

GUIDES ET NORMES

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

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



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

Rédaction

Valérie Garceau

Collaboration

Catherine Awad

Caroline Poisson

Isabelle Dufort

Coordination scientifique

Frédéric St-Pierre

Direction

Catherine Truchon

Ann Lévesque

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

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

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Valérie Garceau, Ph. D.

Collaboratrices internes

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

Caroline Poisson, Ph. D.

Isabelle Dufort, Ph. D.

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

Gilles Bordage, révision linguistique

Mark A. Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN 978-2-550-89050-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2021

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

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). 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; 2021. 67 p.

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

Comité consultatif

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

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

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

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

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

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

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

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

Lecteurs externes

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

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

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

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

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

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

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

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

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

M. Benoît Cossette, professeur, Université de Sherbrooke

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

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

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

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

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

M. Simon Lessard, pharmacien propriétaire, Pharmacie Simon Lessard

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

M. Jean-François Proteau, membre citoyen

Autres contributions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Déclaration d'intérêts

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

D^{re} Suzanne Brissette : médecin experte pour des réponses média portant sur l'abus de substances.

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

Responsabilité

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

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	III
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	V
GLOSSAIRE	VII
INTRODUCTION.....	1
1. MÉTHODOLOGIE.....	3
1.1. Questions de recherche	3
1.1.1. Protocole médical national	3
1.1.2. Ordonnance collective.....	4
1.2. Recherche et méthode de synthèse de l'information et des recommandations cliniques	4
1.2.1. Stratégie de repérage d'information scientifique	4
1.2.2. Sélection des documents	5
1.2.3. Évaluation de la qualité méthodologique	6
1.2.4. Extraction.....	6
1.2.5. Analyse et synthèse.....	6
1.3. Recherche et méthode de synthèse de l'information contextuelle et des savoirs expérientiels	7
1.3.1. Repérage de l'information	7
1.3.2. Respect de la confidentialité et du code d'éthique	8
1.3.3. Analyse et synthèse de l'information tirée des consultations.....	8
1.4. Méthode délibérative et processus de formulation des recommandations	9
1.5. Validation.....	9
1.6. Mise à jour du protocole médical national.....	10
2. RÉSULTATS.....	11
2.1. Description des documents retenus	11
2.2. Protocole médical national	12
2.2.1. Définition de la situation clinique	12
2.2.2. Contre-indications à l'application du protocole médical national	15
2.2.3. Appréciation de la condition de santé	16
2.2.4. Analyses de laboratoire.....	21
2.2.5. Suivi	26
2.2.6. Situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire	27
2.3. Ordonnance collective.....	28
2.3.1. Contre-indications à l'application de cette ordonnance	28
2.3.2. Limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire	29

DISCUSSION.....	30
CONCLUSION	33
RÉFÉRENCES.....	34
ANNEXE A.....	38
Commentaires des lecteurs externes.....	38
ANNEXE B.....	54
Résultats du sondage auprès des futurs utilisateurs du PMN et de l'ordonnance collective	54

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Critères d'inclusion et d'exclusion des publications	5
Tableau 2	Échelle standardisée d'identification des troubles liés à l'usage d'alcool AUDIT	14
Tableau A-1	Traitement des commentaires du premier lecteur externe	38
Tableau A-2	Traitement des commentaires du deuxième lecteur externe.....	41
Tableau A-3	Traitement des commentaires du troisième lecteur externe.....	44
Tableau A-4	Traitement des commentaires du quatrième lecteur externe	51
Tableau B-1	Traitement des commentaires des futurs utilisateurs potentiels du protocole médical national et du modèle d'ordonnance collective	63

RÉSUMÉ

Introduction

La pharmacothérapie visant à soutenir le sevrage alcoolique, le maintien de l'abstinence ou la réduction de la consommation peut jouer un rôle important dans la prise en charge globale des personnes ayant un trouble lié à l'usage d'alcool (TUA). Or, le choix des molécules à privilégier ainsi que certains aspects du suivi sont influencés par la condition de santé de la personne, dont certains paramètres peuvent être appréciés à l'aide des analyses de laboratoire.

Depuis 2014, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat d'élaborer, de mettre à jour et d'héberger les protocoles médicaux nationaux et les modèles d'ordonnance en vigueur. Afin de favoriser la prise en charge des personnes avec un TUA et dans le contexte de la mise en œuvre du Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 (PAID), la Direction nationale des soins et services infirmiers du MSSS a demandé à l'INESSS d'élaborer un protocole médical national (PMN) avec un modèle d'ordonnance collective (OC) associée pour encadrer l'initiation d'un bilan sanguin dans le cadre de l'évaluation d'un TUA diagnostiqué ou suspecté.

Méthodologie

Une revue systématique de guides de pratique clinique (GPC), consensus d'experts, conférences consensuelles, lignes directrices et de tout autre document présentant des recommandations cliniques a été menée dans plusieurs bases de données en respectant les normes et procédés de l'INESSS. La recherche documentaire a été limitée aux documents publiés entre janvier 2015 et mai 2020. Les documents retenus ciblaient les personnes avec un TUA pour qui un traitement pharmacologique pour le syndrome de sevrage d'alcool ou la prévention des rechutes était envisagé. Les paramètres recherchés étaient les critères d'appréciation de la condition de santé, les contre-indications à l'initiation du bilan sanguin, les analyses de laboratoire à effectuer selon certaines populations, conditions médicales ou pharmacothérapies, ainsi que le suivi nécessaire en lien avec les résultats des analyses.

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

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

Résultats

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

La recension des recommandations de bonne pratique clinique ainsi que l'information contextuelle et le savoir expérientiel des membres du comité consultatif ont permis de définir la situation clinique du PMