas.</p> <p>Les personnes atteintes d'un TUA d'intensité de modérée à sévère devraient se voir offrir un traitement pharmacologique pour soutenir l'atteinte de leurs objectifs de traitement [BCCSU, 2019; NICE, 2019; APA, 2018; VA/DoD, 2015]. Il s'agit aussi d'une recommandation forte dans la majorité des cas.</p> <p>Pour les personnes atteintes d'un TUA léger, un traitement pharmacologique peut être considéré dans les situations suivantes [NICE, 2019; APA, 2018] :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veulent cesser ou diminuer leur consommation d'alcool;</li> <li>• Préfèrent la pharmacothérapie;</li> <li>• N'ont pas répondu aux interventions non pharmacologiques seules.</li> </ul>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes devrait être offert à toute personne atteinte d'un TUA. Le fait de réserver ce type de traitement aux personnes atteintes d'un TUA d'intensité de modérée à sévère est une pratique discutable en raison de la complexité de l'évaluation du niveau de sévérité du TUA, qui pourrait alourdir de façon importante la prise en charge de ces personnes en première ligne. Un des principaux problèmes dans la pratique actuelle résulterait plutôt d'un manque d'accès au traitement, notamment en ce qui concerne les interventions psychosociales, ce qui peut laisser plusieurs personnes atteintes d'un TUA sans le soutien requis.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérientiel
	<p>Dans le GPC du BCCSU, il est spécifié sans être recommandé que, peu importe la sévérité du TUA, toute personne qui a arrêté ou réduit sa consommation, mais qui continue de ressentir de fortes envies de consommer ou qui risque de faire une rechute pourrait être candidate à la pharmacothérapie [BCCSU, 2019]</p> <p>Cependant, les médicaments visant la réduction de la consommation d'alcool ne sont indiqués que chez les personnes dépendantes [SFA, 2015].</p> <p>Chez les personnes âgées, la pharmacothérapie peut être utilisée pour traiter le TUA, selon les besoins (qualité de la preuve élevée, recommandation forte). Pour les personnes âgées atteintes d'un TUA d'intensité modérée, l'option la moins envahissante (interventions comportementales) devrait être explorée initialement. Ces options peuvent être efficaces comme stratégie initiale ou comme traitement (qualité de la preuve élevée, recommandation forte) [CCSMPA, 2019].</p>	
<p>La sélection du traitement pharmacologique devrait notamment considérer les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les objectifs de traitement (p. ex. réduction de la consommation ou abstinence, traitement de l'anxiété ou des troubles du sommeil), ceux-ci pouvant évoluer en cours de route;</li> <li>• Les expériences antérieures de traitement (y compris la tolérance et la dose maximale atteinte), les besoins et les préférences de la personne traitée.</li> </ul>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Le choix de la médication appropriée devrait être effectué dans un processus de décision conjointe avec la personne traitée dans le contexte de ses objectifs de traitement (abstinence, diminution de la consommation, autres éléments de réduction des méfaits), de ses besoins et de ses préférences</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Le choix de la médication est principalement tributaire des comorbidités, des contre-indications, des intolérances, des expériences antérieures (échec de traitement), du tableau clinique de la personne (y inclus les troubles de santé physique ou mentale) ainsi que du choix de la personne.</p> <p>Bien qu'il soit important de considérer les objectifs du traitement (réduction de la consommation ou</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérientiel
<p>Tout objectif de réduction de la consommation moyenne d'alcool est susceptible d'être bénéfique et mérite d'être valorisé.</p> <p>La diversité devrait être considérée dans la prise en charge de la personne, autant pour certaines particularités physiologiques que socioculturelles (p. ex. perception à l'égard des traitements).</p>	<p>(faible preuve avec suggestion; grade B, présomption scientifique) [BCCSU, 2019; APA, 2018; SFA, 2015]. Toute réduction significative de la consommation moyenne d'alcool, comme la proportion de jours de consommation excessive, est susceptible d'apporter un avantage substantiel à la personne atteinte d'un TUA. Ainsi, dans une perspective de réduction des dommages, toute cible de la réduction de la consommation est plus acceptable que le statu quo, et mérite d'être valorisée [SFA, 2015].</p> <p>Afin de bien sélectionner le traitement approprié, il est aussi important de faire une évaluation complète, y inclus les conditions concomitantes (y compris les troubles liés à l'utilisation d'une substance, d'autres troubles psychiatriques et d'autres troubles médicaux) (faible preuve avec recommandation) et une revue attentive de la médication concomitante pour les interactions médicamenteuses et de clairement documenter l'accord de la personne avant de commencer le traitement [BCCSU, 2019; APA, 2018].</p> <p>Une revue des preuves des avantages et des risques, des contre-indications, des effets secondaires, de la faisabilité (calendrier, coûts) et des antécédents de la personne avec n'importe laquelle des options de traitement devrait aussi être considérée dans le choix de la médication [BCCSU, 2019].</p> <p>Chez les personnes âgées, la pharmacothérapie peut être utilisée pour traiter le TUA selon les besoins, en tenant compte des contre-indications et des effets secondaires (qualité de la preuve élevée, recommandation forte) [CCSMPA, 2019].</p>	<p>abstinence) dans les choix du traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes, il est difficile de clairement distinguer les deux objectifs. Ainsi, le traitement du TUA devrait plutôt être vu comme un continuum, les objectifs de traitement pouvant évoluer en cours de route. Les cliniciens devraient être flexibles et ouverts quant aux possibilités de traitement qui sont proposées à la personne, et ce, peu importe l'objectif du traitement.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérimentiel
<p>Il est sécuritaire d'introduire la médication pour la prévention des rechutes pendant que les personnes consomment de l'alcool, mais l'efficacité peut être plus grande lorsqu'elle est administrée à la fin d'une période de gestion du sevrage.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il est toutefois préférable d'avoir éliminé la majorité des effets du sevrage avant de commencer un traitement afin de ne pas confondre le tableau clinique et les effets secondaires des médicaments, et d'adapter la prise en charge en fonction des symptômes de sevrage résiduels.</li> </ul>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Selon deux GPC, il est sécuritaire de commencer un traitement avec la naltrexone si les personnes consomment encore de l'alcool, mais le traitement pourrait être plus efficace et les effets indésirables diminués si le traitement commençait après un sevrage complet [BCCSU, 2019; VA/DoD, 2015]. La naltrexone orale est effectivement indiquée avec au moins 3 à 5 jours d'abstinence, non requise mais qui pourrait améliorer la réponse au traitement.</p> <p>Pour l'acamprosate, selon le BCCSU, il est sécuritaire de commencer un traitement si les personnes consomment encore de l'alcool, mais le traitement pourrait être plus efficace s'il commençait après un sevrage complet de l'alcool [BCCSU, 2019]. Cependant, selon le VA/DoD, l'acamprosate est indiqué avec une abstinence au début du traitement [VA/DoD, 2015]. Selon la monographie du produit, dans le traitement de la dépendance à l'alcool, l'acamprosate ne favorise pas l'abstinence si le traitement débute alors que le patient consomme toujours. Par conséquent, le traitement doit commencer une fois la désintoxication achevée, au moment où le patient est toujours abstinent. Cependant, si une rechute temporaire survient durant le traitement, l'administration de l'acamprosate peut continuer [APhC, 2016].</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>L'acamprosate est un médicament d'exception inscrit à la liste de médicaments de la RAMQ. L'indication pour le paiement est reconnue pour le maintien de l'abstinence chez les personnes souffrant de dépendance alcoolique, abstinentes à l'alcool depuis au moins 5 jours et faisant partie d'un programme de prise en charge complet axé sur l'abstinence à l'alcool. La durée maximale de chaque autorisation est de 3 mois, pour une durée totale maximale d'autorisation de 12 mois.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Il est en effet préférable d'avoir terminé la plus grosse partie du sevrage avant de commencer une pharmacothérapie pour la prévention de la rechute, et ce, afin d'éviter un mélange d'effets secondaires difficilement attribuables aux différentes médications. Il pourrait d'ailleurs être pertinent de mentionner que la prise en charge sera différente pour les personnes qui n'ont pas terminé le sevrage.</p> <p>Au moment où l'acamprosate a été évalué par la RAMQ, seulement des études dans lesquelles les personnes étaient abstinentes depuis un certain temps étaient disponibles, ce qui explique cette spécification. Il ne semble pas y avoir d'études démontrant qu'il est dangereux de commencer la prise de l'acamprosate sans être abstinent.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérientiel
	<p>Un sevrage complet de l'alcool n'est pas nécessaire avant d'entreprendre un traitement avec la gabapentine [BCCSU, 2019].</p> <p>Un sevrage complet de l'alcool n'est pas nécessaire avant d'entreprendre un traitement avec le topiramate. L'abstinence n'est pas requise pour la prise du topiramate, mais elle pourrait améliorer la réponse au traitement [BCCSU, 2019; VA/DoD, 2015].</p>	
<p>Le traitement pharmacologique devrait être accompagné :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D'interventions brèves et de conseils pour outiller la personne face aux difficultés liées à la consommation;</li> <li>• De soutien à la motivation dans l'atteinte des objectifs et visant à favoriser l'adhésion au traitement;</li> <li>• D'une proposition d'interventions psychosociales et d'accompagnement, sans que ces interventions soient perçues comme conditionnelles ou obligatoires pour accéder au traitement du TUA.</li> </ul>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Les cliniciens devraient proposer un entretien motivationnel à toutes les personnes atteintes d'un TUA de léger à sévère pour les soutenir dans l'atteinte de leurs objectifs de traitement (niveau de preuve modéré, recommandation forte). Cette intervention devrait inclure la reconnaissance des conséquences de la consommation ainsi que des encouragements vers un changement positif. Il est recommandé de favoriser une alliance thérapeutique avec la personne, avec une attitude de soutien empathique, persuasive et positive du clinicien, encourageant l'autonomie et l'utilisation de ressources extérieures (avis d'experts). L'entretien motivationnel améliore l'efficacité des interventions psychosociales plus intensives associées (grade A, preuve scientifique établie). Pour les personnes qui ont commencé un traitement pharmacologique, il est donc recommandé d'offrir et d'encourager les</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Globalement en accord avec les recommandations. La majorité des données probantes actuelles sont issues d'études dans lesquelles un encadrement régulier et spécifique des participants est assuré. Il serait préférable de spécifier le type d'encadrement nécessaire afin de respecter le cadre dans lequel les données ont été obtenues. Pour ce faire, il serait pertinent de mentionner dans le GUO que la prescription du traitement devrait être accompagnée de recommandations du médecin, d'encouragements et de soutien des objectifs de traitement de la personne, d'une revue des effets secondaires et d'une revue des effets thérapeutiques afin de s'assurer que la médication est prescrite dans les meilleures conditions possible.</p> <p>Les interventions psychosociales sont parfois difficilement accessibles ou encore infructueuses. Afin de ne pas pénaliser les personnes atteintes d'un TUA et dans le but de leur faciliter l'accès à un traitement pharmacologique et de leur offrir du</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérientiel
	<p>efforts de prévention de la rechute ou un soutien individualisé basé sur la réponse au traitement (recommandation forte) [BCCSU, 2019; NICE, 2019; SFA, 2015; VA/DoD, 2015].</p> <p>Selon la SFA, les interventions brèves sont efficaces chez les personnes qui font un usage à risque ou un usage nocif d'alcool, pour réduire leur consommation à un niveau de faible risque (grade A, preuve scientifique établie). Les interventions brèves, consistant en un simple conseil structuré de réduction de la consommation, ont montré leur efficacité pour améliorer l'état de santé des personnes qui font un usage à risque ou un usage nocif d'alcool (grade B, présomption scientifique) [SFA, 2015]. Parmi les interventions psychosociales, les interventions brèves, les entretiens motivationnels et les thérapies cognitivocomportementales bénéficient d'un niveau de preuve d'efficacité satisfaisant (grade A, preuve scientifique établie) [SFA, 2015].</p> <p>Pour toutes les personnes atteintes d'un TUA de léger à sévère ou à la suite d'une gestion réussie du sevrage, il est recommandé d'offrir au moins une intervention psychosociale spécialisée (thérapies cognitivocomportementales, thérapies comportementales ou thérapies basées sur un réseau social ou environnemental) avec un accent spécifique sur le mésusage de l'alcool (recommandation forte) en considérant les préférences de la personne. Il est aussi recommandé d'offrir de l'information et d'orienter les personnes vers des groupes de soutien ou d'autres services communautaires en réadaptation (niveau de preuve faible, recommandation forte), y compris des traitements individualisés, des traitements de</p>	<p>soutien dans leur démarche, il serait préférable de mettre l'accent sur l'offre du traitement pharmacologique et sur la préférence de la personne. Afin de ne pas introduire de barrière à la prescription d'un traitement pharmacologique, et ce, peu importe la sévérité du TUA, l'accès à ce type traitement ne devrait pas être conditionnel à l'accès aux interventions psychosociales.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérientiel
	<p>groupes, des interventions psychoéducatives, de l'aide pour participer à des groupes d'entraide, le soutien et la collaboration des familles et des répondants et la gestion des cas [BCCSU, 2019; NICE, 2019; SFA, 2015; VA/DoD, 2015].</p> <p>Chez la personne âgée, il est fortement recommandé d'offrir systématiquement l'intervention comportementale et la gestion de cas en association avec un traitement pharmacologique (p. ex. médicament contre l'état de manque), car cela peut augmenter l'efficacité du traitement de soins primaires (qualité de la preuve modérée) [CCSMPA, 2019].</p> <p>L'APA recommande que les personnes atteintes d'un TUA obtiennent un plan de traitement documenté, compréhensible et individualisé indiquant des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques basés sur les meilleures preuves scientifiques (faible preuve) [APA, 2018].</p>	
<p>La naltrexone devrait être utilisée en première intention pour le traitement de la prévention de la rechute.</p>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Selon la majorité des GPC retenus, la naltrexone et l'acamprosate sont deux traitements adéquats recommandés en première intention pour la prévention des rechutes chez les personnes atteintes d'un TUA [BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; APA, 2018; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. En effet, la preuve scientifique démontrant que la naltrexone a la particularité de permettre une</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>L'usage de la naltrexone est indiqué par Santé Canada pour le traitement de la dépendance à l'alcool en tant que composant d'un programme psychothérapeutique ou psychologique global visant à offrir des conseils en matière d'alcoolisme pour favoriser la sobriété et pour réduire le risque de rechute [Apotex Inc., 2015].</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Une molécule qui est prise une fois par jour est à privilégier. La capacité d'une personne à utiliser des molécules qui doivent être prises plusieurs fois</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérientiel
	<p>meilleure prévention des dérapages vers les fortes consommations et vise à réduire l'état de manque est établie [BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; APA, 2018; SFA, 2015]. L'usage de la naltrexone est donc recommandé pour les personnes dont l'objectif de traitement peut être soit l'abstinence, soit une réduction de leur consommation d'alcool [APA, 2018; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. L'usage de la naltrexone est donc recommandé pour les personnes qui souhaitent cesser ou diminuer leur consommation d'alcool [APA, 2018; SFA, 2015; VA/DoD, 2015].</p> <p>Pour les personnes qui font un usage problématique de l'alcool ou les personnes qui ont une dépendance légère et n'ont pas répondu aux interventions psychologiques seules ou qui ont spécifiquement demandé une intervention pharmacologique, considérer d'offrir la naltrexone orale [NICE, 2019].</p> <p>Chez les personnes âgées, la naltrexone peut être utilisée autant pour diminuer la consommation d'alcool que pour favoriser l'abstinence (qualité de la preuve élevée, recommandation forte) [CCSMPA, 2019].</p> <p>Pour les personnes atteintes d'un TUA et d'un trouble lié à l'usage des opioïdes (TUO) concomitant, un seul guide recommande l'usage de la naltrexone chez les personnes qui souhaitent cesser de consommer des opioïdes et cesser ou réduire leur consommation d'alcool lorsque ces personnes sont capables de s'abstenir de consommer des opioïdes pendant une période cliniquement appropriée avant de commencer à prendre la naltrexone [APA, 2018].</p>	<p>par jour (gabapentine, acamprosate) peut être un enjeu important.</p> <p>La présence de la naltrexone sur la liste régulière des médicaments remboursés dans le cadre du régime public d'assurance médicaments (RPAM) est aussi un atout.</p> <p>L'existence d'un échec antérieur de traitement à la naltrexone ne requiert pas nécessairement l'usage d'un traitement de deuxième intention, puisque plus d'un essai peuvent être nécessaires pour un même médicament avant d'observer des avantages.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérientiel
<p>L'acamprosate devrait être utilisé en 2<sup>e</sup> intention pour le traitement de prévention des rechutes.</p>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Selon quatre des GPC retenus, les personnes atteintes d'un TUA de modéré à sévère devraient se faire offrir l'acamprosate en première intention [BCCSU, 2019; NICE, 2019; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. Son usage est fortement recommandé comme option de traitement pour les personnes dont l'objectif est de cesser de consommer, puisque, selon la SFA, l'acamprosate semble plus efficace pour maintenir une abstinence stricte [SFA, 2015].</p> <p>Par ailleurs, chez la personne âgée, l'usage de l'acamprosate est fortement recommandé par la CCSMPA pour soutenir l'abstinence (qualité de preuve élevée, recommandation forte) [CCSMPA, 2019].</p> <p>Certains GPC recommandent aussi l'usage de l'acamprosate lorsque l'objectif du traitement est une réduction de la consommation d'alcool [APA, 2018; SFA, 2015]. En effet, selon la SFA, l'acamprosate vise à réduire l'état de manque et est proposé à la fois pour aider au maintien de l'abstinence et pour prévenir la rechute après un sevrage [SFA, 2015].</p> <p>Pour les personnes qui font un usage problématique d'alcool ou les personnes avec une dépendance légère qui n'ont pas répondu aux interventions psychologiques seules ou qui ont</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>L'usage de l'acamprosate est indiqué par Santé Canada pour le maintien de l'abstinence après le sevrage alcoolique chez les personnes qui ont une dépendance à l'alcool [APhC, 2016].</p> <p>L'acamprosate est un médicament d'exception inscrit à la liste de médicaments de la RAMQ. L'indication pour le paiement est reconnue pour le maintien de l'abstinence chez les personnes souffrant de dépendance alcoolique, abstinentes à l'alcool depuis au moins 5 jours et qui font partie d'un programme de prise en charge complet axé sur l'abstinence à l'alcool [RAMQ, 2021].</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Globalement en accord avec les différentes recommandations des GPC. L'acamprosate est effectivement plus souvent utilisé dans un but d'abstinence. Cependant, il ne semble pas y avoir d'études démontrant qu'il est dangereux pour une personne non abstinente d'amorcer un traitement avec l'acamprosate. Il serait toutefois préférable d'avoir éliminé la plus grosse partie du sevrage avant de commencer un traitement pour la prévention de la rechute afin d'éviter des effets secondaires difficilement attribuables aux médicaments.</p> <p>Certains enjeux importants sont précisés entourant l'usage de l'acamprosate en première ligne dans le traitement de la prévention de la rechute, le plus important concernant son statut de médicament d'exception et le processus administratif qui y est associé, y compris l'impossibilité pour un prescripteur non autorisé d'entreprendre un</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérimentiel
	<p>spécifiquement demandé une intervention pharmacologique, considérer de prescrire l'acamprosate en combinaison avec une intervention psychologique [NICE, 2019].</p> <p>Selon la monographie du produit, chez les personnes qui s'abstiennent d'alcool au début du traitement, l'administration d'acamprosate en complément d'un programme d'aide à la sobriété augmente le pourcentage de ceux qui parviennent à l'abstinence complète au bout d'une période de 3 à 12 mois, retarde la survenue d'une rechute et réduit le nombre de jours de consommation, bien que les bienfaits soient modestes et variables [APhC, 2016]. Des bienfaits soutenus ont été aussi observés après la fin du traitement. Toujours selon la monographie, dans le traitement de la dépendance à l'alcool, l'acamprosate ne réduit pas les symptômes de sevrage durant la phase de désintoxication et il ne favorise pas l'abstinence si le traitement débute alors que le patient consomme toujours. Par conséquent, le traitement doit commencer une fois la désintoxication achevée, au moment où le patient est toujours abstinent. Par contre, si une rechute temporaire survient durant le traitement, l'administration de l'acamprosate peut continuer [APhC, 2016]</p> <p>Il est mentionné de maintenir la thérapie si une rechute survient avec l'acamprosate [VA/DoD, 2015].</p> <p>Chez les personnes qui s'abstiennent d'alcool au début du traitement, l'administration d'acamprosate en complément d'un programme d'aide à la sobriété augmente le pourcentage de ceux qui parviennent à l'abstinence complète au bout d'une période de 3 à</p>	<p>traitement pharmacologique avec l'acamprosate. D'ailleurs, ce processus peut entraîner des délais importants en pratique. Il est assez fréquent que le temps de traitement de la demande soit assez long pour que la personne à traiter rechute avant d'obtenir le médicament. Pendant la réalisation des présents travaux, une étoile a été ajoutée au code de remboursement de l'acamprosate, ce qui devrait faciliter l'accès à ce médicament en réduisant le délai avant l'approbation de la requête de médicament d'exception. L'accessibilité de l'acamprosate est aussi un enjeu important dans la pratique. De plus, l'administration de l'acamprosate répartie en trois doses par jour pourrait représenter un enjeu d'observance chez la population atteinte d'un TUA.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérientiel
	<p>12 mois, retarde la survenue d'une rechute et réduit le nombre de jours de consommation, bien que les bienfaits soient modestes et variables.</p> <p>L'acamprosate ne réduit pas les symptômes de sevrage durant la phase de désintoxication et ne favorise pas l'abstinence si le traitement débute alors que le patient consomme toujours. Par conséquent, le traitement doit commencer une fois la désintoxication achevée, au moment où le patient est toujours abstinent [APhC, 2016].</p>	
<p>La gabapentine devrait être utilisée en deuxième intention pour le traitement de prévention des rechutes.</p> <p>À la suite d'un sevrage d'alcool réalisé avec la gabapentine, ajuster au besoin jusqu'à la dose de traitement visée pour la prévention des rechutes.</p> <p>L'administration de la gabapentine ne devrait pas être interrompue brusquement.</p> <p>Le fractionnement des ordonnances et la fréquence élevée du service à la pharmacie devraient être envisagés, en particulier en début de traitement, afin d'en surveiller l'usage et d'assurer un meilleur suivi des personnes traitées.</p>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p><u><i>Selon les données recueillies concernant l'efficacité de la gabapentine en comparaison avec un placebo pour le traitement du maintien de l'abstinence à l'alcool chez l'adulte :</i></u></p> <p>Le taux d'abstinence à l'alcool et la proportion de participants qui n'ont pas présenté de jours de consommation abusive d'alcool sont significativement plus élevés chez les personnes traitées par la gabapentine à des doses quotidiennes de 1 200 à 1 800 mg comparativement à celles traitées par un placebo. Aucune différence statistiquement significative n'est toutefois observée avec des doses inférieures à 1 200 mg de gabapentine. Niveau de preuve modéré.</p> <p>La proportion de jours de consommation, la quantité d'alcool consommée est similaire entre les personnes traitées par la gabapentine comparativement à celles traitées par un placebo. Niveau de preuve modéré.</p> <p>Il n'y a aucune différence statistiquement significative du niveau d'anxiété entre les personnes</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>La gabapentine n'est pas homologuée par Santé Canada pour le traitement de la prévention de la rechute.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>La gabapentine est couramment prescrite pour le traitement de la prévention de la rechute.</p> <p>La gabapentine pourrait avoir un profil thérapeutique avantageux par rapport à certaines autres molécules et elle présente l'avantage de ne pas générer d'hépatotoxicité. De plus, la somnolence induite par la gabapentine peut, chez certaines personnes, avoir un effet bénéfique sur l'amélioration subjective du sommeil et sur l'anxiété. La gabapentine constitue donc une option de traitement intéressante.</p> <p>Selon des données récentes, il y aurait une augmentation de la diversion de la gabapentine vers le marché noir dans certaines régions, un usage problématique dans les populations qui présentent d'autres troubles d'usage et une association avec des décès dans certaines populations. Afin de limiter le risque de surdose, de</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérimentiel
	<p>traitées par la gabapentine et celles traitées par un placebo. Niveau de preuve modéré.</p> <p>Le temps jusqu'au premier jour de consommation abusive d'alcool est significativement plus long chez les personnes traitées par la gabapentine comparativement à celles traitées par un placebo. Niveau de preuve faible.</p> <p>L'envie de consommation et le niveau de dépression sont significativement plus faibles et la qualité du sommeil est significativement plus élevée chez les personnes traitées par la gabapentine à dose quotidienne de 1 800 mg comparativement à celles traitées par un placebo. Aucune différence statistiquement significative n'est toutefois observée avec des doses inférieures à 1 800 mg de gabapentine. Niveau de preuve faible.</p> <p>Le nombre moyen de critères de TUA selon le DSM pendant le traitement est significativement plus élevé chez les personnes traitées par la gabapentine à libération prolongée comparativement à celles traitées par un placebo. Niveau de preuve faible.</p> <p><u>Selon les données recueillies concernant l'innocuité de la gabapentine en comparaison à un placebo pour le traitement du maintien de l'abstinence à l'alcool chez l'adulte :</u></p> <p>Il n'y a aucune différence statistiquement significative du taux d'effets indésirables global, du taux d'abandons dus aux effets indésirables et des valeurs de tests de laboratoire entre les personnes traitées par la gabapentine et celles traitées par un placebo. Aucun effet indésirable grave n'a été</p>	<p>détournement ou les troubles d'usage de la gabapentine, il serait pertinent de suggérer d'envisager un fractionnement des ordonnances et une fréquence de service élevée à la pharmacie, et ce, en particulier en début de traitement.</p> <p>La capacité d'une personne à utiliser des molécules qui sont prises plusieurs fois par jour (gabapentine, acamprosate) peut être un enjeu important d'adhésion au traitement.</p> <p>La prise de la gabapentine ne devrait pas être cessée brusquement, ce qui pourrait engendrer des effets indésirables importants.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérientiel
	<p>observé dans les deux groupes de traitement. Niveau de preuve modéré.</p> <p>La somnolence est significativement plus fréquente chez les personnes traitées par la gabapentine comparativement à celles traitées par un placebo. Niveau de preuve modéré.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Il est suggéré par l'APA et recommandé par le BCCSU et le VA/DoD (niveau de preuve modéré, recommandation variant de faible à forte) d'offrir la gabapentine aux personnes atteintes d'un TUA de modéré à sévère qui veulent diminuer ou cesser leur consommation d'alcool, qui expriment une préférence pour la gabapentine, n'ont pas obtenu d'avantage avec l'acamprosate ou la naltrexone ou qui présentent une contre-indication à l'usage de l'acamprosate ou de la naltrexone [BCCSU, 2019; APA, 2018; VA/DoD, 2015].</p>	
<p>Le topiramate pourrait être utilisé en deuxième intention pour le traitement de prévention des rechutes.</p> <p>Précaution particulière pour amorcer un traitement au topiramate : la dose devrait être augmentée très progressivement afin de s'assurer de la tolérance de la personne.</p> <p>L'administration du topiramate ne devrait pas être interrompue brusquement.</p> <p>Le fractionnement des ordonnances et la fréquence élevée du service à la pharmacie devraient être envisagés, en particulier en début de traitement, afin</p>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p><i><u>Selon les données recueillies concernant l'efficacité du topiramate en comparaison avec un placebo pour le traitement du maintien de l'abstinence à l'alcool chez l'adulte :</u></i></p> <p>Le taux d'abstinence ou de consommation à faible risque ou de consommation non abusive, et la durée d'abstinence sont plus élevés chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par un placebo. Niveau de preuve modéré.</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>Le topiramate n'est pas homologué par Santé Canada pour le traitement de la prévention de la rechute.</p> <p><b>Savoir expérientiel des membres du comité consultatif</b></p> <p>Globalement en accord avec les recommandations des GPC. Le topiramate est couramment prescrit pour le traitement de la prévention de la rechute et constitue une option de traitement valable.</p> <p>En ce qui concerne les résultats de la revue systématique comparant le topiramate à</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérimentiel
<p>d'en surveiller l'usage et d'assurer un meilleur suivi des personnes traitées.</p> <p>Il est important de rappeler aux femmes enceintes ou en âge de procréer que l'usage de topiramate pendant la grossesse comporte des risques importants pour le fœtus (soutenir les besoins de contraception, s'il y a lieu).</p>	<p>Les envies de consommer de l'alcool, le taux de rechute à une consommation abusive d'alcool, la proportion de jours de consommation abusive d'alcool, la fréquence de consommation, la quantité d'alcool consommée et les taux de marqueurs biologiques indirects de consommation d'alcool sont plus faibles chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par un placebo. Niveau de preuve modéré.</p> <p>Il n'y a aucune différence statistiquement significative du taux d'observance au traitement entre les personnes traitées par le topiramate et celles traitées par un placebo. Niveau de preuve modéré.</p> <p>Les niveaux de dépression et d'impacts liés à l'usage de l'alcool sont plus faibles chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par un placebo. Niveau de preuve faible.</p> <p>Il n'y a aucune différence statistiquement significative du niveau d'anxiété, de la qualité de vie et des scores globaux physiques et mentaux entre les personnes traitées par le topiramate et celles traitées par un placebo. Niveau de preuve faible.</p> <p><u>Selon les données recueillies concernant l'innocuité du topiramate en comparaison avec un placebo pour le traitement du maintien de l'abstinence à l'alcool chez l'adulte :</u></p> <p>L'utilisation du topiramate à des doses allant jusqu'à 300 mg ne cause pas d'effets indésirables sérieux. Niveau de preuve élevé.</p> <p>Il n'y a aucune différence statistiquement significative du taux global d'effets indésirables</p>	<p>l'acamprostate, les données sur l'innocuité doivent être interprétées avec prudence, puisqu'il est difficile de dissocier ce qui est attribuable à la médication du tableau clinique généralement trouvé chez cette population. De plus, une période d'adaptation de 4 à 6 semaines est requise pour que l'organisme s'habitue à la diminution de la consommation d'alcool.</p> <p>Dans la pratique, le topiramate est assez fréquemment mal toléré et les effets indésirables liés aux symptômes cognitifs sont très importants avec cette molécule, rendant ainsi son usage moins fréquent.</p> <p>Bien qu'il serait préférable qu'un clinicien non expérimenté ne choisisse pas le topiramate comme option de traitement, l'enjeu principal concernant le topiramate se situe sur le plan de la tolérance. Une consultation avec un collègue expérimenté n'est pas nécessaire et pourrait causer inutilement un frein à l'usage de cette molécule.</p> <p>Il pourrait être pertinent d'indiquer comme précaution particulière pour amorcer un traitement avec le topiramate que la dose devrait être augmentée très progressivement afin de s'assurer de la tolérance de la personne.</p> <p>La prise de topiramate ne doit pas être cessée brusquement, ce qui pourrait engendrer des effets indésirables importants.</p> <p>Afin de limiter le risque de surdose, de détournement ou les troubles d'usage du topiramate, il serait pertinent de suggérer d'envisager un fractionnement des ordonnances et</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérimentiel
	<p>entre les personnes traitées par le topiramate et celles traitées par un placebo. Niveau de preuve faible</p> <p>La proportion d'abandons du traitement pour cause d'effets indésirables est similaire entre les groupes traités par le topiramate et un placebo. Niveau de preuve faible</p> <p>Les valeurs d'AST, d'ALT et de bicarbonate plasmatique sont plus basses chez les personnes traitées par le topiramate que chez celles traitées par un placebo. Niveau de preuve faible</p> <p>La fréquence de nervosité, de ralentissement psychomoteur, de trouble de concentration ou de mémoire, de paresthésies ou d'engourdissements, de perte d'appétit et de poids, de dysgueusie et de prurit est significativement plus élevée chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par un placebo. Niveau de preuve faible</p> <p><u>Selon les données recueillies concernant l'efficacité du topiramate en comparaison avec la naltrexone pour le traitement du maintien de l'abstinence à l'alcool chez l'adulte :</u></p> <p>Le taux de personnes sans rechutes (définies comme étant abstinentes ou avec une consommation modérée, brève et occasionnelle) est plus élevé chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par la naltrexone. Niveau de preuve modéré.</p> <p>Il n'y a aucune différence statistiquement significative du taux d'abstinence complète, de la durée de l'abstinence, de l'envie de consommer de l'alcool ou du taux d'observance au traitement entre</p>	<p>une fréquence de service élevée à la pharmacie, et ce, en particulier en début de traitement.</p> <p>La capacité d'une personne à utiliser des molécules qui sont prises plusieurs fois par jour peut être un enjeu important, puisque l'administration du topiramate est faite habituellement deux fois par jour.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérimentiel
	<p>les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par la naltrexone. Niveau de preuve modéré.</p> <p>La fréquence de consommation abusive ainsi que la quantité d'alcool ingérée par jour de consommation après 6 mois de traitement sont plus faibles chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par la naltrexone. Niveau de preuve faible.</p> <p>La qualité de vie et certains domaines de fonctionnement normalement impactés par la dépendance à l'alcool sont significativement améliorés pendant les 3 premiers mois de traitement chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par la naltrexone. Niveau de preuve faible.</p> <p><u>Selon les données recueillies concernant l'innocuité du topiramate en comparaison avec la naltrexone pour le traitement du maintien de l'abstinence à l'alcool chez l'adulte :</u></p> <p>Il n'y a aucune différence statistiquement significative des niveaux d'AST, d'ALT et de VGM entre les personnes traitées par le topiramate et celles traitées par la naltrexone. Niveau de preuve modéré.</p> <p>En général, sur l'ensemble de la période de traitement, il ne semble pas il y avoir de différence statistiquement significative du taux global d'effets indésirables entre les personnes traitées par le topiramate et celles traitées par la naltrexone. Lorsque la mise en place du traitement par le topiramate se fait sur une courte période, le taux d'effets indésirables semble toutefois être plus</p>	

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérimentiel
	<p>élevé dans les 3 premiers mois de traitement. Niveau de preuve faible.</p> <p>Il n'y a pas aucune différence statistiquement significative de la fréquence de fatigue, de somnolence, d'insomnie, d'étourdissements, de nausées, de perte d'appétit, de paresthésies, de prurit, de constipation et de diarrhées entre les personnes traitées par le topiramate et celles traitées par la naltrexone. Toutefois, la perte de poids est significativement plus grande chez les personnes traitées pas le topiramate comparativement à celles traitées par la naltrexone. Niveau de preuve faible.</p> <p>Les taux de ralentissement psychomoteur et de sédation légère semblent plus élevés, et les taux de nervosité et d'anxiété plus faibles chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par la naltrexone. Niveau de preuve faible.</p> <p>Les données recueillies sont insuffisantes pour évaluer si la proportion d'abandons du traitement pour cause d'effets indésirables est similaire entre les groupes traités par le topiramate et par la naltrexone. Niveau de preuve insuffisant.</p> <p><u><i>Selon les données recueillies concernant l'efficacité du topiramate en comparaison avec l'acamprosate pour le traitement du maintien de l'abstinence à l'alcool chez l'adulte :</i></u></p> <p>Le taux de personnes sans rechute (abstinentes ou avec des écarts mineurs de consommation) est significativement plus élevé chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles</p>	

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérimentiel
	<p>traitées par l'acamprosate. Niveau de preuve faible.</p> <p><i><u>Selon les données recueillies concernant l'innocuité du topiramate en comparaison avec l'acamprosate pour le traitement du maintien de l'abstinence à l'alcool chez l'adulte :</u></i></p> <p>Le taux d'abandon de traitement dû aux effets indésirables ainsi que le taux d'effets indésirables global semblent plus faibles chez les personnes traitées par le topiramate comparativement à celles traitées par l'acamprosate. Niveau de preuve faible.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Il est suggéré par l'APA et fortement recommandé par le BCCSU et le VA/DoD d'offrir le topiramate (voire en première intention) aux personnes atteintes d'un TUA d'intensité de modérée à sévère qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veulent diminuer ou cesser leur consommation d'alcool;</li> <li>• Expriment une préférence pour une autre option de traitement;</li> <li>• N'ont pas obtenu de bénéfice avec l'acamprosate ou la naltrexone;</li> <li>• Présentent une contre-indication à l'usage de l'acamprosate ou de la naltrexone.</li> </ul> <p>[BCCSU, 2019; APA, 2018; VA/DoD, 2015]</p>	

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérimentiel
<p>Le traitement pour la prévention des rechutes devrait être poursuivi minimalement durant trois mois.</p> <p>En l'absence de bénéfices détectables après trois mois de traitement, celui-ci devrait être réévalué et des options de remplacement envisagées.</p> <p>Six mois après le début du traitement, l'utilité de poursuivre la médication devrait être réévaluée en collaboration avec la personne traitée, selon les avantages et les effets indésirables perçus ou ressentis.</p>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Il est mentionné, sans être recommandé, dans le GPC de l'APA que la durée du traitement pour la prévention de la rechute et le maintien de l'abstinence est basée sur des facteurs individuels tels que la préférence de la personne, la sévérité du trouble, les antécédents de rechute, les conséquences potentielles d'une rechute, la réponse clinique et la tolérance au traitement [APA, 2018]. Toutefois, selon le BCCSU, les preuves ne sont pas suffisantes pour guider la durée optimale du traitement du TUA [BCCSU, 2019].</p> <p>Le NICE recommande de cesser le traitement (avec la naltrexone ou l'acamprosate) lorsque la consommation d'alcool persiste au-delà de 4 à 6 semaines après le début d'un traitement pharmacologique [NICE, 2019]. Il est aussi recommandé par le VA/DoD de cesser la naltrexone, le topiramate et la gabapentine et de considérer d'autres options s'il n'y a pas d'avantage détectable après un essai adéquat correspondant à l'administration de la dose recommandée durant trois mois [VA/DoD, 2015].</p> <p>Selon les GPC du BCCSU et du NICE, la majorité des directives de pratique clinique recommandent une ordonnance d'au moins six mois; à ce moment, la pertinence de poursuivre le traitement peut être réévaluée en collaboration avec la personne</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Si aucun avantage n'est détectable après trois mois, il est préférable de réévaluer le traitement plutôt que de le cesser d'emblée, car cela pourrait provoquer un risque de rechutes.</p> <p>Les effets bénéfiques peuvent prendre du temps avant de pouvoir être observés, puisque le rétablissement de la personne traitée est un long processus.</p> <p>Il est pertinent de réévaluer le traitement en collaboration avec la personne après six mois. Il est important d'évaluer la satisfaction de la personne traitée envers son traitement et les avantages perçus par celle-ci. À moins d'apparition d'effets indésirables ou de contre-indications, la perception de la personne déterminera la pertinence de poursuivre le traitement.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérientiel
	<p>[BCCSU, 2019; NICE, 2019]. Selon le GPC de la SFA, la naltrexone est proposée pour une durée de trois mois alors que l'acamprosate est proposé pour une durée de douze mois (niveau de preuve élevé) [SFA, 2015]. Lorsque cela est jugé cliniquement nécessaire, il est spécifié sans être recommandé que la médication soit continuée indéfiniment, sans effets indésirables, chez les personnes qui en retirent des avantages [BCCSU, 2019; NICE, 2019; SFA, 2015].</p>	
<p>En début de traitement, les personnes devraient bénéficier d'une surveillance étroite (p. ex. une fois par semaine) comprenant notamment l'observation des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'apparition ou l'intensification de troubles du sommeil, de symptômes dépressifs, anxieux ou d'idées suicidaires, et ce, même sans consommation d'alcool;</li> <li>• L'apparition de symptômes de sevrage, en particulier pour les personnes sans gestion préalable du sevrage;</li> <li>• La tolérance et l'observance au traitement ainsi que l'envie de consommer de l'alcool.</li> </ul> <p>Par la suite, un suivi devrait être effectué au moins une fois par mois durant six mois par un membre de l'équipe multidisciplinaire (sauf les intervenants psychosociaux) et à fréquence réduite mais régulière si le traitement est poursuivi plus de six mois.</p> <p>Il peut être bénéfique de mettre en application des mesures pour favoriser l'observance thérapeutique :</p>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Comme les symptômes de sevrage d'alcool peuvent survenir même avec une réduction soudaine ou significative de la consommation d'alcool, une surveillance étroite des personnes qui ont commencé un traitement pharmacologique pour le TUA sans gestion du sevrage est recommandée au cours des premiers stades du traitement (spécifié sans être une recommandation) [BCCSU, 2019].</p> <p>Les symptômes dépressifs et anxieux sont fréquents et parfois sévères lors du mésusage de l'alcool. Comme ils régressent le plus souvent avec le sevrage, il est recommandé de vérifier la persistance des symptômes deux à quatre semaines après un sevrage avant d'envisager un traitement de fond [SFA, 2015]. Dans les monographies des produits, il est mentionné de</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Lors du traitement, l'ajustement de la dose de médicament devrait être effectué en fonction des symptômes de sevrage tels que l'anxiété et les troubles du sommeil, et ce, malgré l'absence de consommation d'alcool.</p> <p>Il serait important de mentionner dans le GUO que la surveillance étroite en début de traitement sans gestion préalable du sevrage doit être effectuée afin de s'assurer qu'il n'y a pas d'apparition de symptômes de sevrage et pour vérifier les effets secondaires du médicament (tolérance au traitement). Cependant, ce type de suivi est aussi important chez les personnes qui ont bénéficié d'un traitement pharmacologique du sevrage.</p> <p>Il est important de surveiller l'apparition de dépression ou d'idées suicidaires chez la population atteintes d'un TUA, mais dans la grande majorité des cas, ces symptômes ne sont pas liés au traitement pharmacologique. La surveillance de l'apparition de symptômes de sevrage, dépressifs,</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérientiel
<ul style="list-style-type: none"> <li>En cas d'inobservance du traitement (plutôt que de cesser la médication);</li> <li>En cas d'instabilité ou de précarité sociale (p. ex. itinérance).</li> </ul>	<p>surveiller l'apparition de dépression ou d'idées suicidaires avec l'acamprosate, la gabapentine et le topiramate [Janssen Inc., 2020; Upjohn Canada, 2020; APhC, 2016]. Cependant, dans deux ECRA qui ont évalué la naltrexone, des cas de dépression, d'idées suicidaires et de tentatives de suicide ont été signalés dans tous les groupes lorsqu'on a comparé la naltrexone, le placebo ou les témoins traités pour le TUA [Apotex Inc., 2015].</p> <p>En ce qui concerne la fréquence du suivi, selon l'ASAM, pour les personnes traitées dans un contexte de soins primaires, des visites de suivi régulières, au moins une fois par mois durant un an, pourraient augmenter la probabilité d'une guérison durable [ASAM, 2020]. Et selon le NICE, les personnes qui prennent de l'acamprosate ou de la naltrexone doivent rester sous surveillance, au moins une fois par mois durant six mois, et à fréquence réduite mais régulière si le médicament est poursuivi après six mois [NICE, 2019].</p>	<p>anxieux, d'insomnies et d'idées suicidaires en début de traitement est une bonne pratique, et ce, pour toutes les molécules. C'est d'ailleurs aussi un élément de suivi important lors du sevrage et en cours de traitement de prévention de la rechute (même après trois mois de traitement).</p> <p>En début de traitement, un suivi rapproché (une fois par semaine) est nécessaire. Par la suite, un suivi à raison d'une fois par mois peut être suffisant, et ce, durant une période de six mois, et à fréquence réduite mais régulière si le médicament est poursuivi après six mois. Lorsque l'état de la personne est stable, le suivi peut être espacé. Il existe des enjeux pratiques afin de permettre le suivi adéquat de la personne atteinte d'un TUA. La personne doit avoir un suivi régulier, mais celui-ci peut être fait par d'autres personnes que le médecin traitant, y compris, par exemple, l'un des membres de l'équipe multidisciplinaire autre qu'un intervenant psychosocial. Par ailleurs, il est important et souhaitable de favoriser les soins interdisciplinaires chez cette population.</p>
<p>Un bilan hépatique devrait être effectué 4 à 6 semaines après l'initiation d'un traitement par la naltrexone, puis aux 6 mois par la suite.</p> <p>Lors d'un traitement par le topiramate, surveiller l'apparition d'acidose métabolique.</p>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Selon deux GPC retenus, il est spécifié que des tests de fonction hépatique devraient être effectués à 1, 3 et 6 mois, mais plus fréquemment si les enzymes hépatiques sont élevées au début du traitement [BCCSU, 2019; APA, 2018]. De façon</p>	<p><b>Information contextuelle</b></p> <p>s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Pour la naltrexone, il est important d'effectuer un bilan hépatique 4 à 6 semaines après le début du traitement afin de vérifier l'absence d'hépatotoxicité en cours de traitement. Cependant, il n'est pas nécessaire de faire ce suivi tous les mois, puisqu'il ne semble pas y avoir de données démontrant que c'est nécessaire, ou qu'une hépatotoxicité pourrait survenir en cours de traitement.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérimentiel
	<p>similaire, il est mentionné dans le guide du VA/DoD de répéter les dosages de transaminases à 6 et 12 mois, puis aux 12 mois par la suite [VA/DoD, 2015].</p> <p>Des tests visant à détecter des lésions hépatiques doivent être réalisés régulièrement après le début d'un traitement avec la naltrexone. Si l'on veut détecter le plus rapidement possible toute lésion hépatique induite par la naltrexone, il faut donc effectuer des tests réguliers pour toutes les personnes après le début du traitement. Durant les six premiers mois de traitement, il est recommandé de réaliser une fois par mois des évaluations à l'aide d'une série de tests appropriés en vue de détecter toute lésion hépatique; par la suite, le professionnel de la santé doit utiliser son jugement clinique pour déterminer la fréquence à laquelle le suivi doit être assuré [Apotex Inc., 2015].</p> <p>La monographie du topiramate recommande de surveiller les bicarbonates à l'amorce du traitement puis à intervalles réguliers afin de détecter toute acidose métabolique [Janssen Inc., 2020].</p>	<p>Pour les autres molécules, le bilan initial serait suffisant. Aucun suivi n'est nécessaire en pratique pour le topiramate, l'acamprosate ou la gabapentine.</p> <p>La surveillance des bicarbonates n'est pas faite de façon routinière en pratique lors de l'usage du topiramate. Bien que ce type de cas soit relativement rare, l'acidose métabolique est observée dans les cas de surdosage avec le topiramate. Il pourrait donc être pertinent d'ajouter cette précision au GUO, sans toutefois qu'il soit nécessaire d'en lister tous les symptômes suggestifs.</p>
<p>L'orientation vers un milieu spécialisé ou l'intensification du suivi ambulatoire, le cas échéant, pourraient être considérées dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apparition ou détérioration d'un trouble de santé physique ou mentale sévère, instable ou complexe (par exemple trouble bipolaire ou psychotique tel que la schizophrénie);</li> <li>• Apparition ou détérioration d'un autre trouble lié à l'usage d'une substance, sauf le tabac et le cannabis;</li> </ul>	<p><b>Données scientifiques issues des RS [INESSS, 2021a]</b> s. o.</p> <p><b>Recommandations de bonne pratique clinique issues des GPC, des monographies ou des ouvrages spécialisés</b></p> <p>Selon le VA/DoD, il n'y a pas assez de preuves pour recommander une façon standardisée d'évaluer le milieu de soins approprié autre que le jugement clinique de cliniciens expérimentés [VA/DoD, 2015]. Cependant, pour la prévention des</p>	<p><b>Information contextuelle</b> s. o.</p> <p><b>Perspective des membres du comité consultatif</b></p> <p>Il serait profitable de distinguer les personnes « souffrant de toxicomanie » des personnes avec des « troubles de santé mentale concomitants » et de préciser le caractère sévère ou complexe des troubles de santé mentale concomitants, puisque les troubles concomitants légers peuvent être pris en charge en première ligne.</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérientiel
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détérioration de l'environnement social ou déstabilisation psychosociale;</li> <li>• Aucun avantage obtenu malgré plusieurs tentatives adéquates de traitement.</li> </ul>	<p>rechutes, selon le BCCSU, les considérations pour l'orientation vers le milieu hospitalier sont les suivantes [BCCSU, 2019]:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun avantage obtenu de multiples tentatives de traitement antérieures;</li> <li>• Usage concomitant d'autres substances ou présence d'autres troubles de santé mentale concomitants ;</li> <li>• Environnement ou circonstances sociales instables;</li> <li>• Grossesse;</li> <li>• Nécessité d'interventions culturelles adaptées.</li> </ul> <p>Chez la personne âgée, l'instauration du traitement pour la prévention de la rechute peut être faite à domicile, à l'hôpital, pendant la prise en charge du sevrage ou en milieu de soins de longue durée, suivie d'une transition vers un établissement approprié (qualité de la preuve élevée, recommandation forte) [CCSMPA, 2019].</p>	<p>Il est effectivement pertinent de tenir compte de certains aspects culturels et psychosociaux, y compris la perception de la personne à l'égard des traitements. Cet aspect pourrait faire l'objet d'un point séparé concernant la diversité. Les particularités physiologiques et socioculturelles de la diversité devraient être considérées lors de la prise en charge de la personne.</p> <p>Des antécédents de traitement pour la prévention des rechutes sont probablement observés chez la grande majorité des personnes atteintes d'un TUA. Pour ces personnes, une investigation supplémentaire pourrait permettre de déterminer ce qui a causé l'échec des traitements antérieurs, dans l'optique de choisir le traitement le plus approprié pour la personne. Cependant, puisque cette situation est fréquente, elle ne nécessite pas d'emblée une prise en charge par un milieu spécialisé.</p> <p>Concernant les personnes présentant des conditions d'instabilité et de précarité sociale (telles que l'itinérance, par exemple), il peut être bénéfique de réaliser un certain suivi avec des intervenants psychosociaux qui peuvent s'assurer que la médication est prise de façon adéquate. De plus, la pharmacie peut offrir un service quotidien du médicament à ces personnes, bien que l'inobservance du traitement ne constitue pas un risque de préjudice supplémentaire pour la personne.</p> <p>De façon générale, toutes ces situations peuvent être prises en charge en première ligne initialement. En effet, plusieurs personnes vont présenter ce type de caractéristiques dès le début du traitement. De</p>

Recommandations	Données scientifiques et de bonne pratique clinique	Information contextuelle et savoir expérientiel
		<p>plus, une personne traitée en prévention de la rechute aura, dans la majorité des cas, fait l'objet d'une évaluation et d'une prise en charge préalables pour le sevrage. Cependant, la survenue d'une de ces situations en cours de traitement nécessite une réorientation vers un milieu spécialisé. De ce fait, les situations mentionnées précédemment pourraient s'appliquer lorsque l'un ou plusieurs de ces critères surviennent en cours de traitement uniquement.</p>

## CONCLUSION

Le présent projet avait pour objectif de formuler des recommandations, sous la forme d'un guide d'usage, entourant l'usage optimal des médicaments pour traiter le syndrome de sevrage d'alcool et pour prévenir les rechutes, et ce, dans le contexte de soins du Québec. Pour élaborer ces recommandations, l'INESSS a adopté une approche collaborative, soit la « mobilisation des connaissances », approche qui incorpore la triangulation des données scientifiques, expérientielles et contextuelles permettant d'établir l'ensemble de la preuve sur laquelle repose l'élaboration des recommandations.

Les recommandations ainsi élaborées permettent de tenir compte des plus récents changements susceptibles d'influer sur la pratique québécoise concernant l'usage des traitements pharmacologiques pour le sevrage d'alcool et pour la prévention des rechutes, notamment l'inclusion de certains anticonvulsivants dans les options thérapeutiques. Les recommandations mettent globalement l'accent sur une évaluation plus précise des personnes traitées pour un syndrome de sevrage d'alcool, notamment à l'aide d'échelles validées comme la CIWA-Ar, de même que sur les choix de traitement à privilégier pour cette population. Le guide d'usage optimal permet également de préciser certains éléments importants pour les professionnels de la santé qui travaillent en première ligne, dont l'usage de traitements pharmacologiques qui présentent un potentiel d'abus pour les personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool et l'importance d'une prise en charge pharmacologique pour la prévention des rechutes après le sevrage. Par conséquent, le guide d'usage optimal sur le sevrage de l'alcool et la prévention des rechutes pourra orienter et soutenir adéquatement la pratique des professionnels de la santé et ainsi contribuer à optimiser l'usage des médicaments et favoriser un continuum de soins pour les personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool.

## 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](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 Psychiatric Association (APA). DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Coordination générale de la traduction française Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel Guelfi. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson; 2015.
- 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](https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/the_asam_clinical_practice_guideline_on_alcohol-1.pdf).
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). The ASAM criteria: Treatment for addictive, substance-related, and co-occurring conditions. Third Edition (Mee-Lee D, Shulman GD, Fishman MJ, et al. réd.). Carson City, NV : Change Companies; 2013.
- Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, Cisler RA, Couper D, Donovan DM, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence. The COMBINE study: A randomized controlled trial. JAMA 2006;295(17):2003-17.
- Apotex Inc. Monographie de produit : Apo-Naltrexone. Antagoniste des opioïdes. Toronto, ON : Apotex Inc.; 2015. Disponible à : [https://pdf.hres.ca/dpd\\_pm/00032234.PDF](https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00032234.PDF).
- Association des pharmaciens du Canada (APhC). Acamprosate – Monographie de l'APhC. Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques, version en ligne (e-CPS). Ottawa, ON : APhC; 2016. Disponible à : <https://www.e-therapeutics.ca/search?lang=fr>.
- 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>.
- Baumgartner GR et Rowen RC. Transdermal clonidine versus chlordiazepoxide in alcohol withdrawal: A randomized, controlled clinical trial. South Med J 1991;84(3):312-21.
- Baumgartner GR et Rowen RC. Clonidine vs chlordiazepoxide in the management of acute alcohol withdrawal syndrome. Arch Intern Med 1987;147(7):1223-6.

- Bayard M, McIntyre J, Hill KR, Woodside J Jr. Alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician* 2004;69(6):1443-50.
- Boels D, Victorri-Vigneau C, Grall-Bronnec M, Touré A, Garnier A, Turcant A, Le Roux G. Baclofen and alcohol-dependent patients: A real risk of severe self-poisoning. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2017;121(4):353-9.
- 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](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](https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/02/Alcohol_Use_Disorder_FR_WEB.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/>.
- Denzin NK et Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. 2<sup>e</sup> éd. Thousand Oaks, CA : Sage; 2000.
- 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/VADoDSUDCPGRevised2216.pdf>.
- Dumont J. Diantre! Un autre sevrage d'alcool au cabinet! *Le Médecin du Québec* 2009;44(2):43-9.

- Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT). Les services de désintoxication dans les centres de réadaptation en dépendance : meilleures pratiques et offre de services de base dans un contexte de réseau intégré de services (rédigé par Pierre Desrosiers). Montréal, Qc : FQCRPAT; 2008. Disponible à : [https://aidq.org/wp-content/uploads/2013/06/Guide\\_Desintoxication.pdf](https://aidq.org/wp-content/uploads/2013/06/Guide_Desintoxication.pdf).
- Garbutt JC, Kranzler HR, O'Malley SS, Gastfriend DR, Pettinati HM, Silverman BL, et al. Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: A randomized controlled trial. JAMA 2005;293(13):1617-25.
- 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; 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 – Annexes complémentaires. 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 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; 2021c. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications.html>.
- 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; 2021d. 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; 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](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Sevrage_PORTRAIT.pdf).
- Janssen Inc. Monographie de produit : Topamax®. Antiépileptique/Prophylaxie de la migraine. Toronto, ON : Janssen Inc.; 2020. Disponible à : [https://pdf.hres.ca/dpd\\_pm/00056390.PDF](https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00056390.PDF).
- Laboratoire Riva. Monographie de produit : Riva-Oxazépam. Anxiolytique-Sédatif. Blainville, Qc : Laboratoire Riva Inc.; 2020. Disponible à : <https://www.labriva.com/monographies/00568414fr.pdf>.
- Léger M, Brunet M, Le Roux G, Lerolle N, Boels D. Baclofen self-poisoning in the era of changing indication: Multicentric reports to a French poison control centre. *Alcohol Alcohol* 2017;52(6):665-70.
- Lennox R et Mangin D. Gabapentin misuse. *CMAJ* 2019;191(2):E47.
- McCaul ME, Wand GS, Eissenberg T, Rohde CA, Cheskin LJ. Naltrexone alters subjective and psychomotor responses to alcohol in heavy drinking subjects. *Neuropsychopharmacology* 2000a;22(5):480-92.
- McCaul ME, Wand GS, Rohde C, Lee SM. Serum 6-beta-naltrexol levels are related to alcohol responses in heavy drinkers. *Alcohol Clin Exp Res* 2000b;24(9):1385-91.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet. Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028. Québec, Qc : MSSS; 2018. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>.
- Moeller KE, Kissack JC, Atayee RS, Lee KC. Clinical interpretation of urine drug tests: What clinicians need to know about urine drug screens. *Mayo Clin Proc* 2017;92(5):774-96.
- 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>.

- 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<sup>MD</sup> (lorazépam). Anxiolytique – Sédatif. Kirkland, Qc : Pfizer Canada SRI; 2019. Disponible à : [https://pdf.hres.ca/dpd\\_pm/00049816.PDF](https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00049816.PDF).
- Pfizer Canada. Monographie de produit : Lyrica<sup>MD</sup> (prégabaline en capsules). Analgésique. Kirkland, Qc : Pfizer Canada Inc.; 2016. Disponible à : [https://www.pfizer.ca/sites/default/files/201701/LYRICA\\_DC\\_PM\\_FR.pdf](https://www.pfizer.ca/sites/default/files/201701/LYRICA_DC_PM_FR.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](https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2015/donnees/pdf/053.pdf).
- Rahman A et Paul M. Delirium Tremens [site Web]. Treasure Island, FL : StatPearls Publishing; 2020. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482134/>.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Liste des médicaments – 3 février 2021. Québec, Qc : RAMQ; 2021. Disponible à : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/liste-med-2021-02-03-fr.pdf>.
- Sanis Health. Monographie de produit : Baclofen (baclofène). Relaxant musculaire/Agent antispastique. Brampton, ON : Sanis Health Inc.; 2018. Disponible à : [https://pdf.hres.ca/dpd\\_pm/00045222.PDF](https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00045222.PDF).
- 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.
- Spithoff S et Kahan M. Prise en charge en soins primaires des troubles liés à l'usage d'alcool et de la consommation à risque. Partie 2 : conseiller, prescrire, connecter. *Can Fam Physician* 2015;61(6):e266-72.
- Statistique Canada. Consommation abusive d'alcool, 2018. Feuillet 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>.
- 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.
- Thomson AD, Baker H, Leevy CM. Patterns of 35S-thiamine hydrochloride absorption in the malnourished alcoholic patient. *J Lab Clin Med* 1970;76(1):34-45.

- Tremblay J, Rouillard P, Sirois M. Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide – Alcool (DÉBA-Alcool) v2.0. Dans : Tremblay J et Blanchette-Martin N, réd. Manuel d'utilisation du DÉBA Alcool/Drogues/Jeu-8 – Version adaptée pour le Programme de formation en dépendances pour les CISSS et les CIUSSS. Québec, Qc : Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches en collaboration avec le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2016. Disponible à : [https://www.ciuuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/MissionUniversitaire/Recherche/groupercherche/DSMD\\_manuel\\_utilisation\\_deba.pdf](https://www.ciuuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/MissionUniversitaire/Recherche/groupercherche/DSMD_manuel_utilisation_deba.pdf).
- Upjohn Canada. Monographie : Neurontin<sup>MD</sup> (gabapentine). Antiépileptique. Kirkland, Qc : Upjohn Canada SRI; 2020. Disponible à : [https://pdf.hres.ca/dpd\\_pm/00056152.PDF](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

## Traitement des commentaires des lecteurs externes

Tableau A-1 Traitement des commentaires des lecteurs externes

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
Commentaires du premier lecteur externe	
Qualité scientifique du rapport : 9/10	
<b>1. Contenu général</b>	
1.1. Le rapport est-il facile à lire? L'information est-elle bien présentée? <i>Oui</i>	Aucune action requise
1.2. Le résumé est-il accessible pour un lecteur non spécialiste? <i>Oui</i>	Aucune action requise
1.3. La méthodologie est-elle robuste? <i>Oui</i>	Aucune action requise
1.4. Les éléments de réflexion sont-ils tous présents? <i>Oui</i>	Aucune action requise
1.5. L'analyse des données est-elle concise et pertinente? <i>Oui</i>	Aucune action requise
1.6. Les résultats de l'évaluation sont-ils clairement présentés? <i>Oui</i>	Aucune action requise

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p>1.7. Les conclusions sont-elles claires, en lien avec l'analyse qui précède?</p> <p><i>Oui</i></p>	<p>Aucune action requise</p>
<p>1.8. S'il y a lieu, les recommandations sont-elles applicables dans le contexte québécois actuel?</p> <p><i>Concernant l'applicabilité et l'implantation, je maintiens les commentaires déjà formulés dans mon rapport du 5 janvier 2021.</i></p> <p>Note : Les commentaires du rapport du 5 janvier 2021 peuvent être consultés dans les rapports en soutien aux protocoles médicaux nationaux (PMN) élaborés dans le cadre des travaux [INESSS, 2021c; INESSS, 2021d; INESSS, 2021e].</p>	<p>Les réponses de l'équipe de projet entourant les enjeux d'implantation des PMN peuvent être consultées dans les rapports en soutien à ces protocoles élaborés dans le cadre des travaux.</p> <p>En ce qui concerne le GUO, l'information soulevée portant sur la nécessité de diffuser et d'implanter les outils cliniques dans les hôpitaux communautaires qui ne disposent pas d'une équipe spécialisée en toxicomanie, dans les urgences et dans les GMF ainsi que sur la nécessité de favoriser des activités de formation accessibles de façon régulière sera prise en considération dans le plan de diffusion du GUO. De plus, un webinaire sur le guide sera diffusé par l'INESSS, en partenariat avec un ou des membres du comité consultatif.</p> <p>L'information soulevée concernant le rehaussement des connaissances et les changements organisationnels nécessaires à l'implantation des outils cliniques élaborés sera aussi prise en considération. Par ailleurs, la publication du GUO pourrait aussi aider les divers intervenants du réseau à implanter et à appliquer les différents PMN produits sur le TUA, le sevrage d'alcool et la prévention des rechutes, et ce, en bonifiant l'information contenue dans ces protocoles.</p> <p>Dans le PAID, les orientations 4 et 5 proposent notamment des actions concrètes visant une offre de services accessibles, de qualité et en continu ainsi que des actions qui favorisent l'innovation, le développement des connaissances et le transfert des connaissances relatives à la consommation de substances psychoactives. Les outils cliniques de l'INESSS s'insèrent plutôt dans l'orientation 6 du plan d'action, qui vise à favoriser le développement et le soutien de l'expertise clinique des intervenants qui travaillent auprès des usagers qui ont des comportements à risque ou qui répondent aux critères d'un TUS.</p> <p>En ce qui concerne la préoccupation entourant la complexité du suivi des personnes atteintes d'un TUA, qui découle du grand nombre de patients orphelins présentant ce trouble dans le réseau de la santé, il est</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
	<p>précisé dans le GUO qu'un suivi devrait être effectué au moins 1 fois par mois durant 6 mois par un membre de l'équipe multidisciplinaire (sauf les intervenants psychosociaux) et à fréquence réduite mais régulière si la prise d'un médicament pour la prévention des rechutes est poursuivie après 6 mois.</p> <p>Concernant le statut de médicament d'exception de l'acamprosate, ce point a aussi été soulevé par les membres du comité consultatif qui ont mentionné les délais importants d'accès au médicament que cela occasionne. Pendant la réalisation des présents travaux, une étoile a été ajoutée au code de remboursement de l'acamprosate, ce qui devrait réduire les délais d'accès à ce médicament, et l'information sur les enjeux entourant l'usage de l'acamprosate a été relayée à la direction de l'INESSS responsable de cette évaluation.</p>
<p>1.9. Les références sont-elles complètes et d'actualité?</p> <p><i>Oui</i></p>	<p>Aucune action requise</p>
<p><b>2. Contenu spécifique : Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections pour lesquelles vous avez une expertise particulière.</b></p>	
<p>GUO - Traitements pharmacologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de commentaire</li> </ul> <p>GUO - Bilan sanguin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de commentaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune action requise</li> <li>- Aucune action requise</li> </ul>
<p>OIP 888021 Milieu ambulatoire</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spécifier les facteurs de risque pour le Wernicke qui pourraient justifier l'utilisation de la voie parentérale : dénutrition, perte de poids, atteinte de l'état général, troubles de la démarche, de la coordination, des mouvements oculaires, chutes à répétition, troubles cognitifs.</li> <li>- Utilisation parentérale par voie IM : difficile en ambulatoire, parfaitement réalisable en milieu de réadaptation, mais rarement utilisée.</li> <li>- Pas de recommandation de durée.</li> <li>- Pas de recommandation pour pyridoxine et acide folique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Étant donné qu'il est déjà spécifié dans l'ordonnance individuelle préimprimée (OIFI) de favoriser la voie parentérale (donc en tout temps, lorsque c'est possible), les facteurs de risque pour l'encéphalopathie de Wernicke n'ont pas été ajoutés aux modèles d'OIFI. Les précisions suivantes ont toutefois été ajoutées au modèle d'OIFI : La thiamine orale est faiblement absorbée chez la population atteinte d'un TUA et elle est excrétée par voie urinaire. La voie parentérale est donc à privilégier lorsque possible (disponible notamment en pharmacie ou en CLSC). Si la voie PO est utilisée, la dose quotidienne peut être fractionnée pour favoriser une meilleure</li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
	<p>absorption. De plus, l'information suivante a été ajoutée dans le GUO, à la section sur la présentation clinique du sevrage d'alcool : Évaluer la présence d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke selon les critères de Caine.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– La durée de l'administration de la thiamine a aussi été ajoutée aux modèles d'OIPI conformément à ce qui est indiqué dans le GUO.</li> <li>– En ce qui concerne la pyridoxine et l'acide folique, ces suppléments n'ont pas été retenus dans le cadre du GUO, puisque la littérature actuelle à ce sujet n'est pas concluante.</li> </ul>
<p>OIP en établissement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Même commentaire pour facteurs de risque pour Wernicke.</li> <li>– Est-ce que « établissement » inclut les milieux de réadaptation?</li> <li>– Information insuffisante sur la prescription de doses de charge : indications, doses, durée, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Voir réponse à la question précédente sur l'encéphalopathie de Wernicke. Les précisions suivantes ont été ajoutées au modèle : La thiamine orale est faiblement absorbée chez la population atteinte d'un TUA et elle est excrétée par voie urinaire. La voie parentérale est donc à privilégier lorsque possible (perfusion IV lente ou administration IM). Si la voie PO est utilisée, la dose quotidienne peut être fractionnée pour favoriser une meilleure absorption.</li> <li>– Pour les présents travaux, le terme « établissement » fait référence à la fois au milieu hospitalier et à tout autre milieu dans lequel une surveillance étroite de la personne peut être effectuée par un professionnel de la santé habilité.</li> <li>– Dans le contexte du GUO, qui s'adresse principalement à la première ligne, l'administration de doses de charge de benzodiazépines n'a pas été retenue. En effet, selon les membres du comité consultatif, bien que des doses de charge puissent être administrées en milieu hospitalier, ce contexte clinique particulier n'est pas applicable à l'ensemble des cliniciens de première ligne qui vont traiter des sevrages. De plus, une dose de charge unique pourrait compliquer grandement le continuum de soins des populations qui ne sont pas vraiment à risque de complications et qui sont dans un milieu sans accès à un médecin.</li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p>Feuille de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Très bonne idée.</li> <li>– Pour l'ambulatoire, on pourrait recommander un suivi systématique au téléphone au jour 2 du sevrage, puis un suivi au jour 7 pour la prescription de médicaments en support à l'abstinence.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Il est indiqué au GUO, pour le sevrage en milieu ambulatoire, qu'un suivi devrait être assuré 2 à 3 fois par semaine (minimalement dans les 24 à 72 heures) par un membre de l'équipe traitante, y compris, notamment, le pharmacien, pour laisser un peu de latitude aux équipes de soins selon la situation clinique. Toutefois, des espaces ont été ajoutés à la feuille de suivi pour que les dates des prochains rendez-vous de suivi puissent y être inscrites</li> </ul>
<p>Autres commentaires</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Y aurait-il lieu d'avoir une OIP pour les médicaments en support à l'abstinence pouvant être activée par des infirmières cliniciennes qui pourraient procéder au suivi selon un protocole? En milieu de réadaptation où il y a peu de présence médicale, ces médicaments ne sont pas prescrits autant qu'il le devrait. Également, je constate un grand nombre de patients sans médecin de famille parmi les patients du CRDM. La présence de prescriptions permanentes et de protocole aiderait à combler cette lacune.</li> <li>– Aussi la transmission d'information des CRD vers les médecins de famille est déficiente. Des documents préimprimés de communication seraient utiles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pendant les travaux, les membres du comité consultatif ont également soulevé la faible fréquence de prescription de médicaments pour la prévention des rechutes. De ce fait, il est indiqué au GUO qu'un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes devrait être offert aux personnes atteintes d'un TUA, et il est précisé dans le rapport en soutien que cette ordonnance devrait être faite sans égard à la sévérité du mésusage d'alcool. De plus, un PMN portant sur l'initiation d'un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes chez une personne atteinte d'un trouble lié à l'usage d'alcool a été élaboré par l'INESSS, et ce, en association avec un modèle d'ordonnance collective. La publication et l'implantation de ces outils cliniques permettront donc aux professionnels habilités (dont les infirmières) de prescrire un traitement pour la prévention des rechutes dans certaines situations bien balisées.</li> <li>– L'élaboration de documents préimprimés de communication des CRD vers les médecins de famille ne faisait pas partie du mandat confié à l'INESSS, et aucune donnée à cet égard n'a été colligée en cours de projet. La pertinence d'élaborer un tel document sera toutefois évaluée lors de la mise à jour du guide d'usage optimal.</li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<b>3. Transfert de connaissance : Vos réponses serviront à développer notre stratégie de transfert des connaissances à la suite de la publication du rapport.</b>	
<p>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 rapport?</p> <p><i>Mêmes commentaires que le 5 janvier 21</i></p> <p>Note : les commentaires du rapport du 5 janvier 2021 peuvent être consultés dans les rapports en soutien aux PMN élaborés dans le cadre des travaux.</p>	<p>Les réponses de l'équipe de projet entourant les enjeux d'implantation des PMN peuvent être consultées dans les rapports en soutien aux PMN élaborés dans le cadre des travaux.</p> <p>En ce qui concerne l'accessibilité des outils cliniques non seulement pour les professionnels, mais aussi pour la population en général, puisque les outils et les rapports en soutien élaborés dans le cadre des présents travaux sur le sevrage d'alcool et la prévention des rechutes sont publiés sur le site Web de l'INESSS, ces documents sont ainsi accessibles à la population générale. Cependant, l'information fournie quant aux professionnels de la santé et décideurs qui pourraient bénéficier du contenu des outils et des rapports en soutien sera prise en considération lors de la diffusion et des activités de transfert de connaissances.</p>
<p>3.2. Quels congrès, conférences, symposiums ou autres lieux d'échanges particuliers vous semblent appropriés pour partager les résultats du rapport que vous avez révisé?</p> <p><i>Aucune réponse fournie.</i></p>	<p>Aucune action requise</p>
<b>Commentaires du deuxième lecteur externe</b>	
<b>Qualité scientifique du rapport : 10/10</b>	
<b>1. Contenu général</b>	
<p>1.1. Le rapport est-il facile à lire? L'information est-elle bien présentée?</p> <p><i>Rapport très pertinent. La lecture de ce document permet de comprendre les recommandations de ce guide d'usage.</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p>1.2. Le résumé est-il accessible pour un lecteur non spécialiste?</p> <p><i>Tout à fait. Le résumé permet de comprendre le contexte d'élaboration de ce guide et les grandes lignes de la prise en charge.</i></p>	Aucune action requise.
<p>1.3. La méthodologie est-elle robuste?</p> <p><i>Oui</i></p>	Aucune action requise.
<p>1.4. Les éléments de réflexion sont-ils tous présents?</p> <p><i>Oui</i></p>	Aucune action requise.
<p>1.5. L'analyse des données est-elle concise et pertinente?</p> <p><i>Oui</i></p>	Aucune action requise.
<p>1.6. Les résultats de l'évaluation sont-ils clairement présentés?</p> <p><i>Oui, le tableau des recommandations avec les données scientifiques est très clair et bien fait.</i></p>	Aucune action requise.
<p>1.7. Les conclusions sont-elles claires, en lien avec l'analyse qui précède?</p> <p><i>Oui</i></p>	Aucune action requise.
<p>1.8. S'il y a lieu, les recommandations sont-elles applicables dans le contexte québécois actuel?</p> <p><i>Tout à fait, et je crois que le pharmacien communautaire ou le pharmacien UMG/GMF devrait être impliqué dans le suivi de ces patients traité en milieu communautaire.</i></p>	Aucune action requise.
<p>1.9. Les références sont-elles complètes et d'actualité?</p> <p><i>Oui</i></p>	Aucune action requise.

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><b>2. Contenu spécifique : Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections pour lesquelles vous avez une expertise particulière.</b></p>	
<p>En ce qui a trait à mon expertise (la toxicologie) je trouve que l'ajout d'information sur la quantité de médicament à servir vs le potentiel d'abus est très pertinent. Certains professionnels de la santé pourraient ne pas connaître le risque d'abus de certains médicaments tel que la gabapentine.</p> <p>De plus l'explication dans le rapport sur l'utilisation des tests urinaires pour détecter par exemple une utilisation d'opioïdes est bien formulée et est claire. Il y a plusieurs éléments à considérer dans l'interprétation de ces tests et le rapport les mets en évidence.</p> <p>Comme pharmacienne, je trouve que les tableaux sur les traitements pharmacologiques sont clairs. Tous les éléments, notamment, l'indication, les données pharmacocinétiques pertinentes, la posologie, l'ajustement posologique selon la situation clinique, les C-I, les interactions, ainsi que comment diminuer les doses sont présents et très clairs.</p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p><b>3. Transfert de connaissances : Vos réponses serviront à développer notre stratégie de transfert des connaissances à la suite de la publication du rapport.</b></p>	
<p>3.1. Quels groupes particuliers, parmi les cliniciens, les professionnels de la santé, les décideurs ou la population en général pourraient bénéficier de l'information contenue dans ce rapport?</p> <p><b>Les pharmaciens communautaires et ceux travaillant en GMF/UMF</b> pour les intégrer dans les suivis des sevrages en ambulatoire et pour la prévention des rechutes.</p> <p><i>Au risque de me répéter dans l'UMF où j'ai travaillé 3 ans, je n'ai jamais eu de demande de consultation à ce sujet et nous avons une population vulnérable.</i></p> <p><b>Aux urgentologues</b> qui reçoivent souvent des patients intoxiqués à l'alcool à l'urgence et qui doivent gérer le sevrage de ces patients. Au centre antipoison nous avons souvent des questions en lien avec le sevrage à l'alcool et les s/s à surveiller et sur l'administration des benzodiazépines. Nous pourrions les référer à ce guide d'usage optimal. Également les urgentologues seraient sensibilisés au traitement préventif des rechutes.</p> <p><b>Aux infirmières de l'urgence</b> : ce guide les aiderait à comprendre l'administration des médicaments et les échelles à utiliser pour suivre le patient (CIWA, RASS etc) qui selon moi ne sont pas assez utilisées à l'urgence.</p>	<p>L'information fournie sera prise en considération lors de la diffusion des outils cliniques ainsi que lors des activités de transfert de connaissances associées à ces outils.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p>3.2. Quels congrès, conférences, symposiums ou autres lieux d'échanges particuliers vous semblent appropriés pour partager les résultats du rapport que vous avez révisé?</p> <p><i>Congrès de l'AMUQ (Association des médecins d'urgence du Québec)</i></p> <p><i>Congrès de l'APES (Association des pharmaciens en établissement santé)</i></p>	<p>L'information fournie sera prise en considération lors de la diffusion des outils cliniques ainsi que lors des activités de transfert de connaissances associées à ces outils.</p>
<p>Commentaires du troisième lecteur externe</p>	
<p><b>Qualité scientifique du rapport : 8/10</b></p>	
<p><b>1. Contenu général</b></p>	
<p>1.1. Le rapport est-il facile à lire? L'information est-elle bien présentée?</p> <p><i>Oui. La structure reflète la démarche clinique préconisée lors de la prise en charge des patients souffrant d'un TUA (évaluation initiale, sevrage, puis prévention des rechutes), et reprend celle du GUO. Il est facile de naviguer entre les sections pour repérer rapidement l'information recherchée. La présentation des recommandations en tableau résume bien les données qui les sous-tendent.</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>1.2. Le résumé est-il accessible pour un lecteur non spécialiste?</p> <p><i>Oui. La démarche d'élaboration du GUO ainsi que l'ensemble de l'information pertinente à des cliniciens de première ligne, y sont présentées de façon concise et claire.</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>1.3. La méthodologie est-elle robuste?</p> <p><i>Tout à fait. La revue de littérature me semble exhaustive. Les GPC choisis sont à jour et pertinents à la pratique québécoise. La triangulation des données issues de la littérature avec l'expérience de cliniciens expérimentés rajoute une pertinence clinique indéniable aux recommandations.</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p>1.4. Les éléments de réflexion sont-ils tous présents?</p> <p><i>Oui. Les questions de recherche mentionnées à la section 1.1 représentent bien l'ensemble des enjeux ayant trait à la prise en charge du sevrage d'alcool et à la prescription du traitement de prévention des rechutes.</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>1.5. L'analyse des données est-elle concise et pertinente?</p> <p>1.6. Les résultats de l'évaluation sont-ils clairement présentés?</p> <p><i>Oui. La synthèse narrative rend beaucoup plus digeste l'information recueillie à partir des différents GPC, et permet de la comparer facilement aux recommandations émises par le comité consultatif. Par ailleurs, le choix d'avoir retiré du rapport en soutien la revue systématique recensant les données d'innocuité et d'efficacité des différents traitement pharmacologiques, tout en y présentant les conclusions, allège de beaucoup la lecture du texte.</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>1.7. Les conclusions sont-elles claires, en lien avec l'analyse qui précède?</p> <p><i>Oui. J'apprécie particulièrement le choix de séparer les recommandations en trois questions cliniques simples, qui reflètent le processus de réflexion auquel devrait se plier le clinicien lors de la prescription d'un traitement pour le sevrage ou pour la prévention des rechutes.</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>1.8. S'il y a lieu, les recommandations sont-elles applicables dans le contexte québécois actuel?</p> <p><i>Oui, mais seulement en assurant les conditions permettant leur mise en application au sein des milieux de première ligne, par exemple en formant le personnel infirmier des unités de soins généraux à l'utilisation de l'échelle CIWA-Ar, ou encore en encourageant les GMF ou les CLSC à créer des équipes interprofessionnelles dédiées au suivi des patients souffrant d'un TUA. À l'heure actuelle, ces conditions ne sont pas en place de façon uniforme à travers la province. Par ailleurs, les disparités d'accès aux milieux spécialisés en dépendance entre les différentes régions du Québec, qui touchent particulièrement les régions éloignées, risquent de complexifier l'orientation des patients vers ces milieux en cas de détérioration ou d'échec de traitement de leur TUA. Le développement de</i></p>	<p>Les différents enjeux d'application soulevés en première ligne, comprenant, notamment, la formation des professionnels de la santé, la création d'équipes pluridisciplinaires responsables du suivi des personnes atteintes d'un TUA ainsi que l'utilisation de ressources telles que la télémédecine seront prises en considérations lors de la diffusion des outils cliniques et des activités de transfert de connaissances associées.</p> <p>Dans le PAID, les orientations 4 et 5 proposent notamment des actions concrètes visant une offre de services accessibles, de qualité et en continu ainsi que des actions qui favorisent l'innovation, le développement des connaissances et le transfert des connaissances relatives à la consommation de substances psychoactives. Les outils cliniques de l'INESSS s'insèrent plutôt dans l'orientation 6 du PAID, qui vise à favoriser le développement et le soutien de l'expertise clinique</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><i>corridors de service et de nouvelles avenues de prestation de soins, notamment la télémédecine, pourrait permettre de pallier ces disparités.</i></p>	<p>des intervenants qui travaillent auprès des usagers qui ont des comportements à risque ou qui répondent aux critères d'un TUS.</p>
<p>1.9. Les références sont-elles complètes et d'actualité?</p> <p><i>Oui. Tel que mentionné plus haut, la revue de littérature ayant mené à l'élaboration du rapport me semble exhaustive, et le choix de limiter la recherche aux publications des cinq dernières années permet d'en assurer la pertinence.</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>
<b>2. Contenu spécifique : Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections pour lesquelles vous avez une expertise particulière.</b>	
<p>Mon expertise étant avant tout celle d'un clinicien de première ligne, mes commentaires portent surtout sur la structure du GUO, car c'est l'outil que je serai le plus appelé à utiliser dans le cadre de ma pratique.</p> <p><b>Guide d'usage optimal - Section Évaluation initiale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Afin d'aiguiller le clinicien dans le choix du traitement de prévention des rechutes à offrir aux patients ayant déjà essayé de tels traitements, je préciserais l'information à récolter quant aux antécédents de traitement, en rajoutant entre parenthèses : « efficacité, tolérance, dose maximale atteinte, raison de l'arrêt ».</i></li> <li>– <i>Selon mon expérience, les tests de toxicologie urinaire sont considérés comme très intrusifs par les patients. Afin d'éviter que les cliniciens ne soient portés à en demander de routine lors de l'évaluation initiale, je rajouterais une mention à l'effet que ce test ne devrait pas remplacer le questionnaire sur la consommation d'autres substances ou ne devrait être réalisé que s'il persiste un doute important sur l'information rapportée par le patient, à la deuxième puce de la section Analyses de laboratoire.</i></li> </ul>	<p>La modification suivante a été apporté au GUO, à la section sur les principes de traitement pour la prévention des rechutes (en gras) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ La sélection du traitement pharmacologique devrait notamment considérer les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les objectifs du traitement (p. ex. réduction de la consommation ou abstinence, traitement de l'anxiété ou des troubles du sommeil), ceux-ci pouvant évoluer en cours de route;</li> <li>○ Les expériences antérieures de traitement (y compris la tolérance et la dose maximale atteinte), les besoins et les préférences de la personne traitée.</li> </ul> </li> </ul> <p>L'énoncé sur la toxicologie urinaire a fait l'objet de plusieurs discussions avec les membres du comité consultatif, et la notion de doute quant à la consommation de la personne ne faisait pas consensus et n'a donc pas pu être retenue dans le GUO. Afin de restreindre l'utilisation de ce test, l'énoncé est mentionné à l'extérieur du bilan de base et nuancé dans le GUO. Toutefois, l'information fournie a été ajoutée au rapport en soutien au GUO et, après consultation des membres du comité consultatif, l'énoncé a été précisé en le reformulant comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Considérer un test de toxicologie urinaire uniquement en cas de forte suspicion de mésusage d'autres substances.</li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Sevrage - Sous-section Présentation clinique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Je rajouterais une mention, soit dans le texte ou dans une note de bas de section, concernant les possibles facteurs confondants du score CIWA-Ar, en particulier lors de l'intoxication ou du sevrage concomitant d'autres substances.</i></li> </ul>	<p>Puisqu'une note similaire est indiquée dans la grille CIWA-Ar qui se trouve en annexe du GUO : « l'interprétation du score doit tenir compte des données de l'évaluation clinique ou des facteurs de confusion (p. ex. l'effet des médicaments, des conditions médicales, des difficultés à communiquer). », aucune modification au GUO n'a donc été effectuée, mais une attention particulière sera portée à l'infographie pour faire ressortir convenablement cette note dans l'annexe.</p>
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Sevrage - Sous-section Présentation clinique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>L'énoncé concernant l'outil ASSIST porte à confusion. En effet, cet outil est surtout utilisé pour identifier le mésusage de drogues, un peu comme l'outil AUDIT pour l'alcool. Bien que l'usage d'une substance prédispose la personne à un sevrage, je ne suis pas certain que l'on puisse l'utiliser pour rechercher un syndrome de sevrage à d'autres substances. Il serait ainsi plus pertinent de déplacer la puce concernant l'outil ASSIST dans la section Évaluation initiale, avec celle concernant l'outil AUDIT.</i></li> </ul>	<p>L'argumentaire du rapport en soutien a été bonifié afin de mieux informer les professionnels de la santé sur l'outil ASSIST. De plus, l'énoncé sur cet outil a été déplacé dans la section sur l'évaluation initiale et modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Le mésusage d'autres substances psychoactives pourrait être évalué avec l'outil <a href="#">ASSIST</a> (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test).</li> </ul>
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Sevrage - Sous-section Facteurs de risque de complications liées au sevrage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>La description des deux premiers facteurs de risque de complications de sevrage porte à confusion. En effet, je pense qu'il faut faire la différence entre la sévérité du sevrage et la présence ou l'absence de complications de sevrage. Alors que la sévérité du sevrage se rapporte davantage au syndrome comme tel, et au score CIWA-Ar, les complications de sevrage sont des entités cliniques distinctes (hallucinoïse, convulsions, DT) qui peuvent se manifester (pour les convulsions, par exemple) peu importe le degré de sévérité du syndrome de sevrage. Ainsi, je modifierais les descriptions pour : « Présence d'un syndrome de sevrage actif modéré ou sévère ou de complications liées au sevrage (hallucinoïse, convulsions, DT) » et « Antécédents de sevrage sévère ou de complications liées au sevrage ».</i></li> <li>- <i>Je préciserais l'énoncé du facteur de risque « Hyperactivité marquée du système nerveux central (SNC) » en y ajoutant des exemples. Est-ce que l'on évoque une hyperactivité du système nerveux autonome (tachycardie, hypertension, diaphorèse, etc.)?</i></li> <li>- <i>Je ne suis pas certain que la présence de comorbidités physiques ou psychiatriques soit un facteur de risque de complication de sevrage, mais</i></li> </ul>	<p>Les deux premiers facteurs de risque de complications de sevrage ont été modifiés pour tenir compte des commentaires fournis et des recommandations de l'ASAM à ce sujet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence d'un syndrome de sevrage actif modéré ou sévère lors de la présentation;</li> <li>- Antécédent de sevrage sévère ou de complications liées au sevrage (p. ex. hallucinations, convulsions, <i>delirium tremens</i>);</li> </ul> <p>Conformément aux commentaires reçus ainsi qu'aux recommandations de l'ASAM et du NICE sur les facteurs de risque de complications du sevrage d'alcool, l'énoncé a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyperactivité marquée du système nerveux autonome (p. ex. tachycardie, diaphorèse, hypertension);</li> </ul> <p>Selon l'ASAM, la présence de comorbidités médicales ou de maladies chirurgicales (plus spécifiquement de traumatisme craniocérébral) représentent des facteurs de risque de complications du sevrage d'alcool, alors que la présence de symptômes modérés d'un désordre psychiatrique concomitant pourrait augmenter le risque de</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><i>davantage une indication de référence en milieu hospitalier. Je l'enlèverais donc de cette sous-section.</i></p>	<p>complications liées au sevrage. Après consultation des membres du comité consultatif, il a toutefois été jugé pertinent de retirer les comorbidités psychiatriques des facteurs de risque de complications du sevrage dans le GUO.</p>
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Sevrage -Sous-section Principes de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Afin de rendre le GUO encore plus utile en contexte réel de soins, je propose de modifier la structure de cette sous-section pour proposer au lecteur une démarche clinique systématique pour la prise en charge du sevrage d'alcool et l'orientation appropriée des patients, ce qui, dans mon expérience clinique, est l'élément avec lequel les cliniciens peu expérimentés ont le plus de difficulté. Les quatre étapes de cette démarche pourraient être les suivantes :</i></li> </ul> <p><i><u>Étape 1 : Déterminer si un traitement pharmacologique est indiqué.</u> Les informations de la première puce pourraient être reprises ici.</i></p> <p><i><u>Étape 2 : Déterminer si la prise en charge du sevrage devrait se faire en milieu hospitalier ou en milieu ambulatoire.</u> Les éléments de la sous-section Critères d'orientation en milieu hospitalier pourraient être déplacés ici (hormis les puces 4 et 5, qui représentent plutôt des critères d'échec à un sevrage en milieu ambulatoire). On pourrait y mentionner explicitement que les patients qui présentent un faible risque de complications liées au sevrage (PAWSS &lt; 4) et un sevrage léger à modéré (CIWA-Ar &lt; 19) peuvent être orientés en milieu ambulatoire. Les particularités associées au traitement du sevrage en milieu ambulatoire (fractionnement des doses, disponibilité du personnel soignant et d'une personne de soutien) pourraient être reprises ici.</i></p> <p><i><u>Étape 3 : Choisir le traitement pharmacologique.</u> Cette section pourrait simplement mentionner que le choix du traitement dépend de la sévérité du sevrage et des caractéristiques du patient, et référer aux tableaux des pages suivantes.</i></p> <p><i><u>Étape 4 : Déterminer le schéma d'administration à privilégier.</u> Les deux schémas d'administration (selon les symptômes vs selon un horaire fixe), ainsi que leurs avantages, pourraient être décrits ici, et on pourrait y reprendre les critères qui nécessitent une administration à horaire fixe, notamment lorsqu'une évaluation fiable des symptômes de sevrage n'est pas possible. Il pourrait être pertinent de mentionner que l'administration selon les symptômes peut être utilisée en ambulatoire chez les patients qui ne sont pas en sevrage actif lors de l'évaluation, afin d'assurer une couverture en cas d'apparition ultérieure d'un syndrome de sevrage. Il pourrait être pertinent de définir les critères d'administration d'une dose</i></p>	<p>Selon les recommandations de l'ASAM, il est considéré comme approprié de traiter les sevrages d'intensité légère en milieu 1-WM (1-GS) et 2-WM (2-GS), qui sont des milieux ambulatoires mais où l'intensité du suivi et la présence de personnel médical est variable. Cependant, l'ASAM se positionne comme « neutre/incertain » en ce qui concerne la gestion des sevrages d'intensité modérée en milieu 1-WM, mais approprié en milieu 2-WM. Puisque le mandat de l'INESSS pour le présent projet n'aborde pas l'organisation des soins, qui varie grandement avec les régions, notamment en ce qui concerne les types de services trouvés en CRD, il a été décidé de formuler une recommandation claire pour les sevrages d'intensité légère, pour lesquels une prise en charge ambulatoire devrait être considérée, et de laisser au jugement du clinicien d'orienter la personne vers un milieu de soins approprié à sa condition clinique pour les sevrages d'intensité modérée, et ce, en tenant compte du niveau de risque de complications et de facteurs environnementaux propres à chaque personne.</p> <p>Bien que les deux schémas d'administration soient adéquats dans les deux types de milieux (ambulatoire et hospitalier), pour simplifier le GUO, il a été décidé avec les membres du comité consultatif que le schéma d'administration pouvait être laissé à la discrétion du clinicien en milieu ambulatoire, mais que, de façon générale, en milieu hospitalier, le schéma en fonction des symptômes devrait être favorisé afin de s'assurer que les doses de médicament seront fréquemment ajustées en cours de sevrage. De plus, les situations pour lesquelles des doses décroissantes selon un horaire fixe sont préférables concernent surtout le milieu hospitalier.</p> <p>Par son format, le guide d'usage optimal cible principalement les cliniciens et, de ce fait, une plus grande place est laissée au jugement clinique dans ce type d'outil que dans un PMN. Pour les cliniciens moins expérimentés, l'information contenue dans les différents PMN de</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><i>PRN de médication, tels que décrits au PMN sur l'administration de médication pour le sevrage, tant en ambulatoire (présence d'au moins un symptôme de sevrage) qu'en milieu hospitalier (score CIWA-Ar <math>\geq</math> 8 ou fréquence cardiaque <math>\geq</math> 100 bpm). Ces critères pourraient également être rajoutés au feuillet d'information remis au patient.</i></p>	<p>l'INESSS sur le sevrage d'alcool et la prévention des rechutes pourrait compléter l'information trouvée dans le GUO. De plus, afin de permettre aux cliniciens de naviguer rapidement à travers les GUO de l'INESSS et de se référer aux sections d'intérêt, l'organisation générale des guides d'usage tend à être similaire. Pour ces différentes raisons, une section sur les critères d'orientation vers un milieu spécialisé est normalement insérée à la fin des GUO.</p>
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Sevrage -Sous-section Principes de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Je modifierais la structure du paragraphe traitant des indications de traitement, de façon à ce que les conditions selon lesquelles un traitement pharmacologique devrait être administré ou peuvent être considéré soient plus explicites :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>« <i>Doit être administré en présence :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'un syndrome de sevrage actif modéré à sévère (score CIWA-Ar <math>\geq</math> 8 ou CIWA-modifiée <math>\geq</math> 7) OU</li> <li>- D'un risque élevé de complications liées au sevrage (score PAWSS <math>\geq</math> 4)</li> <li>- Devrait être considéré en présence :</li> <li>- D'un faible risque de complications liées au sevrage (score PAWSS &lt; 4) ET</li> <li>- D'un syndrome de sevrage actif léger (score CIWA-Ar &lt; 8 ou CIWA-modifiée &lt; 7) OU d'un risque de sevrage à l'arrêt ou à la diminution de la consommation ».</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- <i>À la fin de ce paragraphe, l'énoncé concernant la possibilité de considérer une prise en charge ambulatoire pour les patients à faible risque de complications de sevrage porte à confusion, et devrait être retiré. En effet, on pourrait croire que les patients concernés sont également ceux qui présentent un syndrome de sevrage actif léger, et que tous les patients qui présentent un score CIWA-Ar <math>\geq</math> 8 devraient nécessairement être hospitalisés, ce qui n'est pas le cas et contredit les critères d'orientation en milieu hospitalier listés plus bas.</i></li> </ul>	<p>Ce paragraphe a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>► Un traitement pharmacologique pour le sevrage : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Doit être administré en présence : <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'un syndrome de sevrage actif de modéré à sévère (score CIWA-Ar <math>\geq</math> 8 ou CIWA-modifiée <math>\geq</math> 7); OU</li> <li>- D'un risque élevé de complications liées au sevrage (score PAWSS <math>\geq</math> 4);</li> </ul> </li> <li>○ Devrait être considéré en présence : <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'un faible risque de complications liées au sevrage (score PAWSS &lt; 4); ET</li> <li>- D'un syndrome de sevrage actif léger (score CIWA-Ar &lt; 8 ou CIWA-modifiée &lt; 7); OU</li> <li>- D'un risque de développer un syndrome de sevrage à l'arrêt ou à la réduction de la consommation.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p>Puisque, dans le cadre des présents travaux, le mandat de l'INESSS n'implique pas l'organisation des soins, il est laissé à la discrétion des cliniciens de traiter le sevrage d'alcool modéré en milieu ambulatoire, en CRD ou en milieu hospitalier. De ce fait, sont simplement indiquées dans le GUO les conditions pour lesquelles une prise en charge en milieu ambulatoire devrait être considérée et, à l'inverse, les conditions pour lesquelles une prise en charge en milieu hospitalier est requise.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Sevrage -Sous-section Traitements pharmacologiques du sevrage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Je retirerais les énoncés « faible risque de sevrage » et « risque élevé de sevrage sévère » dans le tableau. Bien qu'on y suggère des scores permettant l'évaluation de la sévérité d'un sevrage actif ou du risque de complications reliées au sevrage, le GUO ne mentionne pas explicitement comment évaluer le risque de développer un syndrome de sevrage. Il serait donc plus simple de ne s'en tenir qu'aux deux paramètres pour lesquels des scores existent. On pourrait changer le titre des rangées pour « Syndrome de sevrage actif léger à modéré ET Faible risque de complications » et « Syndrome de sevrage actif sévère OU Risque élevée de complications de sevrage », en ajoutant les pointages des scores CIWA-Ar et PAWSS correspondants.</i></li> <li>- <i>Je regrouperais les rangées « Syndrome de sevrage sévère » et « Risque élevé de sevrage sévère ou de complications », situations pour lesquelles le traitement reste le même, tout en conservant la mention concernant l'amorce rapide du traitement dans ce cas.</i></li> </ul>	<p>Les scores sur les différentes échelles ont été ajoutées au tableau des traitements pharmacologiques. Bien que qu'il ne soit pas implicitement mentionné dans le GUO comment évaluer le risque de développer un syndrome de sevrage, il a été soulevé par les membres du comité consultatif que la plupart des personnes qui se présentent pour une consultation souhaitent cesser de consommer de l'alcool. Pour ces personnes, il a été jugé utile d'indiquer au GUO quel type de traitement devrait être prescrit pour celles qui présentent, selon l'évaluation initiale et les facteurs de risque de complications du sevrage, un « faible risque de sevrage » ou « un risque élevé de sevrage sévère ou de complications ». De plus, les personnes qui ont un score CIWA-Ar ou CIWA modifié compris dans l'intervalle correspondant à un sevrage d'intensité modérée devraient être suivies de très près, puisqu'elles sont à risque de faire un syndrome de sevrage sévère. Pour ces différentes raisons, la notion de risque a été conservée au GUO.</p> <p>Les membres du comité consultatif étaient en accord avec l'indication au GUO d'une posologie de benzodiazépines pour les sevrages sévères non compliqués, et ce, pour les petits milieux hospitaliers qui ne possèdent pas de service spécialisé en toxicomanie. Cependant, ils étaient en désaccord avec l'indication de posologie pour les sevrages compliqués ou à risque de complications, qui doivent absolument être pris en charge rapidement en milieu spécialisé. Pour ces raisons, le sevrage sévère est indiqué séparément du risque de sevrage sévère ou de complications liées au sevrage dans le tableau des traitements pharmacologique.</p>
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Sevrage -Sous-section Traitements pharmacologiques du sevrage et Modèles d'OIPI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>J'ajouterais un exemple de diminution des doses de benzodiazépines pour assister les cliniciens dans la rédaction de l'ordonnance du traitement pharmacologique : « par exemple, TID pendant 48 heures, puis BID pendant 48 heures, puis HS pendant 48 heures ». Cet exemple pourrait aussi être ajouté aux OIPI plutôt qu'au GUO.</i></li> </ul>	<p>Dans les modèles d'OIPI, pour les benzodiazépines, les énoncés ont été modifiés après consultation des membres du comité consultatif pour y apporter un exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsque l'état est stabilisé, diminuer durant 3 à 7 jours en réduisant la dose ou la fréquence (p. ex. TID durant 48-72 heures, puis BID durant 48-72 heures, puis HS durant 48-72 heures si des benzodiazépines ne sont pas prises sur une base régulière).</li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Sevrage -Sous-section Traitements pharmacologiques du sevrage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Je retirerais les critères de stabilité pour la diminution des doses du titre de la rangée, car ces critères ne s'appliquent pas en milieu ambulatoire, où l'échelle CIWA-Ar ne peut pas être utilisée. Je préciserais les critères de diminution de doses dans la sous-section Suivi.</i></li> </ul>	<p>Puisque le schéma de diminution des doses est indiqué dans le tableau des traitements sans être répété dans la section « Suivi » du GUO, bien que les scores sur les échelles CIWA-Ar et CIWA-modifiée soient effectivement plus applicables au milieu hospitalier, il a été jugé pertinent de les laisser à côté du schéma régressif des doses de médicaments en ajoutant « p. ex. » devant les scores.</p>
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Sevrage -Sous-section Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Pour le suivi en milieu ambulatoire, il serait pertinent de rajouter une évaluation de l'état émotionnel, y compris les idées suicidaires, dans les éléments à rechercher lors des suivis. Cet ajout permettrait de faire concorder ces éléments avec les directives du PMN sur le sevrage d'alcool.</i></li> </ul>	<p>La précision suivante a été ajoutée au GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ En milieu ambulatoire : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un suivi devrait être assuré 2 à 3 fois par semaine (minimalement dans les 24 à 72 heures après le début du traitement) par un membre de l'équipe traitante, y compris, notamment, le pharmacien, et devrait inclure une recherche : <ul style="list-style-type: none"> <li>- [...]</li> <li>- De modification de l'état émotionnel (p. ex. idées suicidaires).</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Sevrage -Sous-section Traitements pharmacologiques du sevrage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Il pourrait être pertinent de reprendre les situations cliniques qui constituent un échec de traitement en milieu ambulatoire (ie. une absence de réponse après 24 à 48 heures, une persistance de la consommation ou une aggravation de l'état général), ainsi que les différentes options possibles de prise en charge (ie. réévaluer le milieu de soins, augmenter la dose de médication ou changer le type de médication).</i></li> </ul>	<p>Bien que l'ASAM mentionne que plusieurs options sont possibles en cas d'aggravation des symptômes ou d'absence de réponse aux traitements après 24 à 48 heures, notamment l'augmentation de la dose ou la réévaluation du milieu de soins, il a été jugé pertinent de mentionner au GUO de diriger ces personnes vers un milieu hospitalier pour une prise en charge plus optimale et un suivi plus rapproché.</p>
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Sevrage -Sous-section Traitements pharmacologiques du sevrage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Pour le suivi en milieu hospitalier, il serait pertinent de mentionner que les réévaluations doivent inclure le calcul du score CIWA-Ar, et de mentionner leur fréquence selon l'intensité du sevrage. Je reprendrais simplement les indications contenues au rapport en soutien (ainsi qu'au PMN sur le sevrage), soit : « réévaluation 1 heure après l'administration d'une benzodiazépine, plus rapproché en cas de complication de sevrage ou de sevrage sévère, à ajuster en fonction du jugement clinique et de l'état de la personne ». Ces indications pourraient également être rajoutées à l'OIPI.</i></li> </ul>	<p>Dans la section « Suivi » du GUO, il est indiqué que « les doses de médicament et la fréquence d'évaluation de la personne devraient être ajustées en cours de traitement selon l'évolution des symptômes de sevrage ». À la fin de cet énoncé, qui se veut plus général et applicable aux deux milieux de soins, la mention suivante a été ajoutée « (p. ex. selon une échelle validée) ainsi qu'en fonction de l'état de santé, des antécédents de complications, du soutien social et de l'environnement de la personne ».</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
	<p>De plus, l'énoncé sur le suivi du sevrage en milieu hospitalier a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ En établissement, un suivi rapproché devrait être assuré au moins après les 2 ou 3 premières doses du traitement, et ce, jusqu'à ce que les signes et symptômes de sevrage soient contrôlés.</li> </ul>
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Sevrage - Sous-section Critères d'orientation vers le milieu hospitalier</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Par souci de terminologie, je changerais l'énoncé du dernier critère pour « Trouble lié à l'usage d'une autre substance concomitante ».</i></li> <li>– <i>Tel que mentionné dans le rapport en soutien, je rajouterais un point concernant la possibilité de considérer un seuil de référence plus bas vers un milieu hospitalier pour les patients âgés ainsi que ceux présentant une instabilité psychosociale.</i></li> </ul>	<p>La modification de l'énoncé du dernier critère n'a pas été retenue lors de la révision linguistique.</p> <p>Dans les versions précédentes du GUO, les énoncés suivants « Plusieurs essais de sevrage ambulatoires infructueux » et « Forte probabilité que la personne ne puisse pas effectuer le sevrage de façon sécuritaire (p. ex. situation sociale précaire, environnement instable, absence de soignant fiable) » étaient présents dans une section nommée « Critères d'orientation en milieu spécialisés ». Il a toutefois été retenu de renommer cette section « Critères d'orientation vers le milieu hospitalier » et, pour cette raison, les deux énoncés mentionnés ont été retirés de la section, puisqu'ils peuvent tout de même être pris en charge en milieu ambulatoire, comme décrit dans le rapport en soutien. L'énoncé suivant a toutefois été ajouté à cette section du GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Un seuil d'admission moins élevé en milieu hospitalier pourrait être considéré dans certaines situations, notamment pour les personnes âgées de plus de 65 ans ou en cas d'instabilité psychosociale.</li> </ul>
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Prévention des rechutes - Sous-section Principes de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Je pense qu'il est important de rendre encore plus explicite la notion selon laquelle l'abstinence complète d'alcool pourrait ne pas être l'objectif visé par la personne. En effet, la vision selon laquelle une personne souffrant d'un TUA n'est « guérie » que si elle cesse complètement toute consommation d'alcool est probablement encore assez répandue auprès des professionnels de la santé.</i></li> </ul>	<p>La note suivante a été ajoutée dans les « Principes de traitement » de la section « Prévention des rechutes » du GUO, conformément à l'information fournie et à une recommandation de la SFA : « Tout objectif de réduction de la consommation moyenne d'alcool est susceptible d'être bénéfique et mérite d'être valorisé. »</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Prévention des rechutes - Sous-section Principes de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Je modifierais l'énoncé du troisième élément à considérer dans la sélection du traitement pharmacologique pour retirer la portion portant sur la diversité culturelle. En effet, bien que le bagage culturel d'une personne souffrant d'un TUA puisse moduler ses objectifs de traitement et le choix des modalités non pharmacologiques, je ne suis pas sûr de la façon avec laquelle il peut influencer sur le choix de la molécule à initier.</i></li> </ul>	<p>L'énoncé a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ La diversité devrait être considérée dans la prise en charge de la personne, autant pour certaines particularités physiologiques que socioculturelles (p. ex. perception à l'égard des traitements).</li> </ul>
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Prévention des rechutes - Sous-section Principes de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>La formulation de l'énoncé concernant les interventions non pharmacologiques est un peu boiteuse. Je propose d'y insérer un verbe d'action, comme suit :</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>« Lors de l'initiation d'un traitement de prévention des rechutes, offrir :</i></li> <li>○ <i>Une intervention brève et des conseils destinés à accroître la motivation [...]</i></li> <li>○ <i>Une référence vers des services d'intervention et d'accompagnement psychosociaux, sans qu'ils ne soient perçus comme conditionnels ou obligatoires à l'accès au traitement du TUA »</i></li> </ul> </li> <li>- <i>Il serait pertinent de donner un exemple ou une référence pour illustrer ce que constitue une intervention brève dans le contexte de l'initiation d'un traitement de prévention des rechutes, et quel devrait en être le contenu. Je trouve cet énoncé un peu vague et, sans exemple pour l'étayer, je pense qu'il pourrait tout simplement être retiré du GUO, car il n'apporte selon moi aucune valeur ajoutée.</i></li> <li>- <i>De la même manière, il serait pertinent de rajouter des exemples de services d'intervention psychosociale destinés aux personnes souffrant d'un TUA, en rajoutant la mention : « par exemple, Centre de réadaptation en dépendances, groupes de soutien, etc. » à l'énoncé. Une référence au Répertoire des ressources en dépendance (<a href="https://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/dependances/">https://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/dependances/</a>), mis à jour par le MSSS, pourrait également être ajoutée au GUO, par exemple en note de bas de section.</i></li> </ul>	<p>L'énoncé a été modifié comme suit, et ce, afin de conserver la force de la recommandation (devrait être accompagné) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Le traitement pharmacologique devrait être accompagné : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ D'interventions brèves et de conseils pour outiller la personne face aux difficultés liées à la consommation;</li> <li>○ De soutien à la motivation dans l'atteinte des objectifs et visant à favoriser l'adhésion au traitement;</li> <li>○ D'une proposition d'interventions psychosociales et d'accompagnement, sans que ces interventions soient perçues comme conditionnelles ou obligatoires pour accéder au traitement du TUA.</li> </ul> </li> </ul> <p>De plus, la note suivante, qui permet de diriger la personne vers le lien Internet correspondant, a été ajoutée à cette section du GUO :  Au besoin, consulter le <a href="#">Répertoire des ressources en dépendances du MSSS</a>.</p> <p>Puisque la prise en charge psychosociale des personnes atteintes d'un TUA ne faisait pas partie du présent mandat de l'INESSS, il n'a pas été possible de détailler davantage les interventions psychosociales pertinentes, puisque aucune donnée à cet égard n'a été recensée dans la revue de littérature. Ce volet pourrait toutefois faire l'objet d'autres travaux à l'INESSS. Le cas échéant, le GUO y fera référence.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Prévention des rechutes - Sous-section Principes de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>À l'énoncé concernant le risque de détournement et de surdose, je remplacerais le terme « notamment » par le terme « surtout » pour parler de la gabapentine et du topiramate, car ce risque touche majoritairement ces deux molécules.</li> </ul>	<p>L'énoncé correspondant a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le fractionnement des ordonnances et la fréquence élevée du service à la pharmacie devraient être envisagés, en particulier en début de traitement et surtout pour la gabapentine et le topiramate, afin d'en surveiller l'usage et d'assurer un meilleur suivi des personnes traitées.</li> </ul>
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Prévention des rechutes - Sous-section Principes de traitement</b></p> <p>Il serait pertinent de mentionner dans cette section que les traitements de prévention des rechutes peuvent être poursuivis même en cas de reprise de la consommation chez une personne qui était auparavant abstinente, tout en rappelant le risque d'interaction de la gabapentine et du topiramate avec l'alcool.</p>	<p>Dans la sous-section « Suivi » sur la « Prévention des rechutes », il est indiqué :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il peut être bénéfique de mettre en application des mesures pour favoriser l'observance thérapeutique : <ul style="list-style-type: none"> <li>En cas d'inobservance du traitement (plutôt que de cesser la médication);</li> <li>En cas d'instabilité ou de précarité sociale (p. ex. itinérance).</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Prévention des rechutes - Sous-section Précautions et contre-indications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Je me demande s'il serait pertinent de mentionner, peut-être en note de bas de section, que la prise d'opioïdes dans les derniers 7 à 10 jours constitue une contre-indication à la prescription de naltrexone, même en l'absence d'une consommation active d'opioïdes.</li> </ul>	<p>La note suivante a été ajoutée au GUO, en référence au « X » rouge indiquant que la naltrexone n'est pas recommandée lors d'un « usage actuel ou attendu, sevrage ou trouble lié à l'usage d'opioïdes » :</p> <p>Y compris la prise d'opioïdes durant les dix derniers jours, même sans une consommation active.</p>
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Prévention des rechutes - Sous-section Précautions et contre-indications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Afin d'aider les cliniciens à évaluer la tolérance au traitement, tel que mentionné dans les éléments de suivi, il pourrait être pertinent de rajouter quelques effets secondaires pour chacun des traitements dans le tableau, en particulier pour la naltrexone et l'acamprosate, qui sont souvent des molécules moins bien connues des professionnels de la santé.</li> </ul>	<p>Un tableau des principaux effets secondaires des médicaments est disponible en page 5 du <a href="#">PMN sur l'initiation d'un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes chez une personne avec un trouble lié à l'usage d'alcool</a>. Afin d'éviter la redondance entre les différents outils élaborés, l'information n'est pas répétée dans le GUO.</p>
<p><b>Guide d'usage optimal - Section Prévention des rechutes - Sous-section Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Afin de faire concorder les éléments à surveiller lors du suivi avec ceux du PMN sur la prévention des rechutes, il serait pertinent de rajouter au GUO les éléments</li> </ul>	<p>Certains éléments ont été intégrés à la section « Suivi » du GUO pour la prévention des rechutes (en gras) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En début de traitement, les personnes devraient bénéficier</li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><i>suyvants : la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives, l'envie de consommation d'alcool, et l'observance au traitement.</i></p>	<p>d'une surveillance étroite (p. ex. une fois par semaine) comprenant notamment l'observation des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'apparition ou l'intensification de troubles du sommeil, de symptômes dépressifs, anxieux ou d'idées suicidaires, et ce, même sans consommation d'alcool;</li> <li>○ L'apparition de symptômes de sevrage, en particulier pour les personnes sans gestion préalable du sevrage;</li> <li>○ La tolérance et l'<b>observance du traitement ainsi que l'envie de consommer de l'alcool.</b></li> </ul> <p>De plus, les éléments de suivi sont bien détaillés dans le PMN sur la prévention des rechutes et, par conséquent, les cliniciens moins habitués à cet aspect pourraient se référer au PMN pour un complément d'information.</p>
<p><b>Rapport en soutien - Section 2.4.10.2 Sevrage en milieu hospitalier</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Dans le dernier paragraphe, il semble y avoir confusion entre la prescription de benzodiazépines au congé de l'hôpital pour poursuivre le sevrage à la maison, et la prescription d'une médication pour la prévention des rechutes. J'ai tendance à être d'accord avec la recommandation du GPC de l'ASAM selon laquelle un patient ne devrait pas quitter l'hôpital avec une ordonnance de benzodiazépines PRN. Cependant, tel que mentionné par le comité consultatif, cette situation risque davantage de se produire dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Il serait cependant pertinent de bien faire la distinction dans le texte entre ce type d'ordonnance, dont la durée totale ne devrait pas dépasser 7 à 10 jours, et celle du traitement de prévention des rechutes, qui devrait être prolongée jusqu'à la prise en charge du TUA en externe.</i></li> </ul>	<p>L'information fournie a été utilisée pour clarifier la confusion dans ce paragraphe du rapport en soutien.</p>
<p><b>3. Transfert de connaissances : Vos réponses serviront à développer notre stratégie de transfert des connaissances à la suite de la publication du rapport.</b></p>	
<p>3.1. Quels groupes particuliers, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs ou la population en général, pourraient bénéficier de l'information contenue dans ce rapport?</p> <p><i>Étant donné l'accent mis sur la médication (dosages, contre-indications, précautions, surveillance du traitement), le GUO et son rapport en soutien</i></p>	<p>Le format actuel des GUO produits par l'INESSS vise en premier lieu les prescripteurs, mais sans l'appui des gestionnaires du réseau, il pourrait effectivement être difficile d'implanter les outils cliniques. L'information fournie sera donc prise en considération lors de la diffusion des outils cliniques et lors des activités de transfert de connaissances associées.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><i>s'adressent avant tout aux prescripteurs (médecins et IPS). Cependant, les recommandations constituant l'étalon d'or de la prise en charge du TUA, elles pourraient également servir de modèles aux gestionnaires du réseau désireux d'optimiser les trajectoires de service en dépendance au sein de leurs établissements.</i></p>	
<p>3.2. Quels congrès, conférences, symposiums ou autres lieux d'échanges spécifiques vous semblent appropriés pour partager les résultats du rapport que vous avez révisé?</p> <p><i>Webinaires et forum de discussion de la Communauté de pratique médicale en dépendance</i></p> <p><i>Webinaires de l'Équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance</i></p> <p><i>Congrès Dépendances et douleur de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, prévu en novembre 2021</i></p> <p><i>Il serait également intéressant de rejoindre spécifiquement les IPS, en participant par exemple à une activité de l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec.</i></p>	<p>L'information fournie sera prise en considérations lors de la diffusion des outils cliniques et lors des activités de transfert de connaissances associées.</p>
<b>Commentaires du quatrième lecteur externe</b>	
<b>Qualité scientifique du rapport</b> : aucune note fournie.	
<b>1. Contenu général</b>	
<p>1.1. Le rapport est-il facile à lire? L'information est-elle bien présentée?</p> <p><i>Aucune réponse fournie.</i></p>	<p>Voir les éléments discutés à la section 2.</p>
<p>1.2. Le résumé est-il accessible pour un lecteur non spécialiste?</p> <p><i>Aucune réponse fournie.</i></p>	<p>Voir les éléments discutés à la section 2.</p>
<p>1.3. La méthodologie est-elle robuste?</p> <p><i>Aucune réponse fournie.</i></p>	<p>Voir les éléments discutés à la section 2.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
1.4. Les éléments de réflexion sont-ils tous présents? <i>Aucune réponse fournie.</i>	Voir les éléments discutés à la section 2.
1.5. L'analyse des données est-elle concise et pertinente? <i>Aucune réponse fournie.</i>	Voir les éléments discutés à la section 2.
1.6. Les résultats de l'évaluation sont-ils clairement présentés? <i>Aucune réponse fournie.</i>	Voir les éléments discutés à la section 2.
1.7. Les conclusions sont-elles claires, en lien avec l'analyse qui précède? <i>Aucune réponse fournie.</i>	Voir les éléments discutés à la section 2.
1.8. S'il y a lieu, les recommandations sont-elles applicables dans le contexte québécois actuel? <i>Aucune réponse fournie</i>	Voir les éléments discutés à la section 2.
1.9. Les références sont-elles complètes et d'actualité? <i>Aucune réponse fournie.</i>	Voir les éléments discutés à la section 2.
<b>2. Contenu spécifique : Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections pour lesquelles vous avez une expertise particulière.</b>	
<p><b>GUO – Section Généralités</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dans le DSM français : On retrouve les Troubles liés à l'alcool, dans lesquels il y a le Trouble de l'usage de l'alcool (TUA), qui réfère au mode d'usage problématique, et les Troubles induits par l'alcool (intoxication, sevrage, autres troubles mentaux induits par l'alcool). Le terme de Troubles liés à l'usage d'une substance semble aussi utilisé pour les TUS comme le TUA, mais comme je vois plus souvent utilisé le Trouble de l'usage de l'alcool pour le TUA, je voulais simplement le souligner. Entre autres, lors de la description des critères dans le DSM, c'est l'appellation Trouble de l'usage de l'alcool qui est utilisé.</li> <li>– Je ne suis pas certaine que la plupart des gens soit déjà familier avec les différents guides et outils fournis par l'INESSS (GUO, PMN, OC ou OIPI.) alors bien que le lien soit fait dans le rapport en soutien, il pourrait peut-être être</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dans les travaux, l'expression « trouble lié à l'usage d'alcool » se réfère surtout au trouble de l'usage de l'alcool, mais elle est effectivement formulée de façon plus similaire au trouble lié à l'usage d'une substance. Les précisions à cet égard ont été ajoutées dans le rapport en soutien au GUO.</li> <li>– Un lien vers les différents PMN produits par l'INESSS a été ajouté au GUO.</li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><i>intéressant d'ajouter dans l'encadrer gris (ou ailleurs) d'introduction que des PMN, rapports en soutien et OC s'il y a lieu sur le bilan sanguin, le sevrage et la prévention des rechutes peuvent aussi être consultés?</i></p> <p><b>Rapport en soutien – Trouble lié à l'usage d'alcool</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Trouble lié à l'usage d'alcool versus Trouble de l'usage de l'alcool. Dans le DSM français : On retrouve les Troubles liés à l'alcool, dans lesquels il y a le Trouble de l'usage de l'alcool (TUA), qui réfère au mode d'usage problématique, et les Troubles induits par l'alcool (intoxication, sevrage, autres troubles mentaux induits par l'alcool). Le terme de Troubles liés à l'usage d'une substance semble aussi utilisé pour les TUS comme le TUA, mais comme je vois plus souvent utilisé le Trouble de l'usage de l'alcool pour le TUA, je voulais simplement le souligner. Entre autres, lors de la description de ces critères dans le DSM, c'est l'appellation Trouble de l'usage de l'alcool qui est utilisée. Commentaire fait dans le GUO aussi.</i></li> </ul>	
<p><b>GUO – Section Évaluation initiale</b></p> <p><i>L'outil DÉBA-Alcool n'a pas été mis en annexe mais est-ce qu'il serait pertinent de mentionner où l'outil peut être retrouvé ou bien ou veut simplement y référer puisqu'il est déjà utilisé à certains endroits sans pour autant le mettre de l'avant?</i></p>	<p>En effet, ici, l'intention est simplement de faire référence à cet outil qui est déjà utilisé dans certains endroits, et ce, principalement afin d'éviter de remplir l'outil AUDIT lorsque l'outil DÉBA-Alcool est déjà utilisé. L'ajout de l'outil en annexe n'a pas été retenu pour ne pas alourdir davantage le GUO.</p>
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Présentation clinique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Est-ce qu'on pourrait mentionner simplement où l'échelle SAWS peut être retrouvée?</i></li> <li>– <i>Outre mentionner où on peut retrouver l'outil ASSIST, est-ce qu'on pourrait la mettre en annexe comme les autres échelles mentionnées dans le même encadré ou bien c'est qu'on veut quand même rester concentré sur le sevrage sans trop diluer le sujet ou alourdir la documentation? En même temps, on recommande son utilisation pour évaluer s'il pourrait y avoir un sevrage d'autres substances, ce qui est effectivement important.</i></li> </ul>	<p>L'outil SAWS n'a pas été ajouté au GUO, mais la précision suivante a été ajoutée au rapport en soutien : L'outil SAWS, ainsi que l'interprétation du score qui en résulte, peuvent par ailleurs être consultés à la page 119 du GPC du BCCSU.</p> <p>L'énoncé sur l'utilisation de l'outil ASSIST a été déplacé dans la section sur l'évaluation initiale de la personne, puisqu'il est surtout utilisé pour rechercher un trouble lié à l'usage d'une autre substance. Puisque cet outil contient 7 pages, il a été jugé préférable de ne pas alourdir la documentation en indiquant simplement un lien vers l'outil dans le GUO.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Facteurs de risque de complications liées au sevrage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Chacun de ces facteurs (de risque) peut comporter ou représente un risque supplémentaire (de complication) pour la personne et de façon générale le risque de sevrage compliqué augmente avec la présence de plusieurs de ces facteurs de risque. Ou plus il y a de ces facteurs chez une même personne, plus le risque est grand / élevé.</li> <li>– « syndrome » ou « symptômes »? L'accord des mots suivants et les exemples entre parenthèse font davantage penser aux symptômes.</li> <li>– Est-ce qu'on réfère spécifiquement à des comorbidités physiques / médicales? Si oui, à préciser?</li> <li>– Voir si intéressant de donner quelques exemples tout en restant concis? Ce n'est peut-être pas réaliste.</li> </ul>	<p>L'énoncé correspondant a été reformulé ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Le risque de complications associées au sevrage augmente avec la présence de plusieurs facteurs, qui représentent chacun un risque supplémentaire.</li> </ul> <p>Le facteur de risque correspondant a été reformulé ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence d'un syndrome de sevrage actif modéré ou sévère lors de la présentation.</li> </ul> <p>Le facteur de risque correspondant a été reformulé ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence de comorbidités physiques ou médicales, ou de traumatisme craniocérébral.</li> </ul> <p>Le facteur de risque correspondant a été reformulé ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyperactivité marquée du système nerveux autonome (p. ex. tachycardie, diaphorèse, hypertension).</li> </ul>
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Principes de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Indépendamment de la sévérité du sevrage actif? En théorie oui car il pourrait y avoir d'autres facteurs de risque de complication du sevrage, alors est-ce qu'on devrait inclure une précision clarifiant que le traitement doit être administré en présence de l'un ou l'autre des critères suivants ou des deux (et qu'il n'est pas nécessaire d'être en présence de chacun des deux critères pour devoir administrer un traitement)? Ça pourrait aussi être clarifié en ajoutant et/ou entre les deux énoncés?</li> <li>– Est-ce qu'il serait indiqué d'ajouter « ou » entre l'énoncé précédent et cet énoncé?</li> </ul> <p><b>Rapport en soutien – Prise en charge du sevrage d'alcool – Critères pour l'amorce d'un traitement pharmacologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cf mon commentaire à ce point du GUO</li> </ul>	<p>Ces énoncés ont été reformulés ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Un traitement pharmacologique pour le sevrage <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Doit être administré en présence : <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'un syndrome de sevrage actif de modéré à sévère (score CIWA-Ar <math>\geq 8</math> ou CIWA-modifiée <math>\geq 7</math>); OU</li> <li>- D'un risque élevé de complications liées au sevrage (score PAWSS <math>\geq 4</math>).</li> </ul> </li> <li>○ Devrait être considéré en présence : <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'un faible risque de complications liées au sevrage (score PAWSS <math>&lt; 4</math>); ET</li> <li>- D'un syndrome de sevrage actif léger (score CIWA-Ar <math>&lt; 8</math> ou CIWA-modifiée <math>&lt; 7</math>); OU</li> <li>- D'un risque de développer un syndrome de sevrage à l'arrêt ou à la réduction de la consommation.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Principes de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Simplement noter que dans l'échelle mise en annexe, léger correspond à inférieur à 6 et modéré correspond à de 7 à 12, alors je comprends l'interprétation ici et je</li> </ul>	<p>Le score pour le sevrage léger a été modifié dans l'échelle CIWA-modifiée pour « de 0 à 6 », conformément à l'article original et au PMN sur le sevrage d'alcool.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><i>suis d'accord, mais c'est comme si un score de 6 ne correspondait pas à un degré de sévérité spécifique.</i></p>	
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Principes de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>On réfère aux différents régimes posologiques possibles pour l'administration des benzos dans la section sur le milieu H ci-bas, mais pas en ce qui concerne le milieu ambulatoire alors que les deux types de régimes posologiques peuvent y être appliqués également. L'information est disponible dans le rapport en soutien aux pages 50 et suivantes, mais je trouve qu'il serait fort utile et pertinent de regrouper l'information essentielle sur le sujet de façon claire et concise (peut-être sous la forme d'un tableau ou dans un encadré, même si le tout demeure seulement dans le rapport en soutien), afin de faciliter la réflexion et la prise de décision quant aux deux schémas posologiques suggérés (régime posologique à doses décroissantes selon un horaire fixe avec des doses additionnelles au besoin ou régime posologique selon les symptômes), en fonction du milieu de soins et autres caractéristiques. Je tenterais p. ex. de mettre l'accent sur les avantages et les inconvénients de chaque approche en fonction de chaque milieu de soins (ambulatoire versus en établissement), ce qui je crois faciliterait la réflexion sur l'orientation à prendre selon les circonstances.</i></li> <li>– <i>Un exercice similaire pourrait être fait pour offrir une certaine guidance ou quelques éléments clés résumés et réunis au même endroit pour accès facile et rapide relativement aux choix de gabapentine versus benzodiazépines, selon le milieu clinique et certaines autres caractéristiques p. ex.</i></li> </ul>	<p>Un tableau, tel que suggéré, n'a pas été ajouté dans le rapport en soutien. Les deux régimes posologiques d'administration des benzodiazépines peuvent être applicables aux sevrages effectués en milieu externe et en milieu hospitalier et il est préférable de favoriser le régime posologique selon les symptômes lorsque possible. Toutefois, en milieu externe, il est difficile de préciser à la personne les doses qui doivent être prises au besoin et le clinicien a peu de contrôle sur les doses qui sont prises par la personne. De ce fait, et conformément à ce qui est véhiculé par la SFA, l'ordonnance personnalisée adaptée aux symptômes s'applique davantage aux soins en milieu résidentiel, ce qui explique la localisation de l'énoncé dans le GUO.</p> <p>Un tableau résumant les conditions permettant de guider le choix de la médication pour le sevrage entre la gabapentine et les benzodiazépines n'a pas été ajouté au rapport en soutien du GUO. Les deux options de traitement sont pertinentes dans les cas de sevrage d'intensité de légère à modérée. Le choix dépendra notamment de la personne à traiter, du milieu de soins requis pour la gestion du sevrage, de l'expérience antérieure de la personne et du risque anticipé de développer un syndrome sevrage. Ces deux choix de traitement sont donc des options appropriées et peuvent être prescrites en considérant le choix de la personne et du clinicien.</p>
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Principes de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Suggestion : Ajouter : « Cela permet d'en surveiller l'usage mais aussi d'assurer un meilleur suivi des personnes » (tel que précisé au rapport en soutien p.39 et je trouve que ça permet aussi de mettre l'emphase sur le côté plus « positif ou constructif » de l'approche qui est tout aussi important). Bien qu'il soit effectivement très important de considérer ces possibilités qui sont bien réelles, je trouve important d'en même temps saisir les opportunités de s'éloigner de la perspective moralisatrice ou punitive et de la notion de non-fiabilité de ces personnes (ou de balancer le tout lorsque possible), puisque ça permet de</i></li> </ul>	<p>Cet énoncé a été reformulé ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Un fractionnement de doses ainsi qu'une fréquence élevée de service à la pharmacie devraient être envisagés, et ce, autant pour les benzodiazépines que pour la gabapentine, afin d'en surveiller l'usage (limiter le potentiel d'abus et le risque de surdose ou de détournement) et d'assurer un meilleur suivi des personnes traitées.</li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><i>travailler à forger une compréhension plus juste et dosée et de contrer progressivement les préjugés.</i></p> <p><b>Rapport en soutien – Principes de traitement - Sevrage en milieu ambulatoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>On ne réfère pas au potentiel d'abus comme tel dans le GUO bien que ce soit complémentaire au risque de surdose et de détournement (ou peut-être qu'on considère que c'est implicite au risque de surdose et de détournement?)</i></li> <li>– <i>Cf mon commentaire dans le GUO aux deux endroits concernant le risque de surdose ou de détournement (je suggère d'ajouter la notion de surveillance de l'usage et de meilleur suivi pour la personne).</i></li> </ul>	
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Principes de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Cf aussi mon commentaire à ce sujet à la p.39 du rapport en soutien (endroit où je trouve la formulation plus claire et nuancée même si je comprends que le tout doit être plus succinct dans le GUO).</i></li> <li>– <i>Aussi, à la p.38 du rapport, on réfère à la possibilité de traiter des sevrages modérés en ambulatoire. Je comprends que le sevrage ne peut être géré en ambulatoire à partir d'un certain niveau de sévérité et je comprends aussi que le contexte de pénurie ou disponibilité des ressources doit être pris en compte, mais il y a aussi quelques zones grises quant à ce qui pourrait être ou devoir être géré en ambulatoire, en plus de certaines caractéristiques de clientèles et/ou de contextes de soins qui doivent aussi hautement être pris en compte relativement à l'amorce d'un traitement pour le sevrage en ambulatoire. Je comprends qu'en théorie les sevrages traités en ambulatoire sont plus légers et à plus faible risque et que les sevrages plus sévères sont d'emblée orientés vers un établissement ou un milieu spécialisé, mais ça n'empêche pas que certains sevrages peuvent être plus importants sans nécessairement obliger un traitement hospitalier ou en milieu spécialisé, traitement qui par ailleurs pourrait ne pas être disponible et/ou acceptable pour la personne. Comme par exemple : chez la clientèle vulnérable, désaffiliée qui pourrait accepter un traitement pour le sevrage mais ne pas vouloir être orientée vers l'H ou autre milieu spécialisé, ainsi que dans certaines régions où de toutes façons les milieux spécialisés sont peu ou pas disponibles.</i></li> </ul> <p><b>Rapport en soutien – Principes de traitement - Sevrage en milieu ambulatoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Cf mon commentaire à ce sujet dans le GUO. La formulation ici est plus nuancée et c'est effectivement pertinent de permettre un suivi adéquat en début de</i></li> </ul>	<p>Cet énoncé a été reformulé ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Afin de permettre un suivi adéquat, amorcer le traitement selon la disponibilité du personnel traitant et s'assurer de la disponibilité d'une personne affectée au soutien pendant la durée du sevrage.</li> </ul> <p>Le mandat de l'INESSS pour ce projet concernait la formulation de recommandations cliniques sur la prise en charge du sevrage d'alcool et la prévention des rechutes. Bien que l'organisation des soins ait été considérée pour l'élaboration des recommandations cliniques, le mandat de l'INESSS n'était pas d'élaborer des recommandations sur l'organisation des soins. De ce fait, il est simplement indiqué dans le GUO les conditions pour lesquelles une prise en charge en milieu ambulatoire devrait être considérée et, à l'inverse, les conditions pour lesquelles une prise en charge en milieu hospitalier est requise.</p> <p>L'énoncé suivant a toutefois été ajouté à la section du GUO correspondant aux critères d'orientation vers le milieu hospitalier :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Un seuil d'admission moins élevé en milieu hospitalier pourrait être considéré dans certaines situations, notamment pour les personnes âgées de plus de 65 ans ou en cas d'instabilité psychosociale.</li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><i>traitement, ce qui valide l'importance de la disponibilité du personnel, mais je crois tout de même qu'il serait pertinent d'en clarifier la raison et de nuancer en fonction de certains impondérables relatifs à certaines clientèles et contextes de soins (entre autres dans le GUO). C'est que je garde toujours en tête qu'il existe encore beaucoup de préjugés à plusieurs endroits concernant les personnes qui souffrent de TUA ou autres TUS et qu'elles sont parfois malheureusement traitées différemment ou de façon moins « prioritaire » comparativement à des personnes aux prises avec d'autres types de problèmes de santé. Ainsi, lorsque des variables concernant le personnel sont importantes à prendre en compte, je trouve important que la raison soit clarifiée pour éviter le risque d'interprétations potentiellement biaisées par de la méconnaissance ou des préjugés, qu'on porte donc particulièrement attention à la formulation et que le tout soit nuancé / balancé aussi en fonction des facteurs importants à prendre en compte du côté des patients.</i></p>	
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Traitements pharmacologiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Comme mentionné dans le rapport en soutien p.62, est-ce qu'il serait pertinent de préciser que la dose quotidienne totale doit être réduite en proportion de la clairance de la créatinine lorsque cette dernière est inférieure à 15 ml/min? En fait, c'est que dans le rapport (et dans la monographie), la limite de 300mg s'applique à une Clcr de 15 ml/min (égale à et non inférieure à), ce qui voudrait donc dire que la dose max diminue au fur et à mesure de la diminution de la Clcr en-deçà de 15 ml/min et ne serait donc plus de 300mg, alors qu'ici la limite de 300mg est appliquée à une Clcr inférieure à 15 ml/min.</i></li> </ul> <p><b>Rapport en soutien – Prévention des rechutes – Posologies – Gabapentine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– « Les personnes sous hémodialyses doivent par ailleurs recevoir des doses supplémentaires après chaque séance de 4 heures de dialyse. » : <i>À noter aussi dans le rapport concernant l'usage du gabapentin pour le sevrage?</i></li> <li>– <i>Donc au final, doses recommandées inférieures à celles indiquées dans la monographie? cf doses dans le tableau du GUO.</i></li> </ul>	<p>Dans le rapport, à la section « Prise en charge du sevrage d'alcool – Populations particulières [...] – Gabapentine », l'information sur les ajustements posologiques selon les valeurs de la clairance de la créatinine ont été modifiées ainsi :</p> <p>Puisque la gabapentine est éliminée principalement par voie urinaire, la dose et la fréquence d'administration doivent être réduites en présence d'une diminution du débit de filtration glomérulaire estimé [Upjohn Canada, 2020]. Les recommandations d'ajustement de la posologie selon la fonction rénale proposées à la monographie sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Clcr supérieure à 60 ml/min : administrer une dose quotidienne totale entre 900 et 3 600 mg divisée en trois prises;</li> <li>– Clcr entre 30 et 59 ml/min : administrer une dose quotidienne totale entre 400 et 1 400 mg divisée en deux prises;</li> <li>– Clcr entre 15 et 29 ml/min : administrer une dose quotidienne totale entre 200 et 700 mg en une prise;</li> <li>– Clcr inférieure à 15 ml/min : administrer une dose quotidienne totale entre 100 et 300 mg en une prise. Les personnes en hémodialyses doivent par ailleurs recevoir des doses supplémentaires après chaque séance de 4 heures de dialyse.</li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
	<p>L'argumentaire concernant l'ajustement des doses de gabapentine pour le sevrage dans le GUO par rapport à ce qui se trouve dans la monographie a été ajouté dans la section « Prise en charge du sevrage d'alcool – Populations particulières [...] – Gabapentine » du rapport en soutien.</p> <p>L'information contenue dans le GUO relativement aux doses de gabapentine pour le sevrage d'alcool a donc été modifiée ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Clcr 30 à 59 ml/min : limiter à 300 mg PO BID</li> <li>– Clcr 15 à 29 ml/min : limiter à 300 mg PO DIE</li> <li>– Clcr &lt; 15 ml/min : débiter et limiter à 100 mg PO DIE</li> </ul> <p>À la section « Prévention des rechutes – Populations particulières [...] – Gabapentine » du rapport en soutien, la référence suivante a été ajoutée :</p> <p>Puisque la gabapentine est éliminée principalement par voie urinaire, la dose et la fréquence d'administration doivent être réduites en présence d'une diminution du débit de filtration glomérulaire estimé [Upjohn Canada, 2020]. Pour les ajustements nécessaires, se référer à la section 2.4.7.4 du présent rapport.</p>
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Traitements pharmacologiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Versus 5 à 20mg dans le rapport en soutien p.53</i></li> </ul> <p><b>Rapport en soutien – Prise en charge du sevrage d'alcool – Traitements pharmacologiques – Posologies - Diazépam</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Est-ce que c'est voulu que ce soit un peu différent de ce qui est retenu dans le GUO et l'OIP (10-20mg toutes les 1-2h)?</i></li> </ul>	<p>L'information contenue dans le rapport en soutien a été harmonisée avec le GUO et l'OIP (10 à 20 mg) de diazépam.</p>
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Traitements pharmacologiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Cf commentaire p.54 du rapport en soutien. Tel que c'est inscrit dans le tableau du GUO actuellement, l'indication est d'amorcer un traitement très rapidement, mais en l'absence d'autre indication on peut se demander si c'est parce que les doses sont à évaluer de façon trop individuelle pour qu'on puisse donner une suggestion et/ou si c'est que l'administration du traitement n'est tout simplement pas l'objectif du professionnel mais plutôt d'orienter la personne pour une prise en charge en</i></li> </ul>	<p>Le message principal à véhiculer pour le professionnel est effectivement de diriger la personne vers un centre hospitalier afin d'amorcer rapidement un traitement, et ce, afin d'éviter qu'un syndrome de sevrage sévère ne s'installe, ou qu'une condition déjà installée ne s'aggrave ou ne se complique.</p> <p>L'énoncé correspondant n'a pas été reformulé dans le GUO, principalement afin d'éviter les répétitions dans un document déjà</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><i>milieu hospitalier si ce n'est pas déjà le cas? (puis c'est une fois à l'H, selon l'évaluation clinique que les doses requises seront évaluées et prescrites?). Bref, peut-être préciser davantage ce à quoi on s'attend du professionnel et si possible dans le rapport donner une idée ou un exemple d'à quel type de traitement on pourrait s'attendre? Selon la raison et ce que vous jugerez pertinent (il y a peut-être quelque chose qui m'échappe), il pourrait par exemple être indiqué dans l'encadré du tableau du GUO : Un traitement doit être amorcé très rapidement pour éviter le sevrage sévère et la personne dirigée pour une prise en charge en milieu hospitalier (où la médication appropriée pourra être évaluée et prescrite) (ou vice versa).</i></p> <p><b>Rapport en soutien – Prise en charge du sevrage d'alcool – Traitements pharmacologiques – Posologies – Diazépam et Lorazépam</b></p> <p>– <i>Préciser la raison? Pas même dresser un parallèle ou donner un certain indicatif? Je crois que ce serait éclairant pour le lecteur extérieur de nommer la raison pour laquelle le comité ne considère pas nécessaire d'indiquer des doses (tel que mentionné à la fin des paragraphes sur le diazépam puis sur le lorazepam ci-bas). Tel que c'est inscrit dans le tableau du GUO actuellement, l'indication est d'amorcer un traitement très rapidement, mais en l'absence d'autre indication on peut se demander si c'est parce que les doses sont à évaluer de façon trop individuelle pour qu'on puisse donner une suggestion et/ou si c'est que l'administration du traitement n'est tout simplement pas l'objectif du professionnel mais plutôt d'orienter la personne pour une prise en charge en milieu hospitalier si ce n'est pas déjà le cas? (puis c'est une fois à l'H, selon l'évaluation clinique que les doses requises seront évaluées et prescrites?). Bref, peut-être préciser davantage ce à quoi on s'attend du professionnel et si possible dans le rapport donner une idée ou un exemple d'à quel type de traitement on pourrait s'attendre? Il serait peut-être possible aussi de préciser un peu plus dans la case concernée du tableau du GUO (cf commentaire dans le GUO). Selon la raison et ce que vous jugerez pertinent (il y a peut-être quelque chose qui m'a échappé), il pourrait par exemple être indiqué dans l'encadré du tableau du GUO : Un traitement doit être amorcé très rapidement pour éviter le sevrage sévère et la personne dirigée pour une prise en charge en milieu hospitalier (où la médication appropriée pourra être évaluée et prescrite) (ou vice versa).</i></p>	<p>chargé. Cependant, une attention particulière pourra être apportée dans le webinaire qui sera publié sur le GUO.</p> <p>De plus, puisque le GUO s'adresse principalement à la première ligne, il a été jugé préférable de ne pas mentionner de doses pour cette condition qui doit être prise en charge par une personne expérimentée dans un milieu hospitalier. De plus, pour ces personnes, la prise en charge étant variable et hautement individualisée, il est difficile de donner des exemples de traitements adéquats. Cet argumentaire a toutefois été ajouté au rapport en soutien au GUO.</p>
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Traitements pharmacologiques</b></p>	<p>Lorsque la dose de médication dépasse 12 mg de lorazépam ou 60 mg de diazépam en 12 heures, l'UHSM recommande de revoir la personne</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<ul style="list-style-type: none"> <li>– « Réévaluation » : le contexte ou ce dont on parle mériterait peut-être d'être précisé puisqu'entre autres, un des messages-clés est l'importance de réévaluer même lorsque les doses de Rx sont prévues à l'avance, ce qui ne devrait pas être occulté par le fait qu'on réfère à une réévaluation sans trop préciser et sans en faire mention? Ou peut-être que quelque chose m'échappe.</li> </ul>	<p>pour réévaluation de son état, puisque cela correspond à la dose qu'ils considèrent comme « limite ». Les membres du comité consultatif étaient en accord avec cette suggestion et ont précisé qu'une limite de 40 mg de diazépam est employée dans certains protocoles implantés en milieu hospitalier. Dans le GUO, le terme « réévaluation » a été modifié pour « Dose limite nécessitant une réévaluation ».</p>
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Traitements pharmacologiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cette note est aussi appliquée au diazepam dans le tableau alors qu'on y mentionne qu'il est à éviter chez les personnes âgées de + de 65 ans. La note sur l'ajustement de la dose ne s'applique donc en fait qu'à la gabapentine et au lorazépam, à moins qu'on souhaite mentionner que le diazepam est tout de même parfois utilisé chez les PA de + de 65 ans dans certaines circonstances en milieu spécialisé, tel que mentionné par le comité consultatif au rapport en soutien, en quel cas les doses sont probablement effectivement ajustées? Quoiqu'il en soit, la note pour le diazépam concernant les personnes âgées pourrait toutefois préciser la raison pour laquelle il est recommandé de l'éviter chez les PA de + de 65 ans (en raison du potentiel / risque d'accumulation de métabolites actifs et des risques / effets indésirables associés?). Ça pourrait demeurer la note 3 pour les trois molécules, mais en spécifiant dans la note de bas de page ce qui s'applique à chacune des molécules (ce qui s'applique à la gabapentine et au lorazépam versus ce qui concerne le diazépam)?</li> </ul>	<p>Selon les monographies du diazépam et du lorazépam, chez les personnes âgées de plus de 65 ans, il faut commencer par administrer de très faibles doses et les adapter selon la réaction de la personne afin d'éviter les risques de sédation excessive ou de troubles neurologiques pouvant découler d'une dépression du SNC. De plus, des chutes et des fractures ont été signalées chez les personnes prenant des benzodiazépines. Toutefois, le diazépam possède des métabolites actifs; il existe une corrélation positive entre la fraction non liée de diazépam et l'âge, cette fraction étant plus élevée chez les personnes âgées que chez les jeunes. Le diazépam est dépendant des cytochromes et ces derniers peuvent être moins efficaces chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Ainsi, il convient d'être encore plus prudent avec le diazépam chez cette population, et ce, surtout les personnes de 65 ans et plus qui sont seules à la maison (donc à risque de chutes) lors d'un sevrage en milieu ambulatoire. Cependant, afin de ne pas restreindre inutilement les choix de traitement et d'orienter les cliniciens vers d'autres traitements qui seraient inadéquats, le comité consultatif a jugé pertinent de ne pas mentionner de contre-indication à l'usage du diazépam, mais d'ajouter la mention d'éviter son usage chez cette population. Afin de clarifier le tout, la note dans le tableau a été modifiée ainsi dans le GUO pour le diazépam :</p> <p>Ajuster la dose et éviter lorsque possible pour les personnes de plus de 65 ans, surtout en milieu ambulatoire. Toutefois, puisque le diazépam peut être utilisé pour le sevrage chez cette population, l'ajustement de la dose demeure applicable.</p>
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Traitements pharmacologiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– C'est peut-être un détail, mais dans le rapport en soutien il est indiqué « parfois » .. à préciser? (d'autant plus qu'il est aussi indiqué que l'usage est de plus en plus restreint même en milieu H).</li> </ul>	<p>Cet énoncé a été reformulé ainsi dans le GUO :</p> <p>Le phénobarbital n'est pas homologué par Santé Canada pour le traitement du sevrage d'alcool. Il est toutefois parfois prescrit à cette fin et constitue une option de traitement valable du sevrage sévère et</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><b>Rapport en soutien – Traitements pharmacologiques – Autres options de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cf commentaire dans le GUO.</li> </ul>	<p>compliqué selon l'expertise clinique des membres du comité consultatif. Son usage devrait toutefois être réservé à un prescripteur expérimenté exerçant en milieu hospitalier.</p>
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Précautions et contre-indications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Il est mentionné prudence requise / précautions particulières / doses réduites dans le rapport en soutien p.59-60, même pour le lorazepam (insuffisance hépatique légère ou modérée). Cela n'a peut-être pas été retenu par le comité consultatif mais ce n'est pas indiqué dans le rapport.</i></li> </ul>	<p>Effectivement, selon les monographies de produit, des précautions particulières sont aussi recommandées lors de l'usage du diazépam ou du lorazépam en présence d'insuffisance hépatique légère, soit respectivement l'amorce du traitement avec une dose faible qui sera augmentée seulement lorsque compatible avec la fonction hépatique résiduelle, ou l'utilisation de la dose efficace la plus faible car l'effet médicamenteux peut être prolongé [AA Pharma, 2019; Pfizer Canada, 2019]. Pour cette condition, un triangle jaune a été indiqué au GUO pour l'usage du lorazépam après consultation avec les membres du comité consultatif. Toutefois, bien qu'un ajustement des doses de benzodiazépines soit requis en cas d'insuffisance hépatique de légère à modérée, afin de d'éviter de créer un frein à l'usage approprié de benzodiazépines dans cette condition, et ce, surtout lorsque les résultats de laboratoire ne sont pas disponibles à l'amorce d'un traitement, il a été jugé pertinent de mentionner au GUO d'amorcer le traitement avec des doses plus faibles et de favoriser l'usage du lorazépam par rapport au diazépam en cas d'insuffisance hépatique de légère à modérée.</p>
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Précautions et contre-indications</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Il est mentionné prudence requise / doses réduites pour les benzos dans le rapport en soutien p.59-60 (insuffisance rénale). Cela n'a peut-être pas été retenu par le comité consultatif mais ce n'est pas indiqué dans le rapport</i></li> </ul>	<p>Effectivement, selon la monographie du diazépam, si le traitement est nécessaire chez des personnes dont la fonction rénale est altérée, il est recommandé de l'instaurer à une dose très faible et de n'augmenter la posologie que dans la mesure où cette augmentation est compatible avec le degré de fonction rénale résiduelle [AA Pharma, 2019]. De plus, puisque l'élimination du lorazépam conjugué (glucuronide) est une fonction rénale, quand le lorazépam est prescrit à des patients souffrant d'insuffisance rénale d'intensité de légère à modérée, les précautions habituelles s'imposent (adapter graduellement la posologie) [Pfizer Canada, 2019]. Après consultation auprès des membres du comité consultatif, des triangles jaunes ont été indiqués dans le GUO pour les benzodiazépines en cas d'insuffisance rénale et une note a été ajoutée pour indiquer d'amorcer le traitement avec des doses plus faibles et de favoriser le lorazépam par rapport au diazépam pour cette condition. En effet, bien qu'un ajustement des doses soit suggéré par les</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
	monographies, la pharmacocinétique du lorazépam serait moins dépendante de la fonction rénale que le diazépam qui possède plusieurs métabolites actifs dont la demi-vie est tributaire de la fonction rénale.
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Vitamines et suppléments complémentaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Ajouts suggérés (thiamine) : « Lorsque l'administration doit être faite par la voie PO et que l'observance n'est pas un problème, la dose quotidienne peut être fractionnée BID pour favoriser une meilleure absorption. » « La dose peut être ajustée en fonction de la sévérité du sevrage, de la capacité de la personne à s'alimenter, de la présence ou non de problèmes d'absorption ou de diarrhée et de la présence ou non de symptômes d'encéphalopathie de Wernicke » (selon rapport p.65). Il s'agit selon moi d'informations très pertinentes qui peuvent faire une différence sur l'adoption de la conduite la plus appropriée à ce sujet pour une personne (je ne crois pas que les gens seront portés à prendre le temps d'aller chercher ces précisions au rapport en soutien pour ce qui est de la thiamine alors que si l'info est rapidement disponible ici, les gens vont pouvoir s'adapter facilement, en espérant que ça augmente le nombre de prescriptions pertinentes et réellement aidantes).</i></li> </ul>	<p>L'énoncé correspondant a été modifié au GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Thiamine 100 à 500 mg/jour PO, IV ou IM durant 1 semaine. Ajuster la dose selon l'état de la personne (p. ex. sévérité du syndrome de sevrage, capacité à s'alimenter, trouble de l'absorption, diarrhée ou encéphalopathie de Wernicke).</li> </ul> <p>De plus, la note suivante a été ajoutée à la voie d'administration PO : En raison de la faible absorption de la thiamine par voie orale, la voie parentérale est à privilégier (en milieu hospitalier, favoriser d'abord la voie IV, ensuite la voie IM). Si la voie PO est utilisée, la dose quotidienne peut être fractionnée pour favoriser une meilleure absorption.</p>
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Vitamines et suppléments complémentaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Je sais qu'il faut rester concis, mais d'en comprendre la raison peut rendre les professionnels plus alertes face à la problématique alors j'aurais tendance à ajouter l'information du rapport en soutien à l'effet que des taux adéquats de magnésium sont nécessaires pour favoriser l'absorption intra-cellulaire de la thiamine, d'autant plus qu'on vient de mettre l'accent sur la question de la thiamine (peut-être entre parenthèses à la fin de l'énoncé?).</i></li> </ul>	<p>La portion d'énoncé suivant : « (nécessaire pour l'absorption intracellulaire de la thiamine) » a été ajoutée au GUO pour le magnésium.</p>
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Suggestion : Ajouter :« à l'aide d'échelles cliniques validées et du jugement clinique » et « et ce même lors de l'administration de benzodiazépines en doses décroissantes selon un horaire fixe » (compte tenu de l'importance mais de l'oubli fréquent tel que souligné par le comité consultatif).</i></li> </ul>	<p>L'énoncé a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les doses de médicaments et la fréquence d'évaluation de la personne devraient être ajustées en cours de traitement selon l'évolution des symptômes de sevrage (p. ex. selon une échelle validée) ainsi qu'en fonction de l'état de santé, des antécédents de complications, du soutien social et de l'environnement de la personne.</li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Aussi, préciser quelques facteurs influençant l'intensité du suivi qui devrait être offert tel que discuté un peu plus dans le rapport (p.67)? P. ex : état de santé psychologique et physique, milieu où le sevrage est effectué, environnement et soutien social. Ça rejoint aussi en partie quelques-uns de mes commentaires sur les documents révisés précédemment. Je sais que les gens peuvent se référer au rapport en soutien mais les messages-clés qu'on arrive à intégrer de façon concise dans le GUO aux endroits pertinents sont susceptibles d'être plus efficaces.</i></li> </ul>	
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Est-ce que 24 à 48h serait préférable compte tenu de la possibilité de traitement de sevrages modérés (et faible risque de complications le plus probable) en ambulatoire et de l'importance d'évaluer la réponse au traitement pour ajuster le traitement et réorienter dans un autre milieu de soins au besoin (cf aussi pour cohérence avec énoncé de la 4e puce des critères d'orientation en milieu H plus bas)?</i></li> </ul> <p><b>Rapport en soutien – Prise en charge du sevrage d'alcool – Suivi – Sevrage en milieu ambulatoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Le NICE précise plutôt à tous les deux jours? (ci-haut).</i></li> <li>- <i>Réévalué à la hausse dans le GUO; cf aussi mes commentaires faits dans les documents précédents (PMN sevrage surtout) pour ce qui est de l'intensité et les modalités du suivi selon les besoins de différentes clientèles afin entre autres d'éviter de pénaliser certaines personnes. Je vois que certains des éléments soulevés ont été intégrés dans les documents du GUO et certains auraient aussi été ajoutés / modifiés au PMN sevrage directement, mais peut-être que certaines autres de ces suggestions pourraient être intégrées dans ce rapport en soutien, en guise de rappels d'éléments importants à considérer dans certaines situations particulières ou plus simplement de trucs qui s'appliquent facilement à travers les interventions abordées qui favorisent l'adhérence / rétention dans le traitement, le soutien à la motivation, etc (comme p. ex les contacts plus étroits en début de traitement qui peuvent aussi avoir cet impact « indirect » supplémentaire sur l'adhésion / rétention dans le traitement et la motivation, au-delà de la surveillance médicale). Cf commentaire qui est KP18 dans mes documents entre autres.</i></li> </ul>	<p>Par souci de cohérence avec le PMN correspondant, la fréquence minimale du suivi pour le sevrage n'a pas été modifiée, puisque l'intervalle indiqué au GUO comprend le 24-48 heures et que cette recommandation vise les personnes qui effectuent un sevrage en milieu ambulatoire, donc d'intensité de légère à modérée avec un faible risque de complications.</p> <p>Dans le rapport, il est indiqué « Un ou deux suivis en présentiel ou par téléphone, avec des rencontres téléphoniques pour les visites subséquentes », ce qui est jugé relativement proche du suivi tous les 2 jours recommandé par le NICE. De plus, la recommandation associée (voir la prochaine puce) correspond à ce qui est véhiculé par le NICE.</p> <p>Dans le rapport, la phrase correspondante a été modifiée : « Pour le GUO, les membres du comité consultatif jugent pertinent de proposer qu'un suivi soit effectué par l'un des membres de l'équipe traitante (par exemple médecin, infirmière, pharmacien, travailleur social, éducateur ou intervenant du réseau communautaire), et ce, au moins 2 à 3 fois par semaine, et minimalement dans les 24 à 72 heures. »</p> <p>Dans le rapport, les précisions suivantes ont été ajoutées en lien avec les commentaires effectués lors de la révision du PMN sur le sevrage d'alcool : « Il a été précisé que des contacts plus fréquents, entre autres en début de traitement, peuvent être très constructifs pour le maintien de la motivation, l'observance du traitement et même l'ouverture face à d'autres démarches de rétablissement (engagement dans un plan de traitement plus global pour le TUA ou pour la prévention des rechutes).</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Plutôt rare. Éducateur? J'ajouterais aussi intervenant du réseau communautaire car ils ont parfois déjà des liens avec la personne, peuvent soutenir l'adhérence aux aspects médicaux du traitement et fournir des observations utiles sur l'évolution et autres.</i></li> </ul>	<p>Par ailleurs, il a été soulevé que l'état de certaines personnes pourrait nécessiter un suivi plus étroit (p. ex. des personnes plus vulnérables, isolées ou très malades mais refusant d'être hospitalisées ou traitées à l'hôpital). Ainsi, il pourrait être pertinent d'optimiser l'accompagnement de la personne avec l'équipe interprofessionnelle, certains contacts pouvant être plus brefs pour éviter de surcharger les professionnels tout en permettant de retirer les avantages de contacts plus réguliers. Au besoin, certains contacts pourraient être faits avec la pharmacie communautaire (ce qui aide aussi à l'encadrement du traitement), en alternance avec un intervenant psychosocial et un infirmier. [...] Afin d'optimiser l'accompagnement lors du suivi, il a été précisé qu'en l'absence de proche une personne d'une ressource communautaire pourrait être interpellée. De plus, certaines visites pourraient devoir être faites à domicile ou en communauté (en proximité) en interpellant un intervenant du réseau communautaire ou du CLSC concerné, et ce, afin de ne pas priver d'accès à un suivi adéquat les personnes qui refusent ou qui sont incapables de venir à l'hôpital (p. ex. en raison d'expériences traumatiques ou de forte anxiété). »</p>
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Est-ce qu'on ne devrait pas inclure les autres éléments indiqués au rapport en soutien? P. ex les éléments recommandés par l'ASAM p.68 (l'état physique général, les signes vitaux, l'hydratation, l'orientation, le sommeil et l'état émotionnel, y compris les pensées suicidaires ..)?</i></li> </ul>	<p>Ces éléments, qui relèvent principalement du jugement clinique, n'ont pas été ajoutés au GUO, puisque le guide vise à rappeler les principaux messages clés de la prise en charge et ne constitue pas une liste exhaustive. De l'information plus détaillée peut être trouvée dans le PMN correspondant.</p>
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ou de surdosage ou d'intoxication?</i></li> </ul>	<p>L'énoncé correspondant a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De preuves de sous-dosage (symptômes de sevrage importants), de surdosage ou d'intoxication avec la médication ou avec d'autres substances;</li> </ul>
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>La fréquence du suivi, p. ex 1 h après la 1<sup>re</sup> dose puis q quelques heures n'est pas considérée importante à préciser ici?</i></li> </ul>	<p>L'énoncé correspondant au milieu hospitalier a été modifié au GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ En établissement, un suivi rapproché devrait être assuré au moins après les 2 ou 3 premières doses du traitement, et ce, jusqu'à ce que les signes et symptômes de sevrage soient contrôlés.</li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveau de sédation : Est-ce qu'on ne devrait pas aussi ajouter les autres éléments indiqués au rapport en soutien (fréquence respiratoire et saturation en oxygène)?</li> </ul>	<p>Puisque ces éléments sont contenus dans les différents outils validés (CIWA-Ar et CIWA-modifiée) qui se trouvent en annexe du GUO, il n'a pas été jugé nécessaire de les rappeler dans la section Suivi du guide.</p>
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comme le continuum de soins dans le traitement du TUA est aussi important lorsque le sevrage est géré en ambulatoire, est-ce qu'une puce pourrait être ajoutée pour faire le rappel quant à la considération d'une Rx pour la prévention des rechutes à la fin du traitement du sevrage en ambulatoire également?</li> <li>- Prescription pour prévenir les rechutes : Est-ce que « devrait » pourrait être utilisé comme on parle de considérer et non de nécessairement prescrire, ce qui ajoute un peu plus d'incitatif sans qu'il y ait de contrainte ou d'obligation?</li> </ul> <p><b>Rapport en soutien – Prise en charge du sevrage d'alcool - Critères d'évaluation pour l'amorce d'un traitement pharmacologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Très bon point qui est très bien dit, mais j'ajouterais aussi « ainsi que suite à (ou dans le contexte de) la gestion ambulatoire d'un sevrage » ou qqchose comme ça, puisque ce continuum est également important en milieu ambulatoire, la personne demeurant évidemment aussi à risque de rechute en lien avec des facteurs de risque en lien avec son milieu et autres. À moins que cette section ne fasse référence qu'au milieu hospitalier mais il ne semble pas puisqu'on réfère aussi au milieu ambulatoire à quelques endroits. Commentaire pertinent aussi pour le GUO (et fait).</li> </ul>	<p>Le niveau de la puce a été changé dans le GUO pour la prescription d'un traitement pour la prévention des rechutes dans l'attente de la prise en charge pour le suivi du traitement, et ce, afin de la rendre applicable à tous les milieux de soins.</p> <p>Dans le GUO, la puce correspondante a été reformulée ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Une ordonnance visant à prévenir les rechutes devrait être considérée dans l'attente de la prise en charge pour le suivi du traitement.</li> </ul> <p>Dans le rapport en soutien, la phrase correspondante a été modifiée ainsi : « Les membres du comité consultatif soulignent par ailleurs l'importance du traitement pour la prévention des rechutes à la sortie du milieu hospitalier, ainsi qu'à la suite de la gestion ambulatoire d'un sevrage, puisque la personne traitée retourne dans un milieu qui est à risque. »</p>
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Critères d'orientation en milieu hospitalier</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Risque élevé de sevrage sévère ou de complications » n'y apparaît pas alors que c'est une indication de prise en charge en milieu H selon le rapport en soutien (p.48 et 53 environ, référant entre autres à l'encadré de ce nom dans le tableau sur les traitements pharmaco du sevrage du GUO). Est-ce que c'est parce qu'on considère que les éléments énumérés ici représentent déjà suffisamment bien les situations dans lesquelles il y a un risque élevé de sevrage sévère (ou de complications mais cet aspect fait déjà partie de la 1ère puce) ou il faudrait l'inclure aussi comme tel?</li> </ul>	<p>Dans le tableau des traitements pharmacologiques du sevrage (dans le GUO), le risque élevé de syndrome de sevrage sévère ou de complications est traité dans une même case et, bien que le risque de syndrome de sevrage sévère ne soit pas directement indiqué dans les critères d'orientation vers un milieu spécialisé, cet aspect est relativement bien couvert par la première puce de ces critères. Les antécédents syndrome de sevrage sévère ont toutefois été ajoutés aux critères de consultation avec un collègue expérimenté.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><b>GUO – Section Sevrage – Sous-section Critères d’orientation en milieu hospitalier</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Préciser entre parenthèses convulsions et DT compte tenu de l’importance, de l’endroit stratégique et que ça reste concis? La notion de la présence d’hallucinations comme indicateur de sévérité m’apparaît aussi être une notion importante qui pourrait s’insérer ici, peut-être à la 1ère puce? En fait, comme souligné à l’unanimité par le comité consultatif p.70 du rapport en soutien, je crois qu’il serait pertinent de rappeler ici le fait que la présence d’hallucinations de sevrage, de convulsions ou de DT requière une prise en charge hospitalière. Ces éléments sont mentionnés dans les facteurs de risque de complications plus haut et on y fait référence ici sans les préciser mais ils mériteraient probablement un rappel, quitte à être entre parenthèses dans les puces appropriées?</li> </ul>	<p>Les énoncés correspondants ont été modifiés ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Une orientation vers le milieu hospitalier devrait être considérée dans les situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Syndrome de sevrage sévère (p. ex. hallucinations, CIWA-Ar <math>\geq</math> 19 ou CIWA-modifiée <math>\geq</math> 13) ou à risque élevé de complications (PAWSS &gt; 4);</li> </ul> </li> <li>▶ Une consultation avec un collègue expérimenté devrait être considérée dans les situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Antécédents de syndrome de sevrage sévère ou de complications de sevrage;</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>GUO – Section Prévention des rechutes– Sous-section Principes de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– J’ajouterais après la parenthèse : ceux-ci pouvant évoluer en cours de route (ou en cours d’évolution). Ça rappelle indirectement les importantes notions de flexibilité et d’adaptabilité requises de la part du clinicien et soulignées dans le rapport en soutien p.76, tout en normalisant en quelque sorte la notion de changements possibles ou d’une certaine ambivalence possible dans l’évolution de la personne avec un TUA.</li> </ul>	<p>L’énoncé correspondant a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les objectifs de traitement (p. ex. réduction de la consommation ou abstinence, traitement de l’anxiété ou des troubles du sommeil), ceux-ci pouvant évoluer en cours de route.</li> </ul>
<p><b>GUO – Section Prévention des rechutes– Sous-section Principes de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Suggestion d’ajout : Les expériences antérieures de traitement, les besoins et les préférences de la personne. L’aspect des besoins est complémentaire et réfère en quelque sorte entre autres au tableau clinique tel que mentionné dans le rapport en soutien mais non intégré comme tel ici.</li> </ul>	<p>L’énoncé correspondant a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Les expériences antérieures de traitement (y compris la tolérance et la dose maximale atteinte), les besoins et les préférences de la personne traitée.</li> </ul>
<p><b>GUO – Section Prévention des rechutes– Sous-section Principes de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Formulation suggérée selon le texte du rapport en soutien p.104 : Certains aspects culturels et psychosociaux, la diversité devant être considérée dans la prise en charge de la personne, autant pour certaines particularités physiologiques que pour des particularités socioculturelles. En fait je trouve difficile de bien le résumer mais je trouve la formulation actuelle sous-optimale.</li> </ul>	<p>L’énoncé correspondant a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ La diversité devrait être considérée dans la prise en charge de la personne, autant pour certaines particularités physiologiques que socioculturelles (p. ex. perception à l’égard des traitements).</li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><b>GUO – Section Prévention des rechutes– Sous-section Principes de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Suggestion : « à la fin d'une période de gestion du sevrage » plutôt que de la période de gestion du sevrage puisqu'il n'y en aura pas nécessairement (de gestion du sevrage) alors que « la » implique davantage qu'il y en a une d'emblée, nuance qui est importante et soulignée dans le GUO.</i></li> </ul>	<p>L'énoncé correspondant a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Il est sécuritaire d'introduire la médication pour la prévention des rechutes pendant que les personnes consomment de l'alcool, mais l'efficacité peut être plus grande lorsque débutée à la fin d'une période de gestion du sevrage.</li> </ul>
<p><b>GUO – Section Prévention des rechutes– Sous-section Principes de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Suggestion de formulation : « D'interventions brèves et conseils visant à mieux outiller la personne face aux difficultés reliées à la consommation ainsi que d'un soutien à la motivation, dans l'atteinte des objectifs et visant à favoriser l'adhésion au traitement ». Entre autres, c'est que le soutien à la motivation est très important mais selon les principes de l'entrevue motivationnelle et elle ne peut par exemple être accrue comme tel simplement par des conseils. J'ai aussi tenté de résumer sommairement l'objectif des interventions et conseils généraux. Le soutien dans l'atteinte des objectifs de la personne et dans l'adhésion au traitement est également important.</i></li> <li>– <i>La 2e puce est également importante. Par ailleurs, je trouve pertinent et important un autre aspect soulevé dans le rapport en soutien, qui est d'offrir de l'information et des références vers des groupes de support ou d'autres services communautaires en réadaptation. Est-ce qu'il serait possible d'en faire mention de façon succincte? Peut-être en ajout à la 2e puce pour ce qui en serait complémentaire ou sous forme d'une 3e puce brève?</i></li> </ul>	<p>L'énoncé correspondant a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Le traitement pharmacologique devrait être accompagné : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ D'interventions brèves et de conseils pour outiller la personne face aux difficultés liées à la consommation;</li> <li>○ De soutien à la motivation dans l'atteinte des objectifs et visant à favoriser l'adhésion au traitement;</li> <li>○ D'une proposition d'interventions psychosociales et d'accompagnement, sans que ces interventions soient perçues comme conditionnelles ou obligatoires pour accéder au traitement du TUA.</li> </ul> </li> </ul> <p>De plus, la note suivante a été ajoutée à cette section du GUO :  Au besoin, consulter le <a href="#">Répertoire des ressources en dépendances du MSSS</a>.</p>
<p><b>GUO – Section Prévention des rechutes– Sous-section Principes de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Répétition du commentaire fait dans la section correspondante du traitement du sevrage. Suggestion : Ajouter : « Cela permet d'en surveiller l'usage mais aussi d'assurer un meilleur suivi des personnes » (tel que précisé au rapport en soutien p.39 et je trouve que ça permet aussi de mettre l'emphase sur le côté plus « positif ou constructif » de l'approche qui est tout aussi important). Bien qu'il soit effectivement très important de considérer ces possibilités qui sont bien réelles, je trouve important d'en même temps saisir les opportunités de s'éloigner de la perspective moralisatrice ou punitive et de la notion de non fiabilité de ces personnes (ou de balancer le tout lorsque possible), puisque ça permet de travailler à forger une compréhension plus juste et dosée et de contrer progressivement les préjugés.</i></li> </ul>	<p>L'énoncé a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Le fractionnement des ordonnances et la fréquence élevée du service à la pharmacie devraient être envisagés, en particulier en début de traitement et surtout pour la gabapentine et le topiramate, afin d'en surveiller l'usage et d'assurer un meilleur suivi des personnes traitées.</li> </ul>



COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><b>GUO – Section Prévention des rechutes– Sous-section Principes de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Suggestion d'ajouter qu'il est donc aussi important de soutenir les besoins de contraception s'il y a lieu et de favoriser la collaboration transparente à ce sujet avec l'équipe de soins, d'autant plus qu'il existe une interaction entre le topamax et les contraceptifs oraux, diminuant l'efficacité de ceux-ci.</i></li> </ul>	<p>L'énoncé a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⚠ Il est important de rappeler aux femmes enceintes ou en âge de procréer que l'usage de topiramate pendant la grossesse comporte des risques importants pour le fœtus (soutenir les besoins de contraception s'il y a lieu).</li> </ul>
<p><b>GUO – Section Prévention des rechutes – Sous-section Durée du traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Ajout suggéré : En fonction de sa perception « des bénéfiques du traitement » et des ...C'est beaucoup mieux ainsi et cf rapport en soutien p.100.</i></li> </ul> <p><b>Rapport en soutien – Prévention des rechutes – Durée du traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– « [...] la pertinence du traitement devrait être réévaluée après 6 mois de traitement, en collaboration avec la personne traitée et en fonction de sa perception des bénéfiques du traitement ainsi que des effets indésirables ressentis. » : <i>Cf commentaire au GUO.</i></li> </ul>	<p>L'énoncé a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Six mois après le début du traitement, l'utilité de poursuivre la médication devrait être réévaluée en collaboration avec la personne traitée, selon les avantages et les effets indésirables perçus ou ressentis.</li> </ul>
<p><b>GUO – Section Prévention des rechutes – Sous-section Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Cf commentaire p.104 du rapport en soutien concernant l'ajout d'une puce sur un type de besoins / situations particulières (précarité.) Ça me semble être une puce principale plutôt qu'une sous-puce? (Même commentaire pour 2 puces de suivi).</i></li> </ul> <p><b>Rapport en soutien – Section Prévention des rechutes – Sous-section Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Je trouverais pertinent qu'une puce soit ajoutée au GUO pour ce type de besoins / situations particulières J'ai déjà fait plusieurs commentaires en ce sens dans les différents documents et je crois qu'un rappel à cet endroit serait favorable.</i></li> </ul>	<p>Les sous-puces suivantes ont été transformées en puces principales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Par la suite, un suivi devrait être effectué au moins une fois par mois durant six mois par un membre de l'équipe multidisciplinaire (sauf les intervenants psychosociaux) et à fréquence réduite mais régulière si le traitement est poursuivi plus de six mois.</li> <li>▶ Il peut être bénéfique de mettre en application des mesures pour favoriser l'observance thérapeutique : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ En cas d'inobservance du traitement (plutôt que de cesser la médication);</li> <li>○ En cas d'instabilité ou de précarité sociale (p. ex. itinérance).</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>GUO – Section Prévention des rechutes – Sous-section Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Aussi, ajouter l'évolution de certaines conditions physiques / médicales de la personne comme façon de détecter une détérioration de la fonction rénale ou autre tel que suggéré dans le rapport en soutien (cf commentaire au rapport en soutien, p.85 je crois)? Ou encore dans la section sur les suivis complémentaires</i></li> </ul>	<p>Le suivi de l'évolution des conditions physiques et médicales, qui relève principalement du jugement clinique, n'a pas été ajouté au GUO, puisque le guide vise à rappeler les principaux messages clés de la prise en charge et ne constitue pas une liste exhaustive.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><i>en fonction de la médication puisque ça concerne l'importance de la fonction rénale entre autres pour certains Rx?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Pour le suivi du topiramate : Ajouter : surveiller l'apparition de symptômes / troubles cognitifs? cf commentaire au rapport en soutien</i></li> </ul> <p><b>Rapport en soutien – Prévention des rechutes – Traitements pharmacologiques – Options de traitement alternatives – Topiramate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– « Les effets indésirables liés aux symptômes cognitifs sont très importants avec le topiramate. » : <i>Ne serait-il pas pertinent d'en faire mention dans le GUO? Peut-être dans les suivis complémentaires à faire (surveiller l'apparition de symptômes ou troubles cognitifs compte tenu de l'importance)?</i></li> <li>– « (...) il serait préférable d'en réserver l'usage aux cliniciens expérimentés » : <i>Est-ce qu'il serait pertinent d'ajouter cette note au GUO, comme p. ex dans la note 3 de bas de page du tableau sur les traitements pour la prévention des rechutes (sans que ce soit obligatoire comme dit plus bas)? Ou de référer aux principales précautions quant auxquelles porter attention?</i></li> </ul> <p><b>Rapport en soutien – Prévention des rechutes – Suivi – Analyses de laboratoire pour le suivi d'un traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– « [...] s'informer de l'évolution du patient et de ses comorbidités afin de détecter une possible détérioration de la fonction rénale en cours de traitement avec l'acamprostate. » <i>Donc à ajouter dans les puces pour le suivi dans le GUO?</i></li> <li>– « [...] s'informer de l'évolution des autres conditions médicales de la personne » . <i>Donc à ajouter dans les puces pour le suivi dans le GUO?</i></li> <li>– « [...] le suivi de la créatinine devrait plutôt être guidé par l'évolution des autres conditions médicales de la personne [...] ». <i>Cf. commentaire plus haut.</i></li> </ul>	<p>Bien que les symptômes cognitifs soient plus spécifiquement associés au topiramate, cette précision n'a pas été ajoutée au GUO puisqu'il relève du jugement clinique de vérifier les effets indésirables des médicaments. Les principaux effets indésirables des traitements pour la prévention des rechutes sont par ailleurs indiqués dans le PMN correspondant publié par l'INESSS.</p> <p>Il n'a pas été jugé pertinent d'indiquer au GUO de réserver l'usage du topiramate aux cliniciens expérimentés ou d'indiquer de consulter un collègue expérimenté avant de prescrire ce médicament, et ce, afin de ne pas créer de frein à l'usage du topiramate pour la prévention des rechutes.</p> <p>Étant donné que le suivi de la Clcr devrait plutôt être guidé par l'évolution des comorbidités de la personne (et non de son TUA), il a été décidé de ne pas ajouter de précision à cet égard dans ce GUO pour ne pas alourdir, d'autant plus qu'un ajustement de la dose de médicament en fonction de la clairance de la créatinine est nécessaire autant pour la gabapentine et le topiramate que pour l'acamprostate.</p>
<p><b>GUO – Section Prévention des rechutes – Sous-section Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>J'ajouterais : « ou intensification du suivi ambulatoire si applicable » puisque certaines de ces situations pourraient répondre à un suivi plus intensif dans le milieu de la personne tel qu'un suivi de type SIM ou TIBD ou autre lorsque disponible.</i></li> <li>– <i>La schizophrénie étant un trouble psychotique, je le donnerais en exemple de trouble psychotique (tel que la schizophrénie) ou je choisirais un des deux termes (préférentiellement trouble psychotique).</i></li> </ul>	<p>L'énoncé a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ L'orientation vers un milieu spécialisé ou l'intensification du suivi ambulatoire, le cas échéant, pourraient être considérées dans les situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Apparition ou détérioration d'un trouble de santé physique ou mentale sévère, instable ou complexe (par exemple trouble bipolaire ou psychotique tel que la schizophrénie);</li> <li>○ Apparition ou détérioration d'un autre trouble lié à l'usage d'une substance, sauf le tabac et le cannabis;</li> </ul> </li> </ul>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Détérioration de l'environnement social ou déstabilisation psychosociale;</li> <li>○ Aucun avantage obtenu malgré plusieurs tentatives adéquates de traitement.</li> </ul>
<p><b>GUO – Section Prévention des rechutes – Sous-section Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Rémission « prolongée » selon le DSM. Apparaît à différents endroits dans les documents.</li> </ul> <p><b>Rapport en soutien – Prévention des rechutes – Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– « [...] comme une rémission durable. » Il en est question à différents endroits dans le rapport alors je voulais simplement préciser que le terme utilisé par le DSM est « prolongé ».</li> </ul>	<p>Le terme « rémission durable » a été changé pour « rémission prolongée » dans les différents documents.</p>
<p><b>GUO – Annexe sur les interactions médicamenteuses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Benzodiazépines et inhibiteurs du CYP2C19 : J'ajouterais les autres antidépresseurs mentionnés au rapport p.61 (amitriptyline, clomipramine, imipramine) considérant le type de conditions concomitantes qu'on retrouve chez cette clientèle.</li> </ul> <p><b>Rapport en soutien – Prise en charge du sevrage d'alcool – Populations particulières</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ne semble pas bien correspondre au reste de la phrase ou la fin de la phrase est à ajuster?</li> </ul>	<p>Les inhibiteurs mentionnés n'ont pas été ajoutés au GUO puisque, pour les besoins du guide, seulement les interactions à éviter absolument ou si possible et appuyées par des données probantes ont été conservées.</p> <p>La phrase correspondante a donc été modifiée dans le rapport : « Ils soulignent toutefois que l'interaction entre les inhibiteurs du CYP2C19 (p. ex. la fluvoxamine, amitriptyline, clomipramine, imipramine ainsi que les antifongiques azolés tels que fluconazole, itraconazole, kétoconazole et voriconazole) ou du CYP3A4 (les principaux inhibiteurs forts sont les antifongiques azolés mentionnés précédemment, le bocéprévir, la cimétidine, les macrolides (télithromycine), les inhibiteurs de la protéase du VIH, l'amiodarone, le diltiazem, le vérapamil ainsi que le pamplemousse) n'est applicable qu'au diazépam. Puisqu'il existe un nombre important d'interactions entre les inhibiteurs du CYP2C19 ou du CYP3A4 et le diazépam, pour les besoins du GUO, seules les interactions les plus fréquemment rencontrées en pratique et à éviter « en toutes circonstances » ou « si possible » et appuyées par des données probantes ont été conservées.</p>
<p><b>GUO – Annexe sur les interactions médicamenteuses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Gabapentine et dépresseurs du SNC : Est-ce qu'il serait pertinent d'ajouter les autres exemples de conséquences mentionnés au rapport en soutien</li> </ul>	<p>L'énoncé sur l'interaction entre la gabapentine et les dépresseurs du SNC a été modifié ainsi dans le GUO :</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><i>(augmentation des effets indésirables sur les fonctions cognitives et la motricité globale)?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gabapentine et antiacides : <i>Il pourrait être utile de préciser « (p. ex de type Maalox) » tel qu'indiqué au rapport en soutien; référence rapide utile.</i></li> </ul>	<p>« Intensification des effets sur les fonctions cognitives, la motricité globale et augmentation du risque de sédation et de dépression respiratoire. »</p> <p>La précision n'a pas été ajoutée aux antiacides de type hydroxyde d'aluminium ou de magnésium, par souci de conformité avec le PMN correspondant et puisqu'il existe plusieurs autres produits à base d'hydroxyde d'aluminium ou de magnésium.</p>
<p><b>OIPI en milieu externe – Prophylaxie pour l'encéphalopathie de Wernicke</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Suggestion : Préciser « (à raison d'1x / semaine en CLSC ou en pharmacie lorsque disponible et applicable) », à moins qu'il y ait une autre façon mais c'est ce qui est mentionné au rapport en soutien p.65. Je crois qu'il s'agit d'une information pertinente à rendre plus accessible (d'autant plus qu'on mentionne de favoriser la voie IM) et qui n'apparaît pas au GUO, donc je l'indiquerais ici, ou je l'inclurais au GUO dans la section sur la thiamine.</i></li> <li>- <i>Par ailleurs, advenant que la voie IM soit prescrite, est-ce que la durée de traitement serait davantage en nombre de fois/répétition ou de semaine plutôt qu'en nombre de jours? Ça demeure possible en nombre de jours mais je le souligne au cas où on souhaitait être plus précis et ajouter cette possibilité.</i></li> <li>- <i>Aussi, la suggestion de favoriser la voie IV puis IM en établissement est inscrite au GUO (et à l'OIP comme pour l'externe), mais la suggestion de favoriser la voie IM en externe n'apparaît pas au GUO. Par souci de complétude de l'information au GUO, elle pourrait aussi y apparaître et ça permet également de comprendre que la voie IM en externe est également possible dans certains cas, d'emblée à la consultation du GUO (information pertinente mais qui n'est pas connue de tous)?</i></li> <li>- <i>Je trouve d'autant plus pertinent d'ajouter la note suggérée concernant la voie PO dans le GUO dans le contexte où le fractionnement des doses est en quelque sorte « mis de l'avant » ici. Ça permet d'autant plus d'éclairer rapidement le clinicien sur la conduite à tenir selon son jugement sur la situation.</i></li> <li>- <i>Cf mon commentaire à ce sujet dans le GUO.</i></li> <li>- <i>La durée suggérée de 1 semaine n'est pas indiquée. Elle pourrait l'être, comme elle pourrait demeurer seulement au GUO.</i></li> </ul>	<p>La section sur la thiamine a été modifiée pour y ajouter une spécification sur la voie d'administration en note de bas de page :</p> <p>La thiamine orale est faiblement absorbée chez la population atteinte d'un TUA et est excrétée par voie urinaire. La voie parentérale est donc à privilégier lorsque possible (disponible notamment en pharmacie ou en CLSC). Si la voie PO est utilisée, la dose quotidienne peut être fractionnée pour favoriser une meilleure absorption.</p> <p>De plus, l'option suivante a été ajoutée pour la posologie :</p> <p><input type="checkbox"/> _____ mg (fréquence) x _____ répétitions</p> <p>En ce qui concerne la posologie recommandée, l'énoncé a été modifié ainsi :</p> <p>100-500 mg/jour PO ou IM durant 1 semaine.</p>
<p><b>OIPI en milieu externe – Traitement du syndrome de sevrage - Gabapentine</b></p>	<p>La spécification suivante a été ajoutée à la première page de l'OIPI, dans la section « Indication » :</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Il y a visiblement moins d'indications que pour le traitement en établissement car en général le niveau de sévérité des sevrages traités en ambulatoire sera moindre et il y a moins d'indications à suivre et de supervision, mais je crois que les indications supplémentaires demeurent pertinentes comme guide ici aussi, car ça permet aux professionnels impliqués d'avoir davantage d'information pertinente d'emblée pour aiguiller leur jugement clinique, entre autres en raison de l'absence de l'encadrement hospitalier ou d'établissement.</i></li> <li>– <i>Cf aussi plus bas la référence aux équipes qui permettent une supervision à domicile accrue (commentaires complémentaires). Entre autres, je crois qu'il demeure pertinent de préciser au sujet de la gabapentine : « Seulement pour les cas de syndrome de sevrage léger à modéré avec faible risque de complications ou faible risque de sevrage ». Le mot « seulement » pourrait être retiré et remplacé par « indiquée ». Ou encore cf commentaire plus bas sur la notion du niveau de sévérité des symptômes traités.</i></li> <li>– <i>Est-ce qu'il serait possible de donner une idée, une certaine indication quant à ce que pourrait être un état stabilisé dans ce contexte (en terme de diminution de score p. ex, de symptômes, état général, SV ou autre?)</i></li> <li>– <i>Cf commentaire fait dans le GUO considérant la dose limite en fonction de la Clcr égale à 15 ml/min versus inférieure à 15 ml/min</i></li> </ul>	<p>Les traitements sont indiqués pour les personnes qui présentent un faible risque de complications liées au sevrage et un syndrome de sevrage dont l'intensité va de légère à modérée ou qui ont un faible risque de développer un syndrome de sevrage.</p> <p>En ce qui concerne l'état stabilisé, il a été jugé pertinent de laisser cet aspect au jugement du clinicien, et ce, surtout dans un contexte d'OIPI.</p> <p>Les doses de gabapentine selon la clairance de la créatinine ont été modifiées ainsi dans l'OIPI :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clairance de la créatinine (Clcr) entre 30 et 59 ml/min : limiter à 300 mg PO BID.</li> <li>• Clcr entre 15 et 29 ml/min : limiter à 300 mg PO DIE.</li> <li>• Clcr inférieure à 15 ml/min : limiter à 100 mg DIE.</li> </ul>
<p><b>OIPI en milieu externe – Traitement du syndrome de sevrage - Diazépam</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Il demeure pertinent selon moi d'ajouter les mêmes précisions que pour en établissement, d'autant plus que certains traitements ambulatoires bénéficient d'une supervision à domicile plus étroite par des intervenants tel que dans des équipes SIM, TIBD ou autres qui traitent des patients plus sévèrement atteints en général que dans les suivis ambulatoires traditionnels : « Omettre la médication en cas de somnolence », « Aviser le médecin (ou faire réévaluer la situation) si plus de ? mg ont été donnés au cours des ? dernières heures ». Je suis consciente que cet élément est beaucoup moins pertinent en ambulatoire en raison de la sévérité des symptômes et des doses de Rx prescrites, mais peut-être qu'il y aurait tout de même une certaine indication utile qui serait en quelque sorte équivalente mais adaptée au contexte de l'ambulatoire, p. ex selon ce qui serait considéré un nombre de mg « drapeau rouge » en ambulatoire, ou peut-être davantage en fonction de niveau du soulagement de symptômes ou de sédation..?). Par ailleurs, en cas d'absence d'intervenants en suivi à domicile ou de proximité, une certaine guidance peut quand même se faire par téléphone par</i></li> </ul>	<p>Les précisions suivantes ont été ajoutées à l'OIPI pour le diazépam :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⚠ Omettre la médication en cas de somnolence.</li> <li>⚠ Aviser le médecin si plus de 60 mg ont été donnés au cours des 12 dernières heures.</li> </ul> <p>De plus, pour le diazépam, les précisions suivantes ont été ajoutées dans l'OIPI à la suite du commentaire fait dans le cadre du GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⚠ Éviter lorsque possible chez les personnes âgées de plus de 65 ans.</li> <li>⚠ Débuter avec des doses plus faibles chez les personnes de plus de 65 ans pour réduire le risque de chute ou de dépression respiratoire.</li> </ul> <p>Le schéma posologique a été modifié pour l'expression :</p> <p>Schéma posologique à doses décroissantes selon un horaire fixe.</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><i>un professionnel de l'équipe, par un intervenant communautaire, le pharmacien ou un proche impliqué.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Est-ce qu'il serait possible de donner une idée, une certaine indication quant à ce que pourrait être un état stabilisé dans ce contexte (en terme de diminution de score p. ex, de symptômes, SV ou autre?)</i></li> <li>– <i>Il n'y a que les doses pour les sevrages légers à modérés avec faible risque de complications ou faible risque de sevrage puisqu'on est en externe, mais ce n'est pas précisé et le niveau de sévérité et de risque des syndromes de sevrage considérés « traitables» en externe n'est pas indiqué clairement dans le GUO ni dans les OIP. C'est peut-être parce que c'est considéré implicite ou peut-être pour laisser une certaine latitude selon le jugement clinique sur chaque situation (caractéristiques du patient, contexte de soins, surveillance disponible etc), mais il pourrait tout de même être bien de préciser ici que les doses indiquées sont celles pour le traitement de syndromes de sevrage léger à modéré avec faible risque de complications ou faible risque de sevrage, que ce soit à l'endroit des posologies recommandées, dans l'indication ou en début de section sur le traitement du sevrage (serait peut-être l'idéal)? En fait, si c'était en début de section, peut-être que ça pourrait aussi être un bon endroit où préciser l'indication de la gabapentine puisque ça réfère aussi au niveau de sévérité de sevrage couvert par la prescription? À ce moment-là l'indication pourrait aussi être plus générale. (cf commentaire plus haut sur l'info retirée de la OIP externe (versus établissement) concernant la gabapentine). C'est par souci de clarté et ça favorise peut-être davantage que les cliniciens se réfèrent à d'autres documents s'ils font face à des symptômes de sevrage plus sévères, mais je comprends que l'information est disponible de façon générale dans le GUO.</i></li> </ul>	<p>En ce qui concerne l'état stabilisé, il a été jugé pertinent de laisser cet aspect au jugement du clinicien, et ce, surtout dans un contexte d'OIPI.</p> <p>La spécification suivante a été ajoutée à la première page de l'OIPI, dans la section « Indication » :</p> <p>Les traitements sont indiqués pour les personnes qui présentent un faible risque de complications liées au sevrage et un sevrage d'intensité de légère à modérée ou un faible risque de développer un syndrome de sevrage.</p>
<p><b>OIPI en milieu externe – Traitement du syndrome de sevrage - Lorazépam</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Il demeure pertinent selon moi d'ajouter les mêmes précisions que pour en établissement, d'autant plus que certains traitements ambulatoires bénéficient d'une supervision à domicile plus étroite par des intervenants tel que dans des équipes SIM, TIBD ou autres qui traitent des patients plus sévèrement atteints en général que dans les suivis ambulatoires traditionnels : « Omettre la médication en cas de somnolence », « Aviser le médecin (ou faire réévaluer la situation) si plus de ? mg ont été donnés au cours des ? dernières heures ». Je suis consciente que cet élément est beaucoup moins pertinent en ambulatoire en raison de la sévérité des symptômes et des doses de Rx prescrites, mais peut-être qu'il y</i></li> </ul>	<p>Les précisions suivantes ont été ajoutées à l'OIPI pour le lorazépam :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li> Omettre la médication en cas de somnolence.</li> <li> Aviser le médecin si plus de 60 mg ont été donnés au cours des 12 dernières heures.</li> </ul> <p>En ce qui concerne l'état stabilisé, il a été jugé pertinent de laisser cet aspect au jugement du clinicien, et ce, surtout dans un contexte d'OIPI.</p> <p>La spécification suivante a été ajoutée à la première page de l'OIPI, dans la section « Indication » :</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><i>aurait tout de même une certaine indication utile qui serait en quelque sorte équivalente mais adaptée au contexte de l'ambulatoire, p. ex selon ce qui serait considéré un nombre de mg « drapeau rouge » en ambulatoire, ou peut-être davantage en fonction de niveau de soulagement de symptômes ou de sédation..?). Par ailleurs, en cas d'absence d'intervenants en suivi à domicile ou de proximité, une certaine guidance peut quand même se faire par téléphone par un professionnel de l'équipe, par un intervenant communautaire, le pharmacien ou un proche impliqué.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Est-ce qu'il serait possible de donner une idée, une certaine indication quant à ce que pourrait être un état stabilisé dans ce contexte (en terme de diminution de score p. ex, de symptômes, état général, SV ou autre?)</i></li> <li>– <i>Cf commentaire sur la posologie recommandée pour le diazepam.</i></li> <li>– <i>Mettre les doses de lorazepam (ce sont les doses de diazepam)</i></li> <li>– <i>Un rappel ici pourrait être utile et opportun concernant l'importante précision soulignée dans le rapport en soutien (p.66) : « les signes et symptômes doivent tout de même être surveillés et les doses de benzodiazépines réévaluées rapidement et fréquemment » (lorsqu'un schéma à doses régulières décroissantes est utilisé), ou une formulation plus succincte.</i></li> <li>– <i>Aussi, j'imagine que ce n'était pas considéré essentiel si ça n'apparaît pas ici mais je me demande si ce ne serait pas pertinent de préciser « décroissantes » comme ça l'est à plusieurs autres endroits et donc d'inscrire « schéma posologique à doses régulières décroissantes selon un horaire fixe ». Je fais le commentaire ici mais le terme décroissant pourrait être précisé à différents endroits dans les OIP. Je m'étais posé la question dans le cadre du PMN sur le sevrage également, sans soumettre le questionnaire. En fait, c'est que je trouve que ça met l'emphase sur l'importance de prévoir rapidement la diminution progressive des doses jusqu'à une cessation complète à l'intérieur d'un temps raisonnable (sauf exceptions) et ça incite à y penser.</i></li> <li>– <i>Mettre les doses de lorazepam (ce sont les doses de diazepam)</i></li> </ul>	<p>Les traitements sont indiqués pour les personnes qui présentent un faible risque de complications liées au sevrage et un syndrome de sevrage dont l'intensité va de légère à modérée ou qui ont un faible risque de développer un syndrome de sevrage.</p> <p>L'informations sur la posologie recommandée a été modifiée ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schéma posologique selon les symptômes : 1-2 mg PO/SL toutes les 4 à 6 h PRN.</li> <li>• Schéma posologique à doses décroissantes selon un horaire fixe : 1-2 mg PO/SL TID ou QID (+/- HS PRN).</li> </ul> <p>Un rappel sur la surveillance à effectuer n'a toutefois pas été ajouté au modèle d'OIPI, qui se veut un document très simple.</p>
<p><b>OIPI en milieu hospitalier – Prophylaxie pour l'encéphalopathie de Wernicke</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Est-ce que la durée du traitement serait préférable d'être précisée autrement qu'en nombre de jours si la voie IM est choisie en milieu H?</i></li> <li>– <i>La durée suggérée de 1 semaine n'est pas indiquée. Elle pourrait l'être, comme elle pourrait demeurer seulement au GUO.</i></li> </ul>	<p>La précision suivante a été ajoutée à la voie d'administration de la thiamine, et ce, en note de bas de page :</p> <p>La thiamine orale est faiblement absorbée chez la population avec un TUA et est excrétée par voie urinaire. La voie parentérale est donc à privilégier lorsque possible (perfusion IV lente ou administration IM). Si</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
	<p>la voie PO est utilisée, la dose quotidienne peut être fractionnée pour favoriser une meilleure absorption.</p> <p>De plus, la posologie recommandée a été modifiée ainsi : 100-500 mg/jour PO, IV ou IM durant 1 semaine.</p>
<p><b>OIPI en milieu hospitalier – Traitement pour le sevrage – Gabapentine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cf commentaire fait dans le GUO considérant la dose limite en fonction de la Clcr égale à 15 ml/min versus inférieure à 15 ml/min.</li> <li>– Cf mon commentaire dans la GUO sur la notion de réévaluation (qui est importante de façon probablement plus générale que ce qui est précisé uniquement dans le tableau sur les traitements du GUO, d'autant plus qu'il y est inscrit « non applicable » en ce qui concerne la gabapentine).</li> </ul>	<p>Les doses de gabapentine selon la clairance de la créatinine ont été modifiées ainsi dans l'OIPI :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clairance de la créatinine (Clcr) entre 30 et 59 ml/min : limiter à 300 mg PO BID.</li> <li>• Clcr entre 15 et 29 ml/min : limiter à 300 mg PO DIE.</li> <li>• Clcr inférieure à 15 ml/min : limiter à 100 mg DIE.</li> </ul> <p>Voir la réponse au commentaire correspondant pour le GUO en ce qui concerne la réévaluation.</p>
<p><b>OIPI en milieu hospitalier – Traitement pour le sevrage – Diazépam</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>J'imagine que ce n'était pas considéré essentiel si ça n'apparaît pas ici mais je me demande si ce ne serait pas pertinent de préciser « décroissantes » comme ça l'est à plusieurs autres endroits et donc d'inscrire « schéma posologique à doses régulières décroissantes selon un horaire fixe ». Je fais le commentaire ici mais le terme décroissant pourrait être précisé à différents endroits dans les OIP. Je m'étais posé la question dans le cadre du PMN sur le sevrage également, sans soumettre le questionnement. En fait, c'est que je trouve que ça met l'emphasis sur l'importance de prévoir rapidement la diminution progressive des doses jusqu'à une cessation complète à l'intérieur d'un temps raisonnable (sauf exceptions) et ça incite à y penser.</i></li> <li>– <i>Versus 5 à 20mg dans le rapport en soutien p.53.</i></li> <li>– <i>Concernant l'importance de la réévaluation, elle est implicite ici mais cf mon commentaire dans le document OIP externe pour mieux le mettre en perspective (les signes et symptômes doivent tout de même être surveillés et les doses de benzodiazépines réévaluées rapidement et fréquemment lorsqu'un schéma à doses régulières décroissantes est utilisé).</i></li> </ul>	<p>Le schéma posologique a été remplacé par l'expression : Schéma posologique à doses décroissantes selon un horaire fixe</p> <p>Voir la réponse au commentaire correspondant pour le rapport en soutien. L'erreur a été corrigée dans le rapport.</p> <p>Voir la réponse au commentaire correspondant pour le GUO en ce qui concerne la réévaluation.</p>
<p><b>OIPI en milieu hospitalier – Traitement pour le sevrage – Lorazépam</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Plutôt 12mg pour le lorazepam selon le tableau du GUO.</i></li> <li>– <i>Cf commentaire sur le diazepam.</i></li> </ul>	<p>L'énoncé suivant a été corrigé dans l'OIPI en milieu hospitalier :</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cf commentaire sur le diazepam.</li> </ul>	<p>⚠ Aviser le médecin si plus de 12 mg ont été donnés au cours des 12 dernières heures</p> <p>Le schéma posologique a été remplacé par l'expression : Schéma posologique à doses décroissantes selon un horaire fixe</p> <p>Voir la réponse au commentaire correspondant pour le GUO en ce qui concerne la réévaluation.</p>
<p><b>Rapport en soutien – Table des matières</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque 2.5.6.1 (analyse de labo) et 2.5.7 (critères d'orientation en milieu spécialisé).</li> <li>- La discussion est le point 3 et les recommandations sont le point 4 dans le texte.</li> </ul>	<p>Les champs de la Table des matières ont été mis à jour.</p>
<p><b>Rapport en soutien – Introduction</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Objectifs du sevrage assisté?</li> <li>- TUA non obligatoire.</li> <li>- Ainsi que celle de la prévention des rechutes? (il manque l'objectif concernant la prévention des rechutes?)</li> <li>- Il serait plus complet de dire « les aspects psychothérapeutiques et psychosociaux »</li> </ul>	<p>La phrase correspondante a été modifiée ainsi : Selon la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT), les quatre principaux objectifs du sevrage assisté sont [...].</p> <p>La phrase correspondante a été modifiée ainsi, conformément au PAID : Les services de gestion du sevrage doivent être offerts à certains usagers répondant aux critères d'un trouble lié à l'usage d'alcool (TUA) en fonction de leurs besoins associés au sevrage, déterminés consécutivement à l'évaluation des risques de complications du sevrage et des conditions médicales et psychologiques associées à celui-ci.</p> <p>La phrase correspondante a été modifiée ainsi : Ce GUO vise à favoriser l'usage optimal des traitements pharmacologiques dans la prise en charge du sevrage de l'alcool en interne et en externe ainsi que dans la prévention des rechutes afin de permettre de mieux soutenir les professionnels de la santé dans leurs décisions cliniques.</p> <p>La phrase correspondante a été modifiée ainsi : Les aspects psychothérapeutiques et psychosociaux liés à la prise en charge du sevrage de l'alcool ne sont pas abordés directement [...].</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><b>Rapport en soutien – Méthodologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Le lorazepam devrait peut-être faire partie des exemples puisqu'il est l'un des principaux utilisés et probablement bien illustré dans les études / données. En fait ce sont ceux approuvés par Santé Canada mais est-ce important dans cet exemple?</i></li> <li>– <i>TUA obligatoire?</i></li> </ul>	<p>Effectivement, comme la méthodologie a précédé les recherches de littérature et les rencontres avec les experts, les exemples qui sont cités représentent les benzodiazépines approuvées par Santé Canada pour le sevrage d'alcool. Pour les besoins du GUO, le TUA était un critère de sélection des publications. Les énoncés n'ont donc pas été modifiés dans le rapport.</p>
<p><b>Rapport en soutien – Méthodologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>L'ensemble s'adresse au sevrage et à la prévention des rechutes ou points distincts?</i></li> <li>– <i>Versus prévention de la rechute versus les deux?</i></li> </ul> <p><b>Rapport en soutien – Évaluation initiale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Distinction / nuance entre maintien de l'abstinence et prévention des rechutes. Voir si la nuance s'applique dans les sections sur la méthodologie, entre autres? voir mes commentaires à cet endroit.</i></li> </ul>	<p>Les énoncés ont été modifiés pour apporter plus de précisions :</p> <p>10. Quelles sont les modalités de bonne pratique clinique relatives au sevrage de l'alcool et à la prévention des rechutes chez les personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool avéré selon les critères du DSM-5 concernant :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. La démarche diagnostique à effectuer pour conclure à un syndrome de sevrage de l'alcool ou à un risque important de syndrome de sevrage de l'alcool;</li> <li>b. Les traitements pharmacologiques pour le sevrage d'alcool et pour favoriser la prévention des rechutes après le sevrage (p. ex. naltrexone, acamprosate ou autre médicament en soutien), y compris l'information sur la posologie, la teneur et la durée du traitement;</li> <li>c. Les contre-indications des traitements pharmacologiques pour le sevrage et la prévention des rechutes à retenir et les populations particulières à considérer (p. ex. personnes avec une insuffisance rénale ou hépatique, etc.);</li> <li>d. Les traitements pharmacologiques complémentaires à administrer (p. ex. vitamines) lors du sevrage d'alcool, y compris l'information sur la posologie, la teneur et la durée du traitement lors du sevrage d'alcool;</li> <li>e. Les critères d'amorce, de suivi et d'arrêt du traitement pharmacologique pour le sevrage d'alcool (p. ex. signes, symptômes, outils d'évaluation comme la grille CIWA-Ar) et la prévention des rechutes;</li> <li>f. Les analyses de laboratoire à réaliser avant, pendant et après le sevrage de l'alcool;</li> <li>g. Les critères d'amorce du traitement et de détermination du niveau d'intensité des soins requis (externe ou interne) lors du sevrage d'alcool.</li> </ol>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><b>Rapport en soutien – Méthodologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Est-ce que ces éléments sont vraiment limités au sevrage d'alcool?</i></li> <li>– <i>Pourquoi entre parenthèses et pourquoi pas prévention de la rechute?</i></li> <li>– <i>Et de la prévention des rechutes?</i></li> <li>– <i>La Q de recherche 10 ne semble pas correspondre aux modalités de pratique (versus d'usage).</i></li> <li>– <i>À préciser.</i></li> </ul>	<p>La section sur les autres aspects documentés en cours de projet a été modifiée pour apporter plus de précisions :</p> <p>Les aspects suivants au sujet du sevrage de l'alcool et de la prévention des rechutes ont été documentés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le continuum de soins d'une personne souffrant d'un trouble lié à l'usage d'alcool;</li> <li>• [...]</li> <li>• Les aspects relatifs aux traitements pharmacologiques du sevrage de l'alcool et de la prévention des rechutes qui mériteraient des rappels ou des formations destinées aux cliniciens non spécialisés;</li> <li>• Certains aspects importants entourant la prise en charge psychosociale du sevrage d'alcool et de la prévention des rechutes (messages clés seulement);</li> <li>• [...]</li> </ul>
<p><b>Rapport en soutien – Méthodologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>La Q de recherche 10 ne semble pas correspondre aux modalités de pratique (versus d'usage).</i></li> <li>– <i>À préciser.</i></li> </ul>	<p>Les énoncés ont été reformulés pour plus de précisions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pour la question de recherche 10 sur les modalités de bonnes pratiques, une revue systématique de la littérature a été effectuée.</li> <li>– Pour la question de recherche 10 sur les modalités de bonnes pratiques, la stratégie de recherche de l'information a été élaborée en collaboration avec un spécialiste en information scientifique (bibliothécaire).</li> </ul>
<p><b>Rapport en soutien – Méthodologie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>À préciser</i></li> <li>– <i>TUA inclus entre autres ou principalement en raison du volet sur la prévention des rechutes? Mais la question de la prévention des rechutes n'est pas précisée? En fait, elle est précisée dans les paramètres d'intérêts plus bas mais pas dans la population ni de façon spécifique dans l'intervention?</i></li> <li>– <i>Versus prévention des rechutes? (nuance entre maintien de l'abstinence et prévention des rechutes). Traitement distinct plutôt qu'intégré au traitement du sevrage comme tel?</i></li> </ul>	<p>Le titre du tableau sur les critères d'inclusion et d'exclusion des documents a été modifié pour spécifier que la question 10 porte sur les modalités de bonnes pratiques.</p> <p>La population a été redéfinie ainsi : Personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage d'alcool selon les critères du DSM-5 et dont l'état nécessite un sevrage assisté par de la médication en interne ou en externe ou un traitement pour la prévention des rechutes.</p> <p>L'intervention a été redéfinie ainsi : Traitements pharmacologiques du sevrage d'alcool (p. ex. benzodiazépines, vitamines, traitements de</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
	soutien à l'abstinence) et pour favoriser la prévention des rechutes (p. ex. naltrexone, acamprosate). Note : La nuance entre prévention des rechutes et maintien de l'abstinence se trouve dans la section 2.3 du rapport.
<p><b>Rapport en soutien – Aspects pathophysiologiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>C'est probablement un détail et tiré directement d'un autre document, mais le lien entre « les effets délétères sur le comportement » et les exemples indiqués entre parenthèses tels que tremblements, crises d'épilepsie, délirium tremens ne m'apparaît pas tout-à-fait juste. L'agitation peut être vue comme une altération du comportement mais les autres éléments? C'est peut-être le terme comportement qui n'est pas tout-à-fait juste dans son utilisation ici?</i></li> </ul>	La portion d'énoncé « sur le comportement » a été retirée de la phrase.
<p><b>Rapport en soutien – Trouble lié à l'usage d'alcool</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>D'usage est plus juste selon le vocabulaire du DSM.</i></li> <li>– <i>Petit détail mais consommé me semble mieux.</i></li> <li>– <i>J'en profiterais pour prendre la formulation du DSM qui reprend la notion de « craving » qui est quand même importante : Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.</i></li> <li>– <i>Petit détail, mais consommation continue ou poursuite de la consommation me semble mieux.</i></li> <li>– <i>usage?</i></li> </ul>	<p>Dans la définition, le terme « utilisation » a été remplacé par « usage ».</p> <p>Dans le point 1, le terme « pris » a été remplacé par « consommé ».</p> <p>Le point 4 a été reformulé : « Envie impérieuse (<i>craving</i>), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool. »</p> <p>Le point 6 a été reformulé : « Poursuite de la consommation d'alcool malgré [...] ».</p> <p>Dans le point 10, le terme « utilisation » a été remplacé par « usage ».</p>
<p><b>Rapport en soutien – Syndrome de sevrage d'alcool</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Si je ne me trompe pas, l'objectif de le préciser est aussi de favoriser la gestion appropriée d'un sevrage qu'il apparaisse dans le contexte d'un TUA ou non, alors est-ce qu'il pourrait être intéressant de préciser : « pouvant requérir une prise en charge ou un traitement approprié » ou quelque chose comme ça à la fin de la phrase? Cela permet de mettre l'accent sur l'existence du phénomène, sur l'importance de le reconnaître / l'identifier lorsqu'il se présente ainsi que de possiblement l'adresser. Une autre façon d'amener le point serait d'ajouter qu'ainsi les recommandations concernant la gestion / traitement du sevrage d'alcool s'appliquent aussi en l'absence de TUA ou que la présence ou le dx d'un TUA n'est pas requis ou obligatoire pour le traitement du sevrage (ce qui est différent pour la prévention des rechutes). Cela est cohérent avec les documents révisés précédemment tel que le PMN sur le sevrage et on comprend</i></li> </ul>	<p>L'énoncé suivant a été ajouté au rapport en soutien : « Il est donc important de favoriser la gestion appropriée d'un sevrage, qu'il apparaisse dans le contexte d'un TUA ou non et, de ce fait, les recommandations concernant la gestion et le traitement du sevrage d'alcool sont applicables en absence d'un TUA. »</p> <p>Le sigle « SSA » a été remplacé par « syndrome de sevrage d'alcool ».</p> <p>Dans le point A, le terme « utilisation » a été remplacé par « usage ».</p> <p>Dans le point B, la dernière puce a été reformulée : « Crises convulsives généralisées tonico-cloniques (du type grand mal) ».</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p>que le TUA fait davantage l'objet du GUO qui concerne à la fois la gestion optimale du traitement du sevrage et de la prévention des rechutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mettre SSA entre parenthèses après « syndrome de sevrage d'alcool » en début de paragraphe pour que les gens identifient rapidement à quoi SSA se réfère?</li> <li>– Usage?</li> <li>– Crises convulsives généralisées tonico-cloniques est davantage le terme approprié je crois, quitte à mettre « de type grand mal » entre parenthèses s'il est souhaité de le garder pour référence plus facile pour certaines personnes?</li> <li>– Signes ou symptômes</li> <li>– « Signes ou symptômes » / « ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental » (certaine nuance) / « dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance ».</li> </ul>	<p>Dans le point C, le début de l'énoncé a été reformulé : « Ces signes ou symptômes [...] ».</p> <p>Le point D a été reformulé : « Les signes ou symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance ».</p>
<p><b>Rapport en soutien – Évaluation initiale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Cf commentaire plus bas sur les commentaires du comité consultatif sur le sujet (ou connexes). En fait, dans le paragraphe suivant dans lequel l'opinion du comité consultatif est décrite, je crois qu'il serait pertinent et intéressant d'en profiter aussi pour revenir sur l'importance de rechercher systématiquement une comorbidité d'un trouble psychiatrique, non seulement en raison des conséquences sur le TUA mais aussi en raison de la fréquence élevée de la cooccurrence entre les TUS et les autres troubles psychiatriques, de la possibilité d'un trouble psychiatrique comorbide ou sous-jacent non diagnostiqué en présence d'un TUS / TUA et des conséquences du TUA et/ou du non dx sur le trouble psychiatrique? Je comprends que le sujet est le TUA mais je trouverais vraiment bien d'en profiter pour sensibiliser brièvement sur les implications un peu plus larges de cette problématique fréquente mais encore « sous-reconnue » des troubles concomitants psychiatrie et TUS et d'en quelque sorte référer aussi à l'autre côté de la médaille. On souligne dans ce paragraphe l'importance d'investiguer la présence d'un autre TUS que le TUA car troubles concomitants fréquents alors peut-être que d'ajouter brièvement cet aspect s'y glisserait bien?</li> <li>– Probablement parce que la possibilité d'apparition éventuelle d'un sevrage n'est pas exclue (puisque l'on fait référence à l'évaluation du risque de sevrage), mais à mon sens le point suivant est un point différent plutôt qu'un exemple (ou je ne saisis peut-être pas bien).</li> </ul>	<p>Dans le paragraphe sur les commentaires des membres du comité consultatif, l'information suivante a été ajoutée : « En accord avec la Société Française d'Alcoologie, l'importance de rechercher systématiquement une comorbidité comme un trouble psychiatrique a été soulevée, et ce, non seulement en raison des conséquences sur le TUA, mais aussi à cause de la fréquence élevée de cooccurrences entre les troubles liés à l'utilisation d'une substance (TUS) et les autres troubles psychiatriques, de la possibilité d'un trouble psychiatrique comorbide ou sous-jacent non diagnostiqué en présence d'un TUS ou d'un TUA ainsi que des conséquences de ce dernier trouble ou de l'absence de diagnostic sur le trouble psychiatrique. »</p> <p>La phrase correspondante a été modifiée ainsi : « À titre d'exemple, une personne asymptomatique qui n'a pas consommé de benzodiazépines ou d'autres substances et qui est abstinente d'alcool depuis quelques jours pourrait recevoir uniquement de la médication pour la prévention de la rechute, car le risque d'un syndrome de sevrage serait faible. »</p>
<p><b>Rapport en soutien – Analyses de laboratoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Suggestion : ne sont pas requises?</li> </ul>	<p>La phrase correspondante a été modifiée ainsi : « Il est toutefois précisé que ces analyses ne sont pas requises pour identifier [...] ».</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une courte explication aurait été intéressante.</li> </ul>	<p>La phrase correspondante a été modifiée ainsi : « De plus, les membres du comité consultatif mentionnent que certains professionnels du Québec demandent d'effectuer un test de toxicologie urinaire pour justifier le transfert d'une personne en psychiatrie, mais ils précisent que cette pratique n'est pas adéquate étant donné les nombreuses limitations liées à ce test qui ont été évoquées précédemment. »</p>
<p><b>Rapport en soutien – Facteurs de risque de complications du sevrage d'alcool</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Versus Trouble de l'usage</li> <li>- Aussi? plutôt qu'en opposition</li> <li>- Il aurait été intéressant de préciser la relation.</li> </ul>	<p>Le point correspondant a été reformulé ainsi : « un trouble de l'usage de benzodiazépines, de barbituriques ou [...] ».</p> <p>La phrase correspondante a été reformulée ainsi : « Selon l'American Society of Addiction Medicine, les facteurs suivants peuvent aussi augmenter le risque de complications du sevrage [...] »</p> <p>En ce qui concerne la vitesse de diminution de l'alcoolémie dans l'interprétation de ce test en contexte de sevrage, cette information limitée provient des experts du comité consultatif et sera évaluée lors de la prochaine mise à jour du GUO.</p>
<p><b>Rapport en soutien – Outils d'évaluation pertinents lors de la prise en charge du sevrage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce qu'il y aurait un exemple ou des suggestions? Mais je comprends que ce n'est pas nécessairement important puisqu'on peut voir ce qui a été considéré important et retenu par le comité.</li> </ul>	<p>L'ASAM suggère d'utiliser une échelle basée sur les signes et symptômes objectifs (activité autonome) lorsque la personne a des difficultés à communiquer à propos de ses symptômes. À ce propos, l'ASAM mentionne aussi que l'échelle <i>Brief Alcohol Withdrawal Scale</i> (BAWS) a été développée comme méthode plus courte et plus objective pour déterminer les signes et symptômes du sevrage d'alcool.</p>
<p><b>Rapport en soutien – Prise en charge du sevrage d'alcool - Critères d'évaluation pour l'amorce d'un traitement pharmacologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pourquoi 10 plutôt que 8? cf commentaire plus bas</li> <li>- Pourquoi 10 plutôt que 8? cf. commentaire plus bas</li> </ul> <p><b>Rapport en soutien – Prise en charge du sevrage d'alcool - Critères d'évaluation pour l'amorce d'un traitement pharmacologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Est-ce qu'il serait pertinent de préciser aussi qu'ils considèrent le score de 8 pour la CIWA-Ar et celui de 7 pour la CIWA-modifiée? C'est précisé dans un autre contexte plus bas mais je crois que ce serait pertinent de le faire tandis qu'on précise les scores pris en compte par le comité consultatif, d'autant plus lorsque</li> </ul>	<p>Les précisions suivantes ont été ajoutées au rapport en soutien : « Bien que l'ASAM utilise un seuil inférieur à 10 pour les sevrages d'intensité légère, selon l'avis des experts du comité consultatif, le seuil de tolérance aux symptômes de sevrage est très variable d'un individu à un autre. De plus, 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 un score CIWA-Ar de 8 à un syndrome de sevrage léger est également très fréquemment trouvée dans d'autres publications consultées. Il a donc été jugé pertinent</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><i>ces derniers ne sont pas ceux décrits par l'ASAM (cad ceux pour la limite entre le sevrage léger et modéré).</i></p> <p><b>Rapport en soutien – Prise en charge du sevrage d'alcool – Traitements pharmacologiques – Autres options de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Concernant la différence dans les scores retenus par l'ASAM versus le comité consultatif pour ce qui est des sevrages légers et modérés selon la CIWA-Ar : est-ce qu'il y aurait une façon de faire la clarification à quelque part de très visible et tôt dans la lecture, parce que je suis consciente que cette clarification ne peut pas être faite à chaque fois qu'il en est question, mais en même temps je me dis que ça pourrait être mêlant pour un professionnel moins habitué qui se réfère au rapport en soutien mais seulement à certaines sections dont celles où ce ne serait pas précisé.</i></li> </ul>	<p>d'utiliser un seuil de 8 pour les sevrages d'intensité légère dans les travaux. »</p> <p>La précision suivante figure déjà au rapport en soutien, dans la section sur les critères d'évaluation pour l'amorce d'un traitement pharmacologique du sevrage : « Ils précisent toutefois qu'un syndrome de sevrage sévère correspond à un score supérieur ou égal à 19 sur l'échelle CIWA-Ar et supérieur ou égal à 13 sur l'échelle CIWA-modifiée. » Par ailleurs, il s'agit des mêmes critères utilisés par l'ASAM.</p>
<p><b>Rapport en soutien – Prise en charge du sevrage d'alcool - Critères d'évaluation pour l'amorce d'un traitement pharmacologique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Suggestion de formulation qui m'apparaît plus claire si je comprends bien le sens : des soins de support seuls pourraient être donnés en l'absence de ... Ou encore : des soins de supports pourraient être suffisants en l'absence de ... C'est le terme seulement qui peut porter à confusion comme s'il n'y avait que des soins de support qui pouvaient être donnés.</i></li> <li>– <i>Je trouverais intéressant d'en profiter pour souligner l'inconfort et la détresse pouvant être associés aux symptômes de sevrage et la forte pulsion qui peut en résulter et qui peut être très difficile à contrôler versus de simplement consommer de l'alcool pour soulager ces symptômes (d'autant plus en l'absence d'un traitement). Important p. ex pour passer quelques messages-clés, contribuer à améliorer la compréhension de certains enjeux, diminuer les préjugés.</i></li> </ul>	<p>La phrase correspondante a été modifiée ainsi : « Toutefois, en milieu hospitalier, des soins de soutien peuvent être suffisants s'il n'y a pas de risque de progression des symptômes. »</p> <p>Les précisions suivantes ont été apportées au rapport : « En effet, il est pertinent de souligner le sentiment d'inconfort et la détresse qui peuvent être associés aux symptômes de sevrage et la forte pulsion qui peut en résulter et qui peut être très difficile à contrôler. »</p>
<p><b>Rapport en soutien – Prise en charge du sevrage d'alcool – Principes de traitement - Sevrage en milieu ambulatoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>La section précédente concerne à la fois le sevrage en milieu H et en milieu ambulatoire si j'ai bien compris et la distinction est faite lorsque pertinent. On distingue maintenant le sevrage en milieu ambulatoire mais est-ce qu'il est supposé y avoir une section distincte sur le sevrage en milieu hospitalier? Ou peut-être qu'on voulait simplement faire ressortir davantage certains points relatifs plus spécifiquement au sevrage en milieu ambulatoire?</i></li> </ul>	<p>En effet, cette section ne concerne que les indications pour lesquelles un sevrage en milieu ambulatoire peut être effectué. Les indications pour un sevrage en milieu hospitalier se trouvent à la section « Orientation vers le milieu hospitalier ou consultation avec un collègue expérimenté ».</p> <p>La phrase correspondante a été modifiée pour plus de clarté : « [...] pour une personne qui souhaite cesser de consommer, la détermination du milieu de soins le plus approprié devrait être faite en fonction du</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p>– <i>Ce n'est pas toujours clair pour moi si on fait bien la distinction entre le traitement pour le maintien de l'abstinence et le traitement de la prévention des rechutes ou si on réfère en fait au traitement de la prévention des rechutes lorsqu'on fait mention de traitement du maintien de l'abstinence. On précise à certains endroits que le traitement pour la prévention des rechutes peut inclure le maintien de l'abstinence suite à un sevrage ou la réduction de la consommation. La prévention des rechutes est donc plus globale que le maintien de l'abstinence. À garder en tête pour la cohérence à travers les documents et par souci de clarté pour les lecteurs?</i></p>	<p>niveau de risque de complications du sevrage, des molécules les plus indiquées (traitement pour la prévention des rechutes ou traitement du sevrage) et [...] ».</p>
<p><b>Rapport en soutien – Prise en charge du sevrage d'alcool – Traitements pharmacologiques – Benzodiazépines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>L'ativan a plutôt une durée d'action intermédiaire (ce qui est indiqué dans le tableau du GUO également), ce qui peut probablement être considéré comme à action relativement prolongée, mais c'est surtout qu'un peu plus bas on dit que la CCSMPA le considère « à courte action ». Peut-être qu'ils réfèrent alors à la plus courte durée d'action de l'ativan en comparaison au diazépam, mais ça fait tout de même un peu contradictoire.</i></li> <li>– <i>Cf commentaire ci-haut sur l'action prolongée et Effectivement, mais cf commentaires ci-haut.</i></li> <li>– <i>Dans le sens de moins de variations et de pics (et creux) dans les concentrations sanguines? À préciser?</i></li> </ul>	<p>La phrase correspondante a été modifiée dans le rapport : « Les membres du comité consultatif précisent par ailleurs, en accord avec la SFA, que ces deux benzodiazépines à action prolongée (longue pour le diazépam et intermédiaire pour le lorazépam) sont aussi privilégiées lors d'un sevrage en milieu ambulatoire, car le sevrage est plus doux et présente moins de pics de dosage. »</p> <p>La phrase correspondante a été modifiée dans le rapport : « [...] selon la CCSMPA, il est préférable d'utiliser une benzodiazépine à action plus courte comme le lorazépam [...] ».</p> <p>Cette information peut difficilement être précisée, puisqu'elle provient de l'opinion d'experts du comité consultatif. Une attention particulière sera portée à la clarification de ce point lors de la mise à jour du GUO.</p>
<p><b>Rapport en soutien – Prise en charge du sevrage d'alcool – Traitements pharmacologiques – Autres options de traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Ajouter la notion du risque d'aggravation dans le tableau sur les traitements du GUO?</i></li> <li>– <i>?</i></li> <li>– <i>Ou plutôt « considérant »? Ou malgré qu'il y ait un peu d'expérience clinique..?</i></li> </ul>	<p>Pour des raisons de simplicité, la notion de risque d'aggravation des symptômes n'a pas été ajoutée au GUO pour les sevrages d'intensité de légère à modérée avec faible risque de complications. Le jugement du clinicien est requis pour faire le choix entre l'usage de benzodiazépines ou de gabapentine pour ces sevrages. L'ASAM recommande autant les deux options dans ces conditions.</p> <p>Le milieu ambulatoire 2-WM mentionné par l'ASAM correspond au niveau 2-GS, soit à des services externes intensifs de gestion du sevrage. La précision a été ajoutée au rapport en soutien.</p> <p>La phrase correspondante a été modifiée dans le rapport : « Considérant le peu d'expérience clinique [...] ».</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p><b>Rapport en soutien – Prise en charge du sevrage d'alcool – Traitements pharmacologiques – Posologies – Diazépam et lorazépam</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ?</li> <li>– Versus 19 ailleurs?</li> <li>– Il pourrait aussi être ajouté « et/ ou ne s'aggrave » dans les cas où possiblement déjà installé ou en voie d'installation (et je crois que formulé de cette façon ailleurs dans le rapport)? En fait si je comprends bien, on veut surtout éviter l'aggravation du sevrage, de son niveau de sévérité? / Cf commentaire plus haut (idem). Ou pour éviter le sevrage sévère?</li> </ul>	<p>La précision suivante a été ajoutée au rapport : « Pour une prise en charge ambulatoire sans observation continue (niveau 1-WM, correspondant au niveau 1-GS, soit à des services externes non intensifs de gestion du sevrage selon le PAID), [...] ».</p> <p>Le score CIWA-Ar a été changé pour 19 dans le rapport.</p> <p>Les phrases correspondantes ont été modifiées dans le rapport : « En cas de risque élevé de syndrome de sevrage d'alcool sévère ou de complications associées au sevrage, selon les membres du comité consultatif, il est important d'amorcer rapidement un traitement avec les benzodiazépines afin d'éviter qu'un syndrome de sevrage sévère ne s'installe ou ne se détériore et de diriger la personne vers un milieu hospitalier. ». En effet, il est pertinent d'amorcer rapidement le traitement pour éviter que le sevrage ne se développe chez une personne à risque et pour éviter l'aggravation ou le développement de complications chez les personnes qui présentent déjà des symptômes de sevrage.</p>
<p><b>Rapport en soutien – Prise en charge du sevrage d'alcool – Traitements pharmacologiques – Posologies - Gabapentine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dans le sens de « une fois que la dose de confort est atteinte pour le sevrage » (on peut ensuite entamer une diminution graduelle sur 3 à 7 jours)? Ou au fur et à mesure que la dose de confort pour le sevrage est atteinte (à chaque palier)?</li> </ul>	<p>La phrase correspondante a été reformulée dans le rapport : « [...] lorsque la dose « de confort » est atteinte pour le sevrage, une diminution des doses de gabapentine est faite de façon graduelle, par paliers de 100 à 200 mg TID durant 3 à 7 jours et selon la tolérance de la personne [...] ».</p>
<p><b>Rapport en soutien – Prise en charge du sevrage d'alcool – Populations particulières</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– aigu à angle fermé.</li> </ul>	<p>La phrase correspondante a été modifiée dans le rapport en conformité avec ce qui se trouve dans le GPC : « De plus, le BCCSU mentionne l'apnée du sommeil, la myasthénie grave et le glaucome à angle fermé comme contre-indications à l'usage des benzodiazépines, [...] ».</p>
<p><b>Rapport en soutien – Prise en charge du sevrage d'alcool – Suppléments et vitamines complémentaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– est-ce que « par jour » mériterait d'être ajouté? (si c'est bien le cas mais ça devrait)</li> </ul>	<p>La phrase correspondante a été modifiée dans le rapport : « Alors qu'en milieu ambulatoire les personnes peuvent se voir offrir de la thiamine orale à raison de 100 mg par jour selon l'ASAM, [...] ».</p>
<p><b>Rapport en soutien – Prévention des rechutes – Traitements pharmacologiques – Options de traitement alternatives – Baclofène</b></p>	<p>La note sur le baclofène a été intégrée au GUO, puisque cette molécule est prescrite au Québec, qu'elle est connue et publicisée et que les</p>

COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Je me demandais si une note similaire pouvait être faite également concernant l'absence du disulfiram (qui est connu et quant auquel les gens peuvent se questionner) dans le GUO. Personnellement je trouverais ça pertinent, un peu comme pour la mention du baclofène, mais je comprends que tout ne peut pas être intégré.</i></li> </ul>	<p>cliniciens se questionnent sur l'usage du baclofène pour la prévention des rechutes. Bien que les nombreux enjeux de disponibilité et la nécessité d'un usage adéquat du disulfirame chez une population particulière combinés à des données contradictoires sur l'efficacité rendent l'usage de cette molécule complexe, puisque le disulfirame n'est plus disponible commercialement au Canada et qu'on le trouve seulement sous la forme de préparations magistrales, aucune note n'a été ajoutée dans le GUO à cet effet.</p>
<p><b>Rapport en soutien – Prévention des rechutes – Populations particulières et principales contre-indications [...] – Naltrexone</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Je comprends que c'est peut-être un choix, mais je veux seulement soulever le fait que la présence d'allergies n'apparaît nulle part dans le GUO comme contre-indications (pour aucune des Rx)</i></li> </ul>	<p>La présence d'allergies n'a pas été ajoutée au GUO, et ce, principalement pour alléger le document. Il relève du jugement clinique de s'informer sur les antécédents d'allergies à des médicaments avant de prescrire un traitement pharmacologique.</p>
<p><b>Rapport en soutien – Prévention des rechutes – Populations particulières et principales contre-indications [...] – Topiramate</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Non intégré au GUO?</i></li> </ul>	<p>Selon le BCCSU, le glaucome à angle étroit et des antécédents de néphrolithiases constituent des contre-indications à l'utilisation du topiramate, alors que ces conditions sont plutôt considérées dans la monographie comme des cas où le topiramate devrait être utilisé avec précaution [Janssen Inc., 2020; BCCSU, 2019]. Selon la monographie, une acidose métabolique chronique non traitée pourrait augmenter le risque de néphrolithiase. Afin de ne pas alourdir inutilement le document, la précaution mentionnée à l'égard du glaucome et des antécédents de néphrolithiase n'ont pas été ajoutée au GUO pour le topiramate. Toutefois, puisque le glaucome à angle fermé constitue une contre-indication à l'usage des benzodiazépines, cette condition a été ajoutée au GUO.</p>
<p><b>3. Transfert de connaissance : Vos réponses serviront à développer notre stratégie de transfert des connaissances à la suite de la publication du rapport.</b></p>	
<p>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 rapport?</p> <p><i>Aucune réponse fournie.</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>

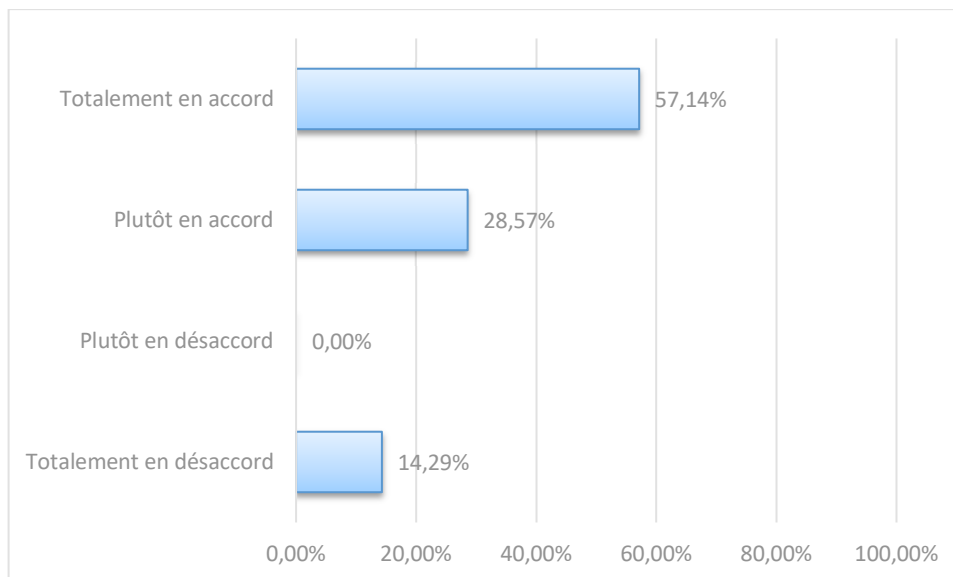
COMMENTAIRES DES LECTEURS EXTERNES	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<p>3.2. Quels congrès, conférences, symposiums ou autres lieux d'échange spécifiques vous semblent appropriés pour partager les résultats du rapport que vous avez révisé?</p> <p><i>Aucune réponse fournie.</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>

## ANNEXE B

### Résultats du sondage auprès des futurs utilisateurs des outils cliniques

#### 1 : Le contenu du guide d'usage optimal est pertinent à votre pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain)

Répondu : 7    Passé : 1



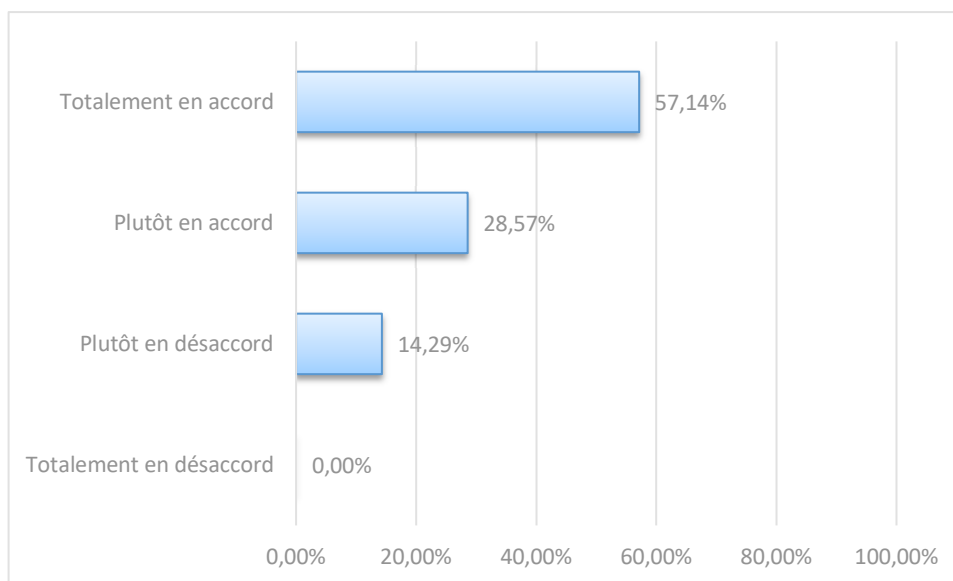
CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES (%)	RÉPONSES (NOMBRE)
Totalement en désaccord	14,29	1
Plutôt en désaccord	0,00	0
Plutôt en accord	28,57	2
Totalement en accord	57,14	4
<b>Total</b>	100	8

N°	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS
1	Bcp de situations différentes, bien fait
2	<p>Excellent travail et outil très clair, concis et complet à la fois. Comme expert en traitement des troubles de dépendance, il est facile de me retrouver dans ces informations.</p> <p>J'ajouterais une référence au module de formation « Prise en charge médicale du sevrage d'alcool à l'externe » élaboré pas l'institut universitaire des dépendances et l'aide de la CPMD : <a href="https://www.fcfacmed.umontreal.ca/course/view.php?id=271&amp;referer=www.dpcmed.umontreal.ca">https://www.fcfacmed.umontreal.ca/course/view.php?id=271&amp;referer=www.dpcmed.umontreal.ca</a></p> <p>Je proposerais toutefois qqes modifications mineures :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pour les effets indésirables du topiramate, p. 6 :</li> </ol>

N°	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS
	<p>a. Préciser, pour la surveillance d'acidose métabolique, de doser les bic par gaz veineux avant Tx, après aug dose et périodiquement ensuite;</p> <p>b. Surveiller apparition, bien que rare, d'état dépressif et/ou suicidaire intenses et aigus et D/C Rx si présents.</p> <p>2. À la p. 6, section « orientation en milieu spécialisé », je formulerais ainsi le 2<sup>e</sup> point : apparition ou détérioration d'un autre trouble lié à l'usage d'une substance, sauf le tabac (en effet, même si l'usage du cannabis est légal, un TLU cannabis nouveau ou exacerbé chez un pt souffrant de TLU ROH sévère se doit d'être évalué, traité et suivi, car en post sevrage ROH, il s'agit d'un transfert de dépendance)</p> <p>3. À la p.2, section « Présentation clinique », j'ajouterais une section sur l'évaluation clinique de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke selon les critères de Caine (R. LABRECQUE <i>et al.</i> Le syndrome de Wernicke, Comité exécutif du CMDP – CHUM, 30 avril 2003.) N.B.: ne pas confondre avec le syndrome de Wernicke-Korsakoff, qui est une atteinte chronique irréversible se présentant cliniquement par une démence avec confabulation.</p> <p>4. À la p.4, section « critères d'orientation en milieu hospitalier » il faut modifier le point 3 par : suspicion d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke (évaluer avec les critères de Caine).</p>

## 2 : Le guide d'usage optimal présente une information claire et facile à comprendre

Répondu : 7    Passé : 1

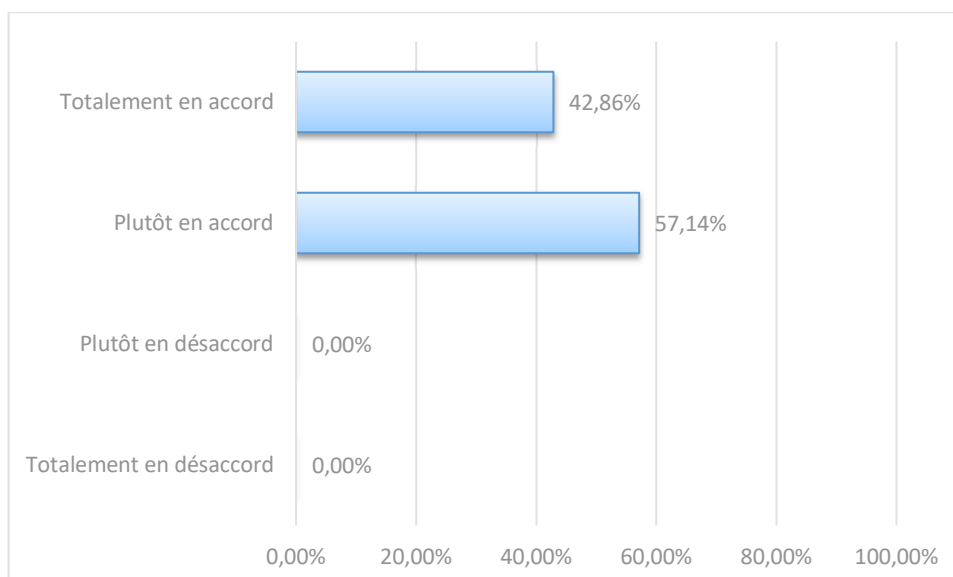


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES (%)	RÉPONSES (NOMBRE)
Totalelement en désaccord	0,00	0
Plutôt en désaccord	14,29	1
Plutôt en accord	28,57	2
Totalelement en accord	57,14	4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>7</b>

N°	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS
1	<p>Je mettrais la section Critères d'orientation en milieu hospitalier après les facteurs de risque de complications liées au sevrage (dans la section sevrage).</p> <p>Aussi, je comprends mal pourquoi il est écrit ceci : Principes de traitement - en milieu hospitalier :</p> <p>- Administration de doses décroissantes selon horaire fixe dans les situations suivantes : présence de comorbidité psychiatrique instable ou encore présence d'ATCD de sevrage compliqué.</p> <p>Sinon, le traitement pharmaco de prophylaxie à EW est très vague : 100 à 500mg/j x 1 semaine. Ce n'est pas mieux d'être plus précis : ex. Thiamine 300mg IV id x 3 jours (à favoriser vs PO vu aug. absorption) ou Thiamine 100mg po tid x 7 jours (si ambulatoire)?</p> <p>Aussi, serait-il pertinent de mentionner le traitement d'EW?</p>
2	<p>Beaucoup d'informations très pertinentes et graphiquement bien présentées en général.</p> <p>Je me questionne sur les ordonnances individuelles préimprimées. Je crois que l'info sous les barres grises de mise en garde devrait se trouver dans la colonne de droite (recommandations posologiques) afin d'éviter une confusion sur la mise en application de cette recommandation (ou non!) par le <i>nursing</i> qui administre la médication.</p>
3	<p>Tout est bien. J'ai trouvé une petite coquille sur la OIP en milieu hospitalier, p.3, section Ativan : dans l'entête, il faudrait lire : aviser le MD si &gt;12mg sur 12h (pas 60 mg).</p>

### 3 : Il ne manque pas d'information importante à ce guide d'usage optimal

Répondu : 7    Passé : 1

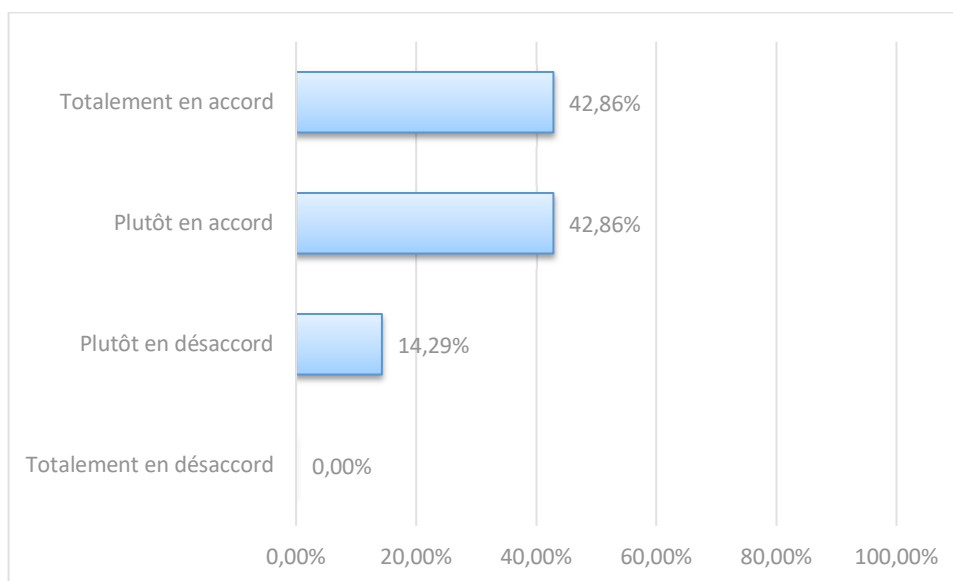


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES (%)	RÉPONSES (NOMBRE)
Totalement en désaccord	0,00	0
Plutôt en désaccord	0,00	0
Plutôt en accord	57,14	4
Totalement en accord	42,86	3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>7</b>

N°	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS
1	L'information importante y est!
2	Pour la thiamine en hospitalier, pour être encore plus clair, je préciserais IV en 1 <sup>er</sup> , IM en 2 <sup>e</sup> . Dans la case : Posologie recommandée :100-500 mg/jour PO, IV ou IM, je préciserais la fréquence recommandée (DIE, BID, TID).
3	J'ajouterais GGT au bilan plutôt que PALC ou en combinaison sans ajouter de commentaire additionnel. Il y a peut-être un peu trop de commentaires?
4	Thiamine : qu'est ce qui détermine le choix de 100 ou 500 mg : état nutritionnel? Antécédents de sevrage compliqué? Ou autre considération? De plus, la B1 n'est pas payée par RAMQ. Comme la gabapentine est peu utilisée, comment se fait l'ajustement en prn dans les 2 premiers jours : comme avec les <i>benzo</i> , c-à-d. en suivant TA/pouls et CIWA. Peut-être l'inscrire à « doses additionnelles »? Au pharmacien communautaire : « Ne pas servir et aviser « l'infirmière de l'équipe ». Sous-entendu qu'elle peut discuter avec md prn.
5	Voir mes commentaires précédents.

#### 4 : L'application des recommandations du guide d'usage optimal dans votre pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière

Répondu : 7    Passé : 1

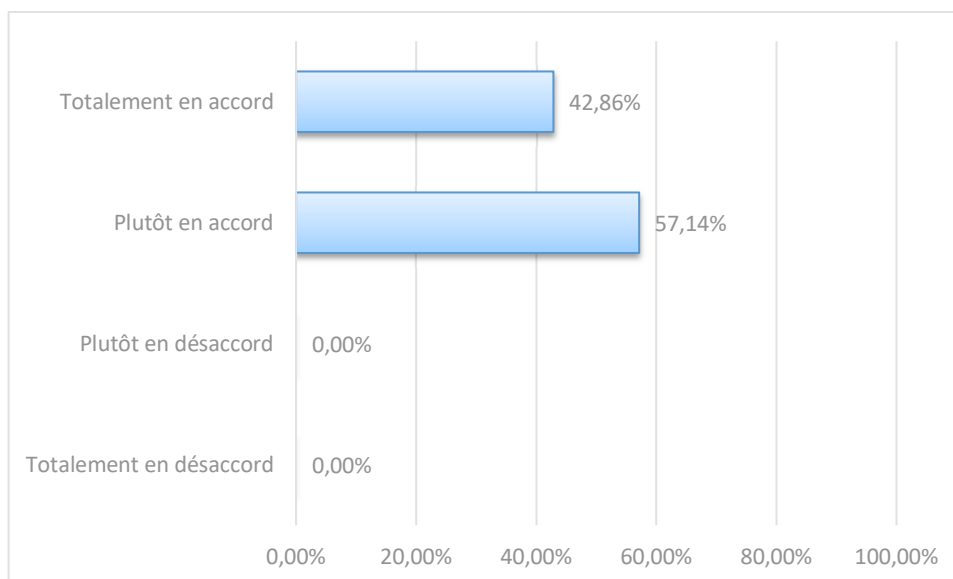


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES (%)	RÉPONSES (NOMBRE)
Totalelement en désaccord	0,00	0
Plutôt en désaccord	14,29	1
Plutôt en accord	42,86	3
Totalelement en accord	42,86	3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>7</b>

N°	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS
1	Mais j'ai une certaine expérience à l'urgence
2	Possible trop d'échelles à compléter par <i>nursing</i> . Suivi des signes vitaux aux 4h souvent peu réaliste en dehors des soins intensifs.
3	Cf commentaire sur utilisation du gabapentin. Utilisation du topimarate en 1er ligne?
4	Le seul frein à l'application de ces recommandations dans la réalité est la collaboration des urgentologues et autres décideurs de soins à bien vouloir reconnaître un besoin d'hospitalisation pour les patients avec sevrage d'alcool à haut risque de complications comme étant aussi pertinent que d'hospitaliser un pt en AVC ou angine instable...  La réalité sur le terrain, c'est qu'il y a encore bcp d'incompréhension et de manque d'éducation au sujet du traitement et de la gestion des sevrages ROH par les médecins ne travaillant pas en dépendance.

### 5 : Le guide d'usage optimal présente de façon claire les situations pour lesquelles une prise en charge en milieu ambulatoire devrait être considérée

Répondu : 7    Passé : 1

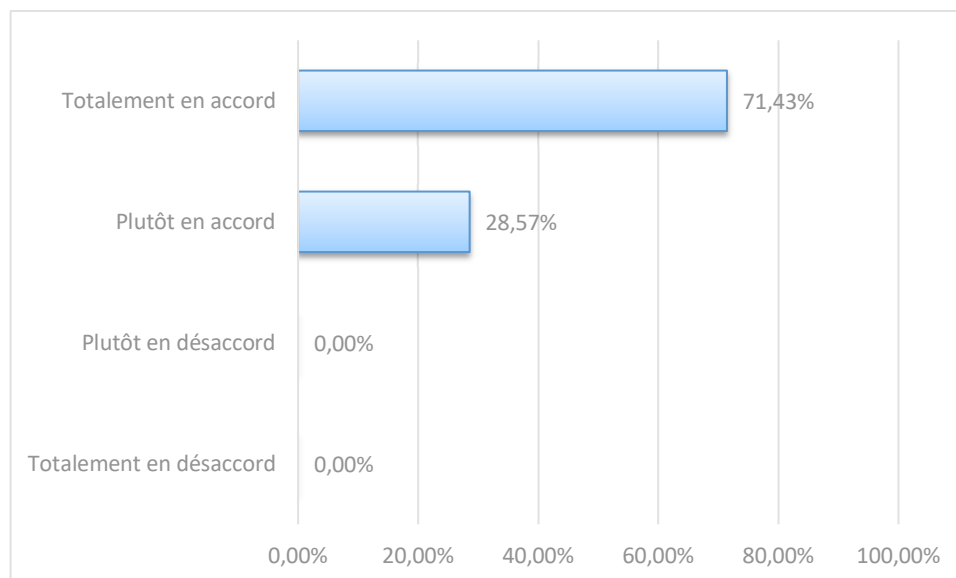


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES (%)	RÉPONSES (NOMBRE)
Totalement en désaccord	0,00	0
Plutôt en désaccord	0,00	0
Plutôt en accord	57,14	4
Totalement en accord	42,86	3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>7</b>

N°	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS
1	Voir mes commentaires précédents.  En général, par mon expérience, un sevrage ambulatoire devient plus risqué avec une consommation >60 conso standard ROH par sem, et devrait être suivie de près, ou évitée, à > 80 conso/sem.

**6 : Ce GUO présente des options de traitement claires et bien définies pour la prise en charge du sevrage d'alcool, notamment en fonction de l'état de la personne**

Répondu : 7    Passé : 1

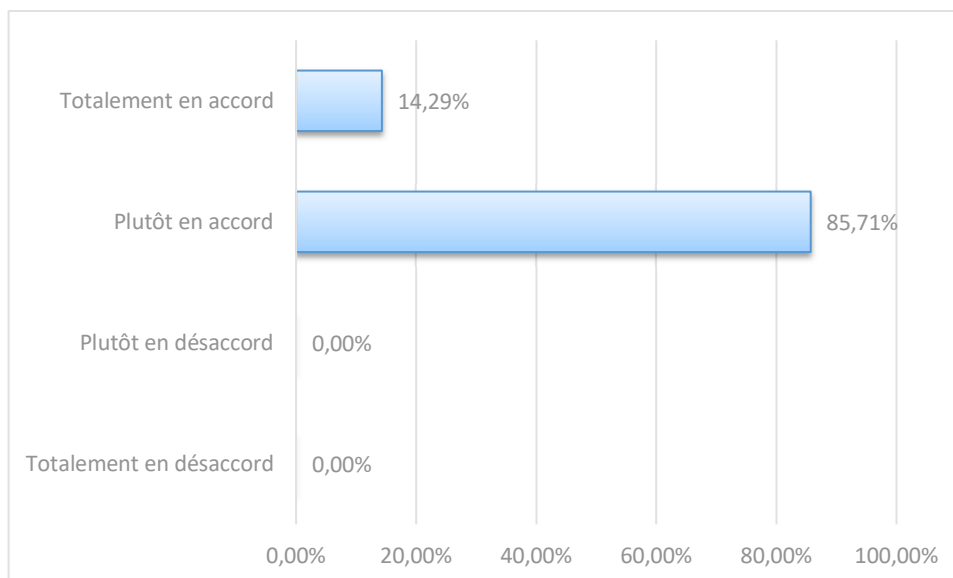


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES (%)	RÉPONSES (NOMBRE)
Totalement en désaccord	0,00	0
Plutôt en désaccord	0,00	0
Plutôt en accord	28,57	2
Totalement en accord	71,43	5
<b>Total</b>	100	7

N°	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS
	Aucun commentaire pour cette question.

## 7 : Ce GUO propose des options de traitement claires et bien définies pour la prévention des rechutes

Répondu : 7    Passé : 1

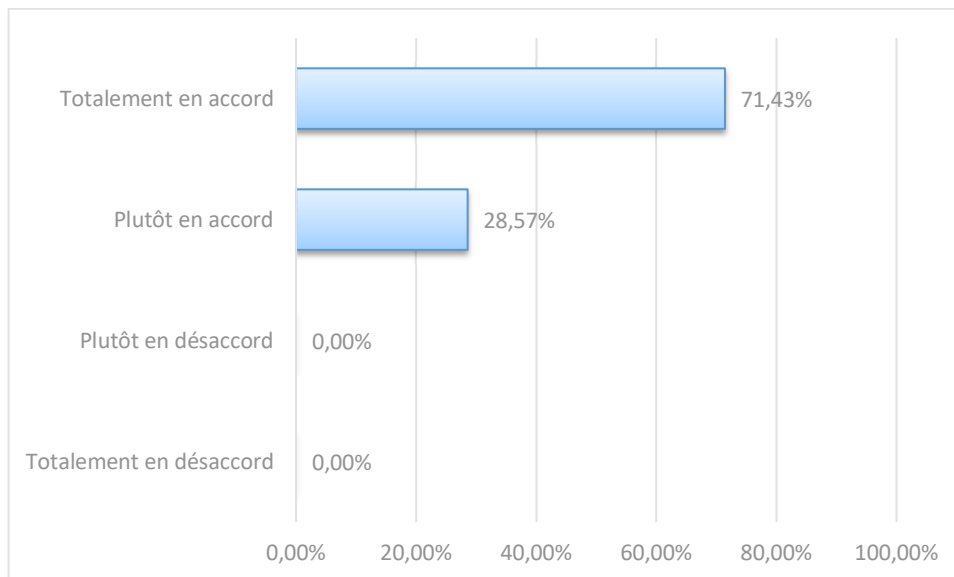


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES (%)	RÉPONSES (NOMBRE)
Totalelement en désaccord	0,00	0
Plutôt en désaccord	0,00	0
Plutôt en accord	85,71	6
Totalelement en accord	14,29	1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>7</b>

N°	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS
1	J'accompagnerais peut-être cette phrase d'exemples entre parenthèse: Les particularités physiologiques et sociales attribuables à la diversité culturelle.
2	L'applicabilité n'est pas tout à fait claire cependant. Comment garantir le suivi en ext d'un patient initialement traité en établissement, puis transféré en milieu ambulatoire. Devrait-il y avoir des corridors de service avec des cliniques srj ou organismes spécialisés pour de tels cas? Ex: suivi de fonction hépatique pour la naltrexone initiée à l'hôpital pour un patient sans md fam.
3	Toutefois, à la p.6, section « suivi », une notice du genre devrait être ajoutée :  Considérant la forte prévalence de conditions psychiatriques comorbides à un TUA (e.g. TAG, phobie sociale, MAB, SSPT, etc.), et souvent qui en pré-datent le développement, ces problèmes devraient être activement recherchés, identifiés et traités afin de minimiser les risques de rechutes dans la consommation d'alcool.

**8 : La feuille de suivi est pertinente pour aider le clinicien à transmettre à la personne traitée en milieu ambulatoire l'information nécessaire au suivi de son sevrage d'alcool**

Répondu : 7    Passé : 1

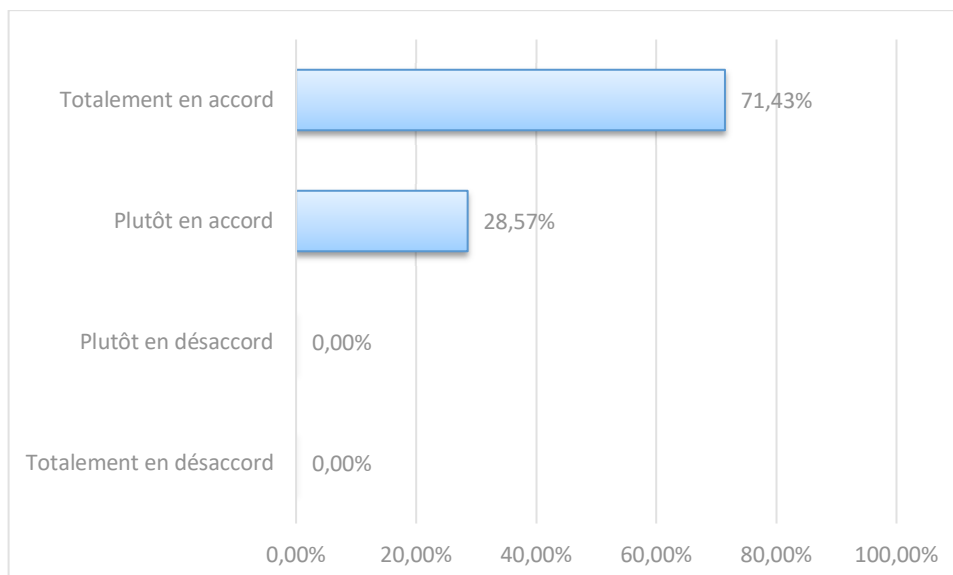


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES (%)	RÉPONSES (NOMBRE)
Totalement en désaccord	0,00	0
Plutôt en désaccord	0,00	0
Plutôt en accord	28,57	2
Totalement en accord	71,43	5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>7</b>

N°	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS
1	Faudrait-il rajouter un peu d'info sur la prévention de rechutes (options de Tx dispo) et suppléments de thiamine?
2	Si l'équipe soignante ne peut être rejointe le soir ou les fins de semaine, si effets indésirables marquées, suggérer d'omettre une dose et par la suite contacter le pharmacien/équipe de soins.

## 9 : La feuille de suivi présente de l'information claire et facile à comprendre

Répondu : 7    Passé : 1

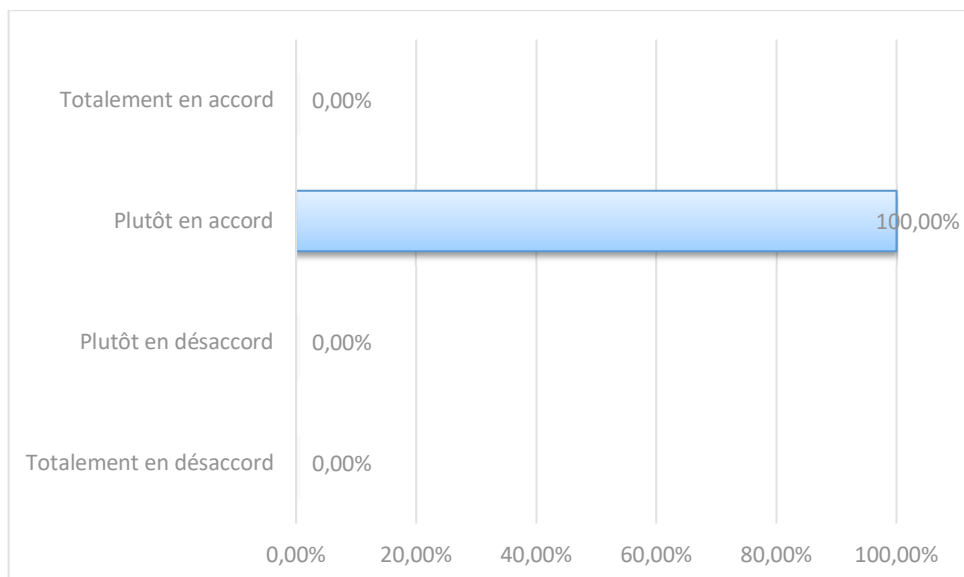


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES (%)	RÉPONSES (NOMBRE)
Totalement en désaccord	0,00	0
Plutôt en désaccord	0,00	0
Plutôt en accord	28,57	2
Totalement en accord	71,43	5
<b>Total</b>	100	7

N°	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS
1	Indication de doses additionnelles si après 2 heures post-dose : si TA plus grande que 160/100 et/ou pouls plus grand que 110 et/ou CIWA plus que 7/8.

## 10 : Il ne manque pas d'information importante dans cette feuille de suivi

Répondu : 7    Passé : 1

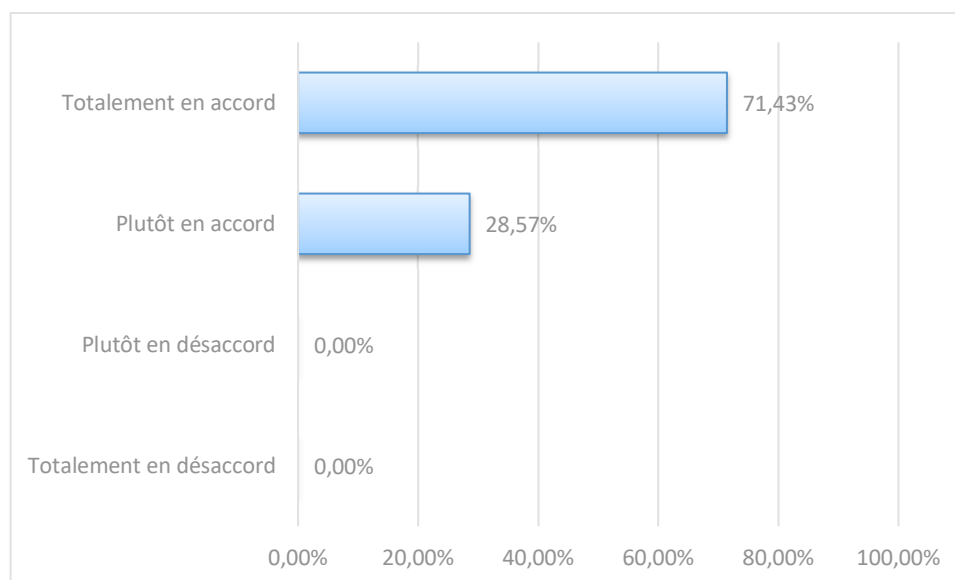


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES (%)	RÉPONSES (NOMBRE)
Totalement en désaccord	0,00	0
Plutôt en désaccord	0,00	0
Plutôt en accord	100,00	7
Totalement en accord	0,00	0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>7</b>

N°	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS
1	Je préciserais peut-être qu'il est important de respecter la posologie et de contacter l'équipe traitante si l'impression que la médication n'est pas assez forte. Toutefois, cette phrase en dit déjà pas mal: En cas d'aggravation des symptômes de sevrage malgré la médication ou d'effets indésirables importants :
2	Voir question 10
3	Standardisé pour conserver au dossier de l'utilisateur?
4	Cf note 10/17
5	Dans le dernier encadré, j'ajouterais, après le 2 <sup>e</sup> point (« Chaque personne peut réagir différemment à un traitement. Il est important qu'une personne de soutien soit disponible pour vous aider pendant la durée du sevrage »), une phrase du genre :  Si vous souffrez d'un trouble lié à l'utilisation d'alcool (abus, alcoolisme), le sevrage de votre consommation d'alcool n'est qu'une étape dans votre traitement qui devrait inclure un suivi avec des professionnels qualifiés et/ou des pairs aidant.

**11 : Le contenu des modèles d'ordonnances individuelles préimprimées (OIP) est pertinent à votre pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain)**

Répondu : 7    Passé : 1

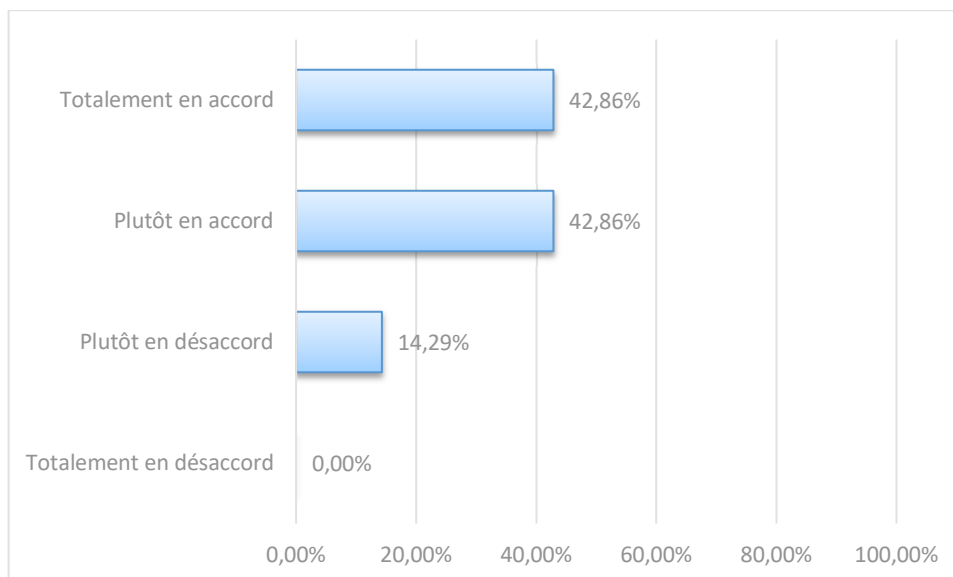


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES (%)	RÉPONSES (NOMBRE)
Totalement en désaccord	0,00	0
Plutôt en désaccord	0,00	0
Plutôt en accord	28,57	2
Totalement en accord	71,43	5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>7</b>

N°	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS
1	Avec ajouts cités antérieurement

## 12 : Les modèles d'OIPI présentent de l'information claire et facile à comprendre

Répondu : 7    Passé : 1

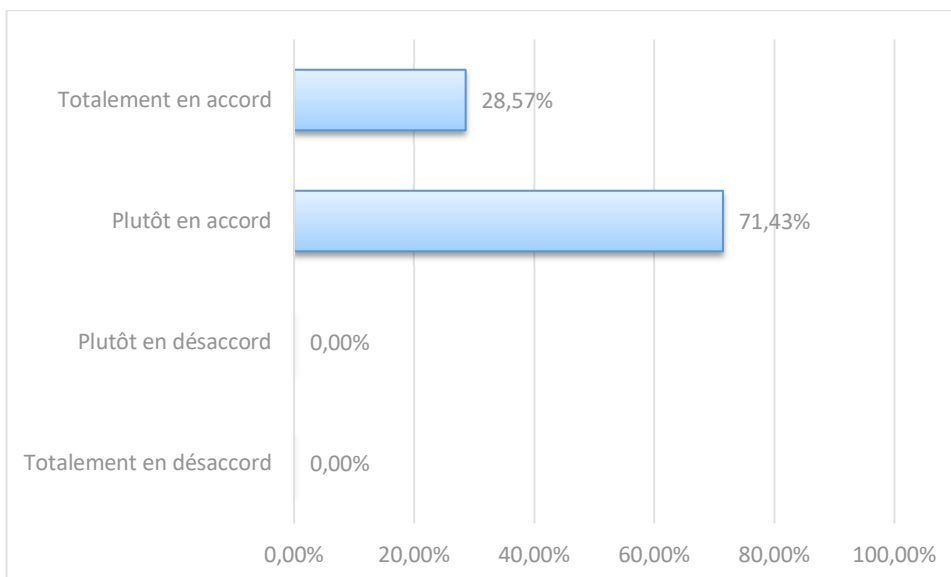


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES (%)	RÉPONSES (NOMBRE)
Totalelement en désaccord	0,00	0
Plutôt en désaccord	14,29	1
Plutôt en accord	42,86	3
Totalelement en accord	42,86	3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>7</b>

N°	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS
1	<p>Sauf ce qui me semble coquilles</p> <p>OIPI en hospit "Aviser le médecin si plus de 60 mg ont été donnés au cours des 12 dernières heures" il me semble que cette phrase est pour le diazépam et non le lorazépam</p> <p>OIPI en externe: pour le lorazépam :5-10 mg PO toutes les 4 à 6 h PRN.</p> <p>Schéma posologique à doses régulières selon un horaire fixe : 5-10 mg PO TID ou QID (+/- HS PRN). Je crois qu'on voulait dire 2-4 mg</p> <p>Aussi: Thiamine, "Voie d'administration (Favoriser la voie IM)" : voie i/m ne me semble pas très pratique pour l'externe</p>
2	Voir une des questions précédentes de ce questionnaire
3	Cf notes antérieures

### 13 : Il ne manque pas d'information importante dans ces modèles d'OIPI

Répondu : 7    Passé : 1



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES (%)	RÉPONSES (NOMBRE)
Totalelement en désaccord	0,00	0
Plutôt en désaccord	0,00	0
Plutôt en accord	71,43	5
Totalelement en accord	28,57	2
<b>Total</b>	100	7

N°	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS
1	Pour l'OIP en milieu hospitalier, je ne mettrais pas le choix de Thiamine PO (très peu d'absorption)
2	Suggestion de bilan biochimique à faire que l'on coche ou non?
3	Cf note antérieure
4	<p>1. Page 1 des OIP (ambulatoire et hospitalier), section « Initiation du traitement » :</p> <p>a) Je reformulerais le 1<sup>er</sup> point : « Prophylaxie et traitement de l'encéphalopathie de Wernicke ». En effet, un patient qui présente un dépistage POS selon les critères de Caine, sans présenter de Sx clairs, pourrait être traité avec Thiamine 300 mg IM X 3j, puis en PO. Selon la littérature, une encéphalopathie avérée, devrait être Tx avec Thiamine 500 mg IV TID ad résolution totale des Sx.</p> <p>b) Il faudrait ajouter après le 1<sup>er</sup> point « Prophylaxie et traitement de l'encéphalopathie de Wernicke » (et aussi à ajouter dans le GUO avec les explications) : « Prévention de la neurotoxicité du syndrome de sevrage à l'alcool ».</p> <p>2. Administrer Vitamine B3 (Niacine, Vit-PP) 500 mg PO DIE, B6 (pyridoxine) 50-125 mg DIE PO, B9 (acide folique) 1-5 mg DIE PO, B12 (cobalamine) 250-500 ug PO DIE, idéalement 1 sem. avant le début du sevrage avec de la vitamine B1 (thiamine) 50-250 mg PO DIE, et poursuivre X 1-2sem après le début du sevrage. En effet :</p> <p>a) La B6, B9 et B12 servent de catalyseurs pour transformer l'acide formique, issue du métabolisme du méthanol accumulé en pré-sevrage d'alcool, en CO<sub>2</sub>. (KAPUR, B.M. et al. « Formic Acid, a Novel Metabolite of Chronic Ethanol Abuse, Causes Neurotoxicity, Which Is Prevented by Folic Acid », Alcohol Clin Exp Res., 31 (12), 2007, p. 2114-2120; Cook CC,</p>

N°	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS
	<p>Thomson AD. B-complex vitamins in the prophylaxis and treatment of WernickeKorsakoff syndrome. Br J Hosp Med. 1997;57:461–465. [PubMed: 9274684]</p> <p>b) Le co de Penta 3B comprend 250 mg de B1, 125 mg de B6, 0.25 mg de B12. Aussi, en PO, seulement, seulement 4-6 mg de thiamine est absorbé à la fois, donc, mieux vaut donner 50 mg PO QID que 250mg PO die.</p>

**14 : Avez-vous des commentaires supplémentaires sur le visuel, la qualité, la clarté et la convivialité du GUO, de la feuille de suivi et des OIPI?**

Répondu : 6    Passé : 2

N°	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS
1	Ce sera très très utile !! Bravo !
2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. À la page 5 du GUO, je crois les infos suivantes assez pertinentes, elles pourraient être en plus grand.</li> <li>2. Les données probantes actuelles ne permettent pas de recommander l'usage du baclofène pour le traitement de la prévention de la rechute.</li> <li>3. L'acamprostate, un choix intéressant lorsque l'abstinence est l'objectif de traitement de la personne, est un médicament d'exception à la liste de médicaments de la RAMQ. L'indication pour le paiement est reconnue pour le maintien de l'abstinence chez les personnes souffrant de dépendance alcoolique, abstinentes à l'alcool depuis au moins 5 jours et faisant partie d'un programme de prise en charge complet axé sur l'abstinence à l'alcool. La durée maximale de chaque autorisation est de 3 mois, pour une durée totale maximale d'autorisation de 12 mois.</li> <li>4. La gabapentine et le topiramate ne sont pas homologués par Santé Canada pour le traitement de la prévention de la rechute. Ils sont toutefois couramment prescrits à cette fin et constituent des options de traitements valables selon l'expertise clinique des membres du comité consultatif.</li> <li>5. La gabapentine peut être efficace à 900 mg / jour chez certaines personnes, mais l'efficacité semble supérieure à une dose de 1 200 mg / jour.</li> <li>6. À la suite d'un sevrage d'alcool traité avec la gabapentine, ajuster au besoin jusqu'à la dose de traitement visée pour la prévention des rechutes.</li> </ol>
3	Non
4	Très bien fait, facile de s'y retrouver
5	Toujours très bien conçu!
6	Très convivial

## 15 : Autres commentaires

Répondu : 4    Passé : 4

N°	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS
1	<p>Peut-être d'ajouter un élément sur l'importance de l'empathie et de l'absence de jugement chez cette clientèle.</p> <p>Le document parle plusieurs fois de mésusage ou de détournement. Mais le document devrait être écrit dans un optique de réduction des méfaits</p> <p>Donc ++ axé sur l'importance d'une approche en réduction des méfaits comme professionnel de la santé VS l'approche paternaliste (encourageant l'abstinence absolue et que le mésusage = faute grave, à punir).</p>
2	GUO assez complexe pour un problème très complexe. Très bon travail.
3	<p>Dans le PDF 1, section facteurs de risque de complications etc. À hyperactivité du SNC ajouter: cf partie C du PAWSS</p> <p>Certains de mes ajouts veulent donner plus de marge de manœuvre aux intervenants <i>nursing</i> et pharmacien en ambulatoire ou en interne.</p> <p>Merci pour l'ensemble de votre minutieux et si pertinent document</p>
4	<p>Enfin un GUO sur le sevrage de l'alcool! Merci!</p> <p>J'ajouterais, à la p.1 du GUO, dans l'encadré « Généralité », le point suivant, question de mettre <i>l'emphase</i> sur l'importance de la gestion médicale de ce problème: Un sevrage d'alcool mal traité entraîne une neurotoxicité et de multiples complications potentielles (neurologiques, psychiatriques, psychosociales).</p>

**Tableau B-1 Traitement des commentaires des futurs utilisateurs potentiels des outils cliniques**

QUESTIONS DU SONDAGE	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>Le contenu du GUO est pertinent à votre pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain).</p>	<p><i>Bcp de situations différentes, bien fait</i></p>	<p>Aucune action requise</p>
<p>Le contenu du GUO est pertinent à votre pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain).</p>	<p><i>Excellent travail et outil très clair, concis et complet à la fois. Comme expert en traitement des troubles de dépendance, il est facile de me retrouver dans ces informations.</i></p> <p><i>J'ajouterais une référence au module de formation « Prise en charge médicale du sevrage d'alcool à l'externe » élaboré par l'institut universitaire des dépendances et l'aide de la CPMD :</i></p> <p><i><a href="https://www.fcfacmed.umontreal.ca/course/view.php?id=271&amp;referer=www.dpcmed.umontreal.ca">https://www.fcfacmed.umontreal.ca/course/view.php?id=271&amp;referer=www.dpcmed.umontreal.ca</a></i></p> <p><i>Je proposerais toutefois qqes modifications mineures :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Pour les effets indésirables du topiramate, p.6 :</i> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>a. Préciser, pour la surveillance d'acidose métabolique, de doser les bic par gaz veineux avant Tx, après aug dose et périodiquement ensuite;</i></li> <li><i>b. Surveiller apparition, bien que rare, d'état dépressif et/ou suicidaire intenses et aigus et D/C Rx si présents.</i></li> </ol> </li> <li><i>2. À la p. 6, section « orientation en milieu spécialisé », je formulerais ainsi le 2e point : Apparition ou détérioration d'un autre trouble lié à l'usage d'une substance, sauf le tabac (en effet, même si l'usage du cannabis est légal, un TLU cannabis nouveau ou exacerbé chez un pt souffrant de TLU ROH sevré se doit d'être évalué, traité et suivi, car en post sevrage ROH, il s'agit d'un transfert de dépendance).</i></li> </ol>	<p>Aucune action requise</p> <p>L'ajout d'une référence vers le module de formation sera considéré sur le site Web de l'INESSS, dans la section réservée aux outils cliniques sur le sevrage d'alcool et la prévention des rechutes. Une mention de cette formation sera aussi indiquée dans le cadre du webinaire de l'INESSS portant sur le GUO.</p> <p>Lors de l'usage du topiramate, la précision sur le dosage les bicarbonates par gaz veineux avant le traitement, après l'augmentation des doses et périodiquement par la suite (conformément à la monographie) n'a pas été ajoutée au GUO, bien que cet élément soit discuté dans le rapport en soutien. L'acidose métabolique étant relativement rare et rencontrée surtout dans les cas de surdosage, il a été retenu d'en faire mention dans le GUO sans toutefois en lister les symptômes suggestifs et les modes de surveillance.</p> <p>La mise en garde sur l'état dépressif et les idées suicidaires en lien avec l'usage du topiramate n'a pas été retenue lors de l'élaboration du GUO, mais l'élément est discuté dans le rapport en soutien. Selon les membres du comité consultatif, plusieurs mises en garde sont véhiculées avec le topiramate concernant les symptômes dépressifs et les idées suicidaires. Cependant, ils précisent que ces mises en garde concernent surtout les populations avec des troubles de l'humeur. Dans la population atteinte d'un TUA, selon la littérature et les données présentées, il y aurait un effet bénéfique à traiter les personnes (ou du moins une absence de différence avec un placebo) pour les symptômes dépressifs et les troubles de l'humeur. De plus, chez les personnes qui consomment de l'alcool pendant le</p>

QUESTIONS DU SONDAGE	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS	RÉPONSES DE L'INESSS
	<p>3. À la p.2, section « Présentation clinique », j'ajouterais une section sur l'évaluation clinique de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke selon les critères de Caine (R. LABRECQUE et al. Le syndrome de Wernicke, Comité exécutif du CMDP – CHUM, 30 avril 2003.) N.B.: ne pas confondre avec le syndrome de Wernicke-Korsakoff, qui est une atteinte chronique irréversible se présentant cliniquement par une démence avec confabulation.</p> <p>4. À la p.4, section « critères d'orientation en milieu hospitalier » il faut modifier le point 3 par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suspicion d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke (évaluer avec les critères de Caine).</li> </ul>	<p>traitement, ces symptômes ne sont souvent pas liés à la médication, mais au milieu de vie, à des éléments stressants ou une comorbidité de santé mentale. Les membres du comité consultatif sont donc d'avis qu'il ne faudrait pas faire de mise en garde excessive concernant les symptômes dépressifs et les idées suicidaires dans le GUO pour ne pas décourager les prescripteurs.</p> <p>L'énoncé correspondant à la page 4 a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trouble concomitant lié à l'usage d'une autre substance, sauf le tabac.</li> </ul> <p>L'énoncé suivant a été ajouté à la page 2, dans la section sur la présentation clinique du sevrage d'alcool :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Évaluer la présence d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke selon les critères de Caine.</li> </ul> <p>L'énoncé correspondant à la page 4 a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suspicion d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke.</li> </ul>
<p>Le GUO présente une information claire et facile à comprendre.</p>	<p><i>Je mettrais la section Critères d'orientation en milieu hospitalier après les facteurs de risque de complications liées au sevrage (dans la section sevrage).</i></p> <p><i>Aussi, je comprends mal pourquoi il est écrit ceci : Principes de traitement - en milieu hospitalier :</i></p> <p><i>- Administration de doses décroissantes selon horaire fixe dans les situations suivantes : présence de comorbidité psychiatrique instable ou encore présence d'ATCD de sevrage compliqué.</i></p> <p><i>Sinon, le traitement pharmaco de prophylaxie à EW est très vague : 100 à 500mg/j x 1 semaine. Ce n'est pas mieux d'être plus précis : ex. Thiamine 300mg IV id x</i></p>	<p>Afin de permettre aux cliniciens de naviguer rapidement à travers les GUO de l'INESSS et de se référer aux sections d'intérêt, l'organisation générale des guides d'usage tend à être similaire. Pour ces différentes raisons, une section sur les critères d'orientation vers un milieu spécialisé est normalement trouvée à la fin des GUO.</p> <p>Selon les membres du comité consultatif, en accord avec la SFA, l'usage de benzodiazépines en doses décroissantes selon un horaire fixe ainsi que des doses additionnelles au besoin pourrait aussi être considéré en présence d'antécédents de sevrage compliqué (DT, convulsions liées à un sevrage), bien que cette condition puisse aussi être gérée par une administration en fonction des symptômes dans certaines unités spécialisées. Aussi en accord avec la SFA, des doses décroissantes de benzodiazépines administrées selon un</p>

QUESTIONS DU SONDAGE	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS	RÉPONSES DE L'INESSS
	<p><i>3 jours (à favoriser vs PO vu aug. absorption) ou Thiamine 100mg po tid x 7 jours (si ambulatoire)?</i></p> <p><i>Aussi, serait-il pertinent de mentionner le traitement d'EW?</i></p>	<p>horaire fixe pourraient aussi être considérées en présence d'une comorbidité psychiatrique instable ou d'une dépendance concomitante. Par exemple, pour des personnes qui consomment plusieurs psychotropes ou qui sont très instables sur le plan comportemental, il pourrait effectivement être difficile d'évaluer les symptômes de sevrage dans le cas d'une administration de benzodiazépines effectuée selon les symptômes.</p> <p>Puisque l'administration de la thiamine est individualisée, les doses sont très variables d'une personne à l'autre. Le jugement clinique est donc requis et il a été jugé pertinent d'indiquer dans le GUO un intervalle de doses plutôt que des doses trop précises. Toutefois, les précisions suivantes ont été ajoutées au GUO :  « Ajuster la dose selon l'état de la personne (p. ex. sévérité du sevrage, capacité à s'alimenter, trouble d'absorption, diarrhée ou encéphalopathie de Wernicke). »</p> <p>En raison de la faible absorption de la thiamine par voie orale, la voie parentérale est à privilégier (en milieu hospitalier, favoriser d'abord la voie IV, ensuite la voie IM). Si la voie PO est utilisée, la dose quotidienne peut être fractionnée pour favoriser une meilleure absorption.</p> <p>Puisque le GUO s'adresse principalement à la première ligne et que les cas d'encéphalopathie de Wernicke sont orientés vers le milieu hospitalier, le traitement correspondant n'a pas été ajouté au GUO.</p>
<p>Le GUO présente une information claire et facile à comprendre.</p>	<p><i>Beaucoup d'informations très pertinentes et graphiquement bien présentées en général.</i></p> <p><i>Je me questionne sur les ordonnances individuelles préimprimées. Je crois que l'info sous les barres grises de mise en garde devrait se trouver dans la colonne de droite (recommandations posologiques) afin d'éviter une confusion sur la mise en application de cette recommandation (ou non!) par le nursing qui administre la médication.</i></p>	<p>Aucune action requise.</p> <p>Conformément au commentaire, l'information a été déplacée dans les OIPI afin d'éviter toute confusion.</p>

QUESTIONS DU SONDAGE	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS	RÉPONSES DE L'INESSS
Le GUO présente une information claire et facile à comprendre.	<i>Tout est bien. J'ai trouvé une petite coquille sur la OIP en milieu hospitalier, p.3, section Ativan : dans l'en-tête, il faudrait lire : aviser le MD si &gt;12mg sur 12h (pas 60 mg).</i>	La limite pour aviser le médecin a été modifiée à 12 mg de lorazépam en 12 heures.
Il ne manque pas d'information importante à ce GUO.	<i>L'information importante y est !</i>	Aucune action requise.
Il ne manque pas d'information importante à ce GUO.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Pour la Thiamine en hospitalier, pour être encore plus clair, je préciserais i/v en 1er, i/m en 2e.</i></li> <li>– <i>Dans la case: Posologie recommandée :100-500 mg/jour PO, IV ou IM, je préciserais la fréquence recommandée (die, bid, tid)</i></li> </ul>	<p>Puisque la fréquence d'administration (DIE, BID, TID) va varier en fonction de la voie d'administration, il a été jugé préférable d'indiquer au GUO un intervalle de doses à administrer par jour en laissant au jugement clinique le fractionnement des doses.</p> <p>Toutefois, l'énoncé a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Thiamine 100 à 500 mg/jour PO, IV ou IM durant 1 semaine. Ajuster la dose selon l'état de la personne (p. ex. sévérité du syndrome de sevrage, capacité à s'alimenter, trouble de l'absorption, diarrhée ou encéphalopathie de Wernicke).</li> </ul> <p>La note suivante a aussi été ajoutée :</p> <p style="padding-left: 40px;">« En raison de la faible absorption de la thiamine par voie orale, la voie parentérale est à privilégier (en milieu hospitalier, favoriser d'abord la voie IV, ensuite la voie IM). Si la voie PO est utilisée, la dose quotidienne peut être fractionnée pour favoriser une meilleure absorption. »</p>
Il ne manque pas d'information importante à ce GUO.	<i>J'ajouterais GGT au bilan plutôt que PALC ou en combinaison sans rajouter de commentaire additionnel. Il y a peut-être un peu trop de commentaires?</i>	Bien que le dosage des GGT soit également recommandé par trois GPC, ce test n'a pas été retenu dans le bilan sanguin de base lors de l'évaluation de l'état d'une personne atteinte d'un TUA dans le cadre du protocole médical national de l'INESSS. L'APA mentionne toutefois que la quantification de la GGT, en tant que marqueur indirect de dommage d'organe ou de dysfonctionnement physiologique résultant d'un usage important et chronique d'alcool, pourrait servir à augmenter la spécificité et la sensibilité d'autres marqueurs afin d'évaluer la consommation d'alcool chez certaines populations ou en cas de doute de la part du clinicien. Selon les membres du comité consultatif, les résultats du dosage de GGT sont très variables et la valeur ajoutée de ce test est faible lorsque la

QUESTIONS DU SONDAGE	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>Il ne manque pas d'information importante à ce GUO.</p>	<p><i>Thiamine: qu'est ce qui détermine le choix de 100 ou 500mg: état nutritionnel? Antécédents de sevrage compliqué? Ou autre considération. De plus la B1 n'est pas payée par RAMQ</i></p> <p><i>Comme le gabapentin est peu utilisé, comment se fait l'ajustement en prn dans les 2 premiers jours: comme avec les benzo cad en suivant TA/pouls et CIWA. Peut-être l'inscrire à « doses additionnelles »?</i></p> <p><i>Au pharmacien communautaire: « ne pas servir et aviser « l'infirmière de l'équipe ». Sous-entendu qu'elle peut discuter avec md prn</i></p>	<p>consommation d'alcool est connue, car il existe plusieurs causes d'augmentation de la GGT pouvant modifier le tableau clinique.</p> <p>L'énoncé a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Thiamine 100 à 500 mg/jour PO, IV ou IM durant 1 semaine. Ajuster la dose selon l'état de la personne (p. ex. sévérité du syndrome de sevrage, capacité à s'alimenter, trouble de l'absorption, diarrhée ou encéphalopathie de Wernicke).</li> </ul> <p>Les comprimés de 50 mg et 100 mg ainsi que la solution injectable de 100 mg/ml de thiamine sont remboursés par la RAMQ.</p> <p>Selon les membres du comité consultatif, il peut être adéquat de commencer un traitement avec la gabapentine par une dose de 100 mg (chez une personne plus frêle, par exemple) ou de 300 mg TID et d'augmenter graduellement durant 2 à 3 jours jusqu'à 300 à 600 mg TID selon la tolérance de la personne. Ils précisent aussi qu'une augmentation trop rapide des doses de gabapentine peut causer de la somnolence, des étourdissements ainsi que des chutes. En accord avec les GPC du BCCSU et de l'ASAM, les membres du comité consultatif jugent pertinent l'usage de doses additionnelles de gabapentine administrées au besoin, selon le jugement clinique, sans toutefois dépasser une dose maximale quotidienne de 1 800 mg. Selon le BCCSU, si la personne présente un score supérieur ou égal à 12 sur l'échelle SAWS ou éprouve des envies de consommer, de l'insomnie ou de l'irritabilité, des doses additionnelles de 300 mg ou de 600 à 1 200 mg au coucher peuvent aussi être administrées au besoin, sans toutefois dépasser la dose maximale quotidienne.</p> <p>L'énoncé correspondant a été modifié dans l'OIPI en milieu externe :</p> <p>Au pharmacien communautaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ne pas servir et aviser l'équipe de soins si l'usager présente des effets indésirables incommodes.</li> </ul>

QUESTIONS DU SONDAGE	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS	RÉPONSES DE L'INESSS
Il ne manque pas d'information importante à ce GUO.	<i>Voir mes commentaires précédents.</i>	Voir réponses précédentes
L'application des recommandations du GUO dans votre pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière.	<i>Mais j'ai une certaine expérience à l'urgence.</i>	Aucune action requise.
L'application des recommandations du GUO dans votre pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière.	<i>Possible trop d'échelles à compléter par nursing.</i> <i>Suivi des signes vitaux aux 4h souvent peu réaliste en dehors des soins intensifs.</i>	<p>Plusieurs échelles ont été suggérées dans le GUO. Cependant, leur utilisation n'est pas absolument nécessaire. Il est toutefois fortement recommandé d'utiliser des outils validés en complément du jugement clinique lors de l'évaluation des personnes atteintes d'un TUA. Bien qu'un suivi rapproché soit idéal en milieu hospitalier, ce type de suivi est souvent problématique dans la pratique. L'énoncé suivant a été ajouté au GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ En établissement, un suivi rapproché devrait être assuré au moins après les 2 ou 3 premières doses du traitement, et ce, jusqu'à ce que les signes et symptômes de sevrage soient contrôlés.</li> </ul> <p>De plus, des précisions ont été ajoutées à l'énoncé suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les doses de médicaments et la fréquence d'évaluation de la personne devraient être ajustées en cours de traitement selon l'évolution des symptômes de sevrage (p. ex. selon une échelle validée) ainsi qu'en fonction de l'état de santé, des antécédents de complications, du soutien social et de l'environnement de la personne.</li> </ul>
L'application des recommandations du GUO dans votre pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière.	<i>Cf commentaire sur utilisation du gabapentin.</i> <i>Utilisation du topimaratate en 1er ligne?</i>	<p>Voir la réponse précédente pour la gabapentine.</p> <p>De façon générale, il est suggéré par l'APA et fortement recommandé par le BBCSU et le VA/DoD d'offrir le topiramate (voire en première intention selon le VA/DoD) aux personnes atteintes d'un TUA d'intensité de modéré à sévère qui veulent diminuer ou cesser leur consommation d'alcool, qui expriment une préférence pour une autre option, n'ont pas obtenu d'avantages avec l'acamprosate ou la</p>

QUESTIONS DU SONDAGE	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS	RÉPONSES DE L'INESSS
		<p>naltrexone ou qui présentent une contre-indication à l'usage de l'acamprosate ou de la naltrexone. Dans la pratique, les membres du comité consultatif mentionnent que le topiramate est assez fréquemment mal toléré et que les effets indésirables liés aux symptômes cognitifs sont très importants avec cette molécule, rendant ainsi son usage moins fréquent. L'enjeu principal concernant le topiramate se situe sur le plan de la tolérance, et il serait préférable d'en réserver l'usage aux cliniciens expérimentés. Les membres du comité consultatif précisent toutefois qu'une consultation avec un collègue expérimenté ne devrait pas être une obligation, et ce, afin de ne pas créer de frein à l'usage du topiramate pour la prévention des rechutes.</p>
<p>L'application des recommandations du GUO dans votre pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière.</p>	<p><i>Le seul frein à l'application de ces recommandations dans la réalité est la collaboration des urgentologues et autres décideurs de soins à bien vouloir reconnaître un besoin d'hospitalisation pour les patients avec sevrage d'alcool à haut risque de complications comme étant aussi pertinent que d'hospitaliser un patient en AVC ou angine instable...</i></p> <p><i>La réalité sur le terrain, c'est qu'il y a encore bcp d'incompréhension et de manque d'éducation au sujet du traitement et de la gestion des sevrages ROH par les médecins ne travaillant pas en dépendance.</i></p>	<p>L'information fournie sera prise en considérations lors de la diffusion des outils cliniques et des activités de transfert de connaissances associées.</p>
<p>Le GUO présente de façon claire les situations pour lesquelles une prise en charge en milieu ambulatoire devrait être considérée pour le sevrage d'alcool.</p>	<p><i>Voir mes commentaires précédents.</i></p> <p><i>En général, par mon expérience, un sevrage ambulatoire devient plus risqué avec une consommation &gt;60 conso standard ROH par sem, et devrait être suivie de près, ou évitée, à &gt; 80 conso/sem.</i></p>	<p>Puisque cet élément n'a pas été trouvé dans les guides de pratique clinique retenus pour les travaux, il n'a pas été ajouté au GUO. Il est difficile de quantifier les consommations d'alcool souvent sous-estimées ainsi que la tolérance qui est individuelle, et donc, l'évaluation de la sévérité d'un sevrage à partir de la quantité d'alcool seule risque de créer de la confusion.</p>
<p>Ce GUO propose des options de traitement claires et bien définies pour la prévention des rechutes.</p>	<p><i>J'accompagnerais peut-être cette phrase d'exemples entre parenthèse: Les particularités physiologiques et sociales attribuables à la diversité culturelle.</i></p>	<p>L'énoncé a été modifié ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ La diversité devrait être considérée dans la prise en charge de la personne, autant pour certaines particularités physiologiques que socioculturelles (p. ex. perception à l'égard des traitements).</li> </ul>

QUESTIONS DU SONDAGE	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>Ce GUO propose des options de traitement claires et bien définies pour la prévention des rechutes.</p>	<p><i>L'applicabilité n'est pas tout à fait claire cependant. Comment garantir le suivi en ext d'un patient initialement traité en établissement, puis transféré en milieu ambulatoire. Devrait-il y avoir des corridors de service avec des cliniques srv ou organismes spécialisés pour de tels cas? Ex: suivi de fonction hépatique pour la naltrexone initiée à l'hôpital pour un patient sans md fam.</i></p>	<p>En ce qui concerne la préoccupation entourant la complexité du suivi des personnes atteintes d'un TUA découlant du grand nombre de patients orphelins présentant un TUA dans le réseau de la santé, il est précisé dans le GUO qu'un suivi devrait être effectué au moins 1 fois par mois durant 6 mois par un membre de l'équipe multidisciplinaire (sauf les intervenants psychosociaux) et à fréquence réduite mais régulière si la prise d'un médicament pour la prévention des rechutes est poursuivie après 6 mois. Dans le cadre du PMN sur l'amorce d'un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes chez une personnes avec un trouble lié à l'usage d'alcool, une ordonnance collective a été produite par l'INESSS. La mise en place d'une OC demande nécessairement un mécanisme d'identification du médecin considéré comme le médecin répondant (c'est une des sections de l'OC, peu importe le milieu d'implantation), à défaut de quoi l'OC ne peut pas être mise en place. De plus, l'énoncé « Après 1 mois de traitement » est présent dans l'OC à la section « Limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire » afin de s'assurer qu'un médecin prendra la relève du suivi.</p> <p>Toutefois, concernant les enjeux d'application soulevés, l'information fournie sera prise en considérations lors de la diffusion des outils cliniques et lors des activités de transfert de connaissances associées.</p>
<p>Ce GUO propose des options de traitement claires et bien définies pour la prévention des rechutes.</p>	<p><i>Toutefois, à la p.6, section « suivi », une notice du genre devrait être ajoutée :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Considérant la forte prévalence de conditions psychiatriques comorbides à un TUA (e.g. TAG, phobie sociale, MAB, SSPT, etc.), et souvent qui en pré-datent le développement, ces problèmes devraient être activement recherchés, identifiés et traités afin de minimiser les risques de rechutes dans la consommation d'alcool.</i></li> </ul>	<p>Pour les besoins du GUO, le point suivant, indiqué dans la section sur l'évaluation initiale de la personne, pourrait couvrir cet aspect :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Lors de l'évaluation initiale de la personne atteinte d'un TUA, les éléments suivants devraient être considérés pour évaluer le mésusage d'alcool ainsi que le risque de syndrome de sevrage et pour guider le choix d'un traitement. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Présence ou antécédents d'autres problèmes de santé physique ou mentale, y compris les signes de dépression ou les idées suicidaires.</li> </ul> </li> </ul>

QUESTIONS DU SONDAGE	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS	RÉPONSES DE L'INESSS
		Toutefois, l'information soulevée a été ajoutée au rapport en soutien afin de mieux sensibiliser les cliniciens à cet aspect important.
La feuille de suivi est pertinente pour aider le clinicien à transmettre à la personne traitée en milieu ambulatoire l'information nécessaire au suivi de son sevrage d'alcool.	<i>Faudrait-il rajouter un peu d'info sur la prévention de rechutes (options de Tx dispo) et suppléments de thiamine?</i>	La feuille de suivi s'adresse à la personne en sevrage et se veut un outil très simple. Toutefois, le message suivant a été ajouté au document : <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Si vous souffrez d'un trouble lié à l'usage d'alcool, le traitement du syndrome de sevrage n'est qu'une étape dans votre cheminement. Celui-ci inclut un suivi avec des professionnels qualifiés ou des pairs aidants qui pourront vous soutenir pendant votre parcours. »</li> </ul>
La feuille de suivi est pertinente pour aider le clinicien à transmettre à la personne traitée en milieu ambulatoire l'information nécessaire au suivi de son sevrage d'alcool.	<i>Si l'équipe soignante ne peut être rejointe le soir ou les fins de semaine, si effets indésirables marqués, suggérer d'omettre une dose et par la suite contacter le pharmacien/équipe de soins.</i>	Le message suivant a été ajouté à la feuille de suivi : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ « Note : Si l'équipe de soins ne peut être jointe le soir ou les fins de semaine : en cas d'effets indésirables importants du traitement du sevrage, omettre une dose et par la suite contacter un pharmacien. »</li> </ul>
La feuille de suivi présente de l'information claire et facile à comprendre.	<i>Indication de doses additionnelles si après 2 heures post-dose : si TA plus grande que 160/100 et/ou pouls plus grand que 110 et/ou CIWA plus que 7/8.</i>	Lors d'un sevrage en milieu ambulatoire, la personne traitée n'aura pas accès à cette information. De ce fait, il a été jugé préférable de ne pas mentionner la prise de doses additionnelles dans la feuille de suivi. Les messages suivants devraient pouvoir couvrir partiellement ce point : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ En cas d'aggravation des symptômes de sevrage (malgré la médication) ou d'effets indésirables importants, contacter l'équipe de soins.</li> <li>➤ Important : Il doit y avoir un minimum de 4 h entre 2 doses pour éviter le surdosage. Contacter l'équipe de soins si vous avez l'impression que la médication n'est pas assez forte.</li> </ul>
Il ne manque pas d'information importante dans cette feuille de suivi.	<i>Je préciserais peut-être qu'il est important de respecter la posologie et de contacter l'équipe traitante si impression que la médication n'est pas assez forte. Toutefois, cette phrase en dit déjà pas mal: En cas d'aggravation des symptômes de sevrage malgré la médication ou d'effets indésirables importants :</i>	Afin d'éviter la prise de médicaments de façon non conforme à l'ordonnance, les messages suivants ont été ajoutés à la feuille de suivi : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ « Il est très important de respecter la posologie prescrite et de ne pas prendre une plus grande quantité de médicaments.</li> </ul>

QUESTIONS DU SONDAGE	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS	RÉPONSES DE L'INESSS
		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Important : Il doit y avoir un minimum de 4 h entre 2 doses pour éviter le surdosage. Contacter l'équipe de soins si vous avez l'impression que la médication n'est pas assez forte. »</li> </ul>
Il ne manque pas d'information importante dans cette feuille de suivi.	<i>Voir question 10</i>	Voir réponse à la question suivante : La feuille de suivi est pertinente pour aider le clinicien à transmettre à la personne traitée en milieu ambulatoire l'information nécessaire au suivi de son sevrage d'alcool.
Il ne manque pas d'information importante dans cette feuille de suivi.	<i>Standardisé pour conserver au dossier de l'usager?</i>	La feuille de suivi étant un document à remettre à la personne afin de lui donner un supplément d'information, ce n'est donc pas un formulaire qui sera standardisé pour le conserver au dossier de l'usager.
Il ne manque pas d'information importante dans cette feuille de suivi.	<i>Cf note 10/17</i>	Voir réponse à la question suivante : La feuille de suivi est pertinente pour aider le clinicien à transmettre à la personne traitée en milieu ambulatoire l'information nécessaire au suivi de son sevrage d'alcool.
Il ne manque pas d'information importante dans cette feuille de suivi.	<p><i>Dans le dernier encadré, j'ajouterais, après le 2e point (« Chaque personne peut réagir différemment à un traitement. Il est important qu'une personne de soutien soit disponible pour vous aider pendant la durée du sevrage. »), une phrase du genre :</i></p> <p style="margin-left: 40px;"><i>a. Si vous souffrez d'un trouble lié à l'utilisation d'alcool (abus, alcoolisme), le sevrage de votre consommation d'alcool n'est qu'une étape dans votre traitement qui devrait inclure un suivi avec des professionnels qualifiés et/ou des pairs aidant.</i></p>	<p>Le message suivant a été ajouté à la feuille de suivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ « Si vous souffrez d'un trouble lié à l'usage d'alcool, le traitement du syndrome de sevrage n'est qu'une étape dans votre cheminement. Celui-ci inclut un suivi avec des professionnels qualifiés ou des pairs aidants qui pourront vous soutenir pendant votre parcours. »</li> </ul>
Le contenu des modèles d'OIPI est pertinent à votre pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain).	<i>Avec ajouts cités antérieurement</i>	Voir réponses antérieures.
Les modèles d'OIPI présentent de l'information claire et facile à comprendre.	<i>Sauf ce qui me semble coquilles</i>	L'énoncé pour le lorazépam a été modifié dans l'OIPI en milieu hospitalier : Aviser le médecin si plus de 12 mg ont été donnés au cours des 12 dernières heures.

QUESTIONS DU SONDAGE	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS	RÉPONSES DE L'INESSS
	<p><i>OIPI en hospit "Aviser le médecin si plus de 60 mg ont été donnés au cours des 12 dernières heures" il me semble que cette phrase est pour le diazépam et non le lorazépam</i></p> <p><i>OIPI en externe: pour le lorazépam :5-10 mg PO toutes les 4 à 6 h PRN. Schéma posologique à doses régulières selon un horaire fixe : 5-10 mg PO TID ou QID (+/- HS PRN). Je crois qu'on voulait dire 2-4 mg</i></p> <p><i>Aussi: Thiamine, "Voie d'administration (Favoriser la voie IM)" : voie i/m ne me semble pas très pratique pour l'externe</i></p>	<p>Les énoncés ont été modifiés ainsi dans l'OIPI en milieu externe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schéma posologique selon les symptômes : 1-2 mg PO/SL toutes les 4 à 6 h PRN.</li> <li>• Schéma posologique à doses régulières selon un horaire fixe : 1-2 mg PO/SL TID ou QID (+/- HS PRN).</li> </ul> <p>La thiamine est très peu absorbée par voie orale et son absorption est réduite chez les personnes qui consomment beaucoup d'alcool et qui sont mal nourries. En milieu ambulatoire, la thiamine est souvent donnée par voie orale, mais l'administration IM, qui est préférable, peut aussi être offerte une fois par semaine au CLSC ou en pharmacie.</p>
Les modèles d'OIPI présentent de l'information claire et facile à comprendre.	<p><i>Voir une des questions précédentes de ce questionnaire.</i></p> <p><i>Cf notes antérieures</i></p>	<p>Voir les réponses précédentes.</p> <p>Voir les réponses précédentes.</p>
Il ne manque pas d'information importante dans ces modèles d'OIPI.	<p><i>Pour l'OIP en milieu hospitalier, je ne mettrais pas le choix de Thiamine PO (très peu d'absorption)</i></p>	<p>Selon les membres du comité consultatif, en milieu hospitalier, l'administration de la thiamine devrait être effectuée par voie parentérale (IM ou IV), bien que la voie orale puisse aussi être offerte. Le message suivant a toutefois été ajouté au modèle d'OIPI en milieu externe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La thiamine orale est faiblement absorbée chez la population atteinte d'un TUA et elle est excrétée par voie urinaire. La voie parentérale est donc à privilégier lorsque possible (disponible notamment en pharmacie ou en CLSC). Si la voie PO est utilisée, la dose quotidienne peut être fractionnée pour favoriser une meilleure absorption.</li> </ul>
Il ne manque pas d'information importante dans ces modèles d'OIPI.	<p><i>Suggestion de bilan biochimique à faire que l'on coche ou non?</i></p>	<p>Le document produit par l'INESSS étant un modèle, il a été jugé pertinent de laisser au choix des utilisateurs l'ajout d'un bilan biochimique à cocher ou toute autre information jugée pertinente.</p>
Il ne manque pas d'information importante dans ces modèles d'OIPI.	<p><i>Cf note antérieure</i></p>	<p>Voir les réponses précédentes.</p>

QUESTIONS DU SONDAGE	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS	RÉPONSES DE L'INESSS
<p>Il ne manque pas d'information importante dans ces modèles d'OIPI.</p>	<p>1. <i>Page 1 des OIP (ambulatoire et hospitalier), section « Initiation du traitement » :</i></p> <p>a) <i>Je reformulerais le 1er point : « Prophylaxie et traitement de l'encéphalopathie de Wernicke ». En effet, un patient qui présente un dépistage POS selon les critères de Caine, sans présenter de Sx clairs, pourrait être traité avec Thiamine 300 mg IM X 3j, puis en PO. Selon la littérature, une encéphalopathie avérée, devrait être Tx avec Thiamine 500 mg IV TID ad résolution totale des Sx.</i></p> <p>b) <i>Il faudrait ajouter après le 1er point « Prophylaxie et traitement de l'encéphalopathie de Wernicke » (et aussi à ajouter dans le GUO avec les explications) : « Prévention de la neurotoxicité du syndrome de sevrage à l'alcool »</i></p> <p>2. <i>Administrer Vitamine B3 (Niacine, Vit-PP) 500 mg PO die, B6 (pyridoxine) 50-125 mg die PO, B9 (acide folique) 1-5 mg die PO, B12 (cobalamine) 250-500 ug PO die, idéalement 1 sem avant le début du sevrage avec de la vitamine B1 (thiamine) 50-250 mg PO die, et poursuivre X 1-2sem après le début du sevrage. En effet :</i></p> <p>a) <i>La B6, B9 et B12 servent de catalyseurs pour transformer l'acide formique, issue du métabolisme du méthanol accumulé en pré-sevrage d'alcool, en CO2. (KAPUR, B.M. et al. « Formic Acid, a Novel Metabolite of Chronic Ethanol Abuse, Causes Neurotoxicity, Which Is Prevented by Folic Acid », Alcohol Clin Exp Res., 31 (12), 2007, p. 2114-2120.; Cook CC, Thomson AD. B-complex vitamins in the prophylaxis and treatment of WernickeKorsakoff</i></p>	<p>Puisque le GUO s'adresse principalement à la première ligne et que les cas d'encéphalopathie de Wernicke sont orientés vers le milieu hospitalier, le traitement de l'encéphalopathie, qui requiert des doses plus élevées de thiamine, ne fait pas partie des outils cliniques produits.</p> <p>Dans le GUO, afin de mieux orienter les prescripteurs, l'énoncé sur la thiamine a été modifié ainsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Thiamine 100 à 500 mg/jour PO, IV ou IM durant 1 semaine. Ajuster la dose selon l'état de la personne (p. ex. sévérité du syndrome de sevrage, capacité à s'alimenter, trouble de l'absorption, diarrhée ou encéphalopathie de Wernicke).</li> </ul> <p>Selon les membres du comité consultatif, l'acide folique pourrait avoir un effet neuroprotecteur chez les usagers chroniques d'alcool et des cas d'encéphalopathie associée à un déficit en pyridoxine (vitamine B6) auraient été démontrés. Ils mentionnent que ces suppléments sont remboursés par la RAMQ et parfois prescrits lors du sevrage d'alcool. Cependant, puisque la littérature actuelle n'est pas concluante concernant l'acide folique et la vitamine B6, ces suppléments n'ont pas été proposés dans le GUO.</p>

QUESTIONS DU SONDAGE	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS	RÉPONSES DE L'INESSS
	<p>syndrome. <i>Br J Hosp Med.</i> 1997;57:461–465. [PubMed: 9274684])</p> <p>b) <i>Le co de Penta 3B comprend 250 mg de B1, 125 mg de B6, 0.25 mg de B12. Aussi, en PO, seulement, seulement 4-6 mg de thiamine est absorbé à la fois, donc, mieux vaut donner 50 mg PO QID que 250mg PO die.</i></p>	
<p>Avez-vous des commentaires supplémentaires sur le visuel, la qualité, la clarté et la convivialité du GUO, de la feuille de suivi et des modèles d'OIPI?</p>	<p><i>Ce sera très très utile !! Bravo !</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>Avez-vous des commentaires supplémentaires sur le visuel, la qualité, la clarté et la convivialité du GUO, de la feuille de suivi et des modèles d'OIPI?</p>	<p><i>À la page 5 du GUO, je crois les infos suivantes assez pertinentes, elles pourraient être en plus grand.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Les données probantes actuelles ne permettent pas de recommander l'usage du baclofène pour le traitement de la prévention de la rechute.</i></li> <li><i>2. L'acamprosate, un choix intéressant lorsque l'abstinence est l'objectif de traitement de la personne, est un médicament d'exception à la liste de médicaments de la RAMQ. L'indication pour le paiement est reconnue pour le maintien de l'abstinence chez les personnes souffrant de dépendance alcoolique, abstinentes à l'alcool depuis au moins 5 jours et faisant partie d'un programme de prise en charge complet axé sur l'abstinence à l'alcool. La durée maximale de chaque autorisation est de 3 mois, pour une durée totale maximale d'autorisation de 12 mois.</i></li> <li><i>3. La gabapentine et le topiramate ne sont pas homologués par Santé Canada pour le traitement de la prévention de la rechute. Ils sont toutefois</i></li> </ol>	<p>Bien que cette information soit jugée pertinente, par manque d'espace dans le GUO, qui est limité à 6 pages, il a été jugé acceptable de l'indiquer en notes de bas de page, et ce, afin de laisser plus de place aux messages principaux.</p>

QUESTIONS DU SONDAGE	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS	RÉPONSES DE L'INESSS
	<p><i>couramment prescrits à cette fin et constituent des options de traitements valables selon l'expertise clinique des membres du comité consultatif.</i></p> <p>4. <i>La gabapentine peut être efficace à 900 mg / jour chez certaines personnes, mais l'efficacité semble supérieure à une dose de 1 200 mg / jour. À la suite d'un sevrage d'alcool traité avec la gabapentine, ajuster au besoin jusqu'à la dose de traitement visée pour la prévention des rechutes.</i></p>	
<p>Avez-vous des commentaires supplémentaires sur le visuel, la qualité, la clarté et la convivialité du GUO, de la feuille de suivi et des modèles d'OIPI?</p>	<p><i>Non</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>
	<p><i>Très bien fait, facile de s'y retrouver</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>
	<p><i>Toujours très bien conçu!</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>
	<p><i>Très convivial</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>
<p>Autres commentaires.</p>	<p><i>Peut-être d'ajouter un élément sur l'importance de l'empathie et de l'absence de jugement chez cette clientèle.</i></p> <p><i>Le document parle plusieurs fois de mésusage ou de détournement. Mais le document devrait être écrit dans un optique de réduction des méfaits</i></p> <p><i>Donc ++ axé sur l'importance d'une approche en réduction des méfaits comme professionnel de la santé VS l'approche paternaliste (encourageant l'abstinence absolue et que le mésusage = faute grave, à punir).</i></p>	<p>Les différents énoncés sur le mésusage et le détournement ont été modifiés ainsi dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Le fractionnement des ordonnances et la fréquence élevée du service à la pharmacie devraient être envisagés, en particulier en début de traitement et surtout pour la gabapentine et le topiramate, afin d'en surveiller l'usage et d'assurer un meilleur suivi des personnes traitées.</li> <li>▶ Un fractionnement de doses ainsi qu'une fréquence élevée de service à la pharmacie devraient être envisagés, et ce, autant pour les benzodiazépines que pour la gabapentine, afin d'en surveiller l'usage (limiter le potentiel d'abus et le risque de surdose ou de détournement) et d'assurer un meilleur suivi des personnes traitées.</li> </ul>
<p>Autres commentaires.</p>	<p><i>GUO assez complexe pour un problème très complexe. Très bon travail.</i></p>	<p>Aucune action requise.</p>

QUESTIONS DU SONDAGE	COMMENTAIRES DES FUTURS UTILISATEURS	RÉPONSES DE L'INESSS
Autres commentaires.	<p><i>Dans le PDF 1, section facteurs de risque de complications etc., à hyperactivité du SNC ajouter: cf partie C du PAWSS</i></p> <p><i>Certains de mes ajouts veulent donner plus de marge de manœuvre aux intervenants nursing et pharmacien en ambulatoire ou en interne.</i></p> <p><i>Merci pour l'ensemble de votre minutieux et si pertinent document.</i></p>	<p>Le facteur de risque correspondant a été modifié ainsi afin de mieux orienter les professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hyperactivité marquée du système nerveux autonome (p. ex. tachycardie, diaphorèse, hypertension).</li> </ul>
Autres commentaires.	<p><i>Enfin un GUO sur le sevrage de l'alcool! Merci!</i></p> <p><i>J'ajouterais, à la p.1 du GUO, dans l'encadré « Généralité », le point suivant, question de mettre l'emphase sur l'importance de la gestion médicale de ce problème: Un sevrage d'alcool mal traité entraîne une neurotoxicité et de multiples complications potentielles (neurologiques, psychiatriques, psychosociales).</i></p>	<p>L'énoncé correspondant a été modifié dans le GUO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Même en l'absence d'un TUA, la réduction ou l'arrêt subit d'une consommation importante et prolongée d'alcool peut entraîner un syndrome de sevrage qui, s'il n'est pas traité, peut générer des complications graves.</li> </ul> <p>De plus, les précisions apportées ont été ajoutées au rapport en soutien.</p>

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

**Québec** 

### Siège social

2535, boulevard Laurier, 5<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1V 4M3  
418 643-1339

### Bureau de Montréal

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

[inesss.qc.ca](http://inesss.qc.ca)

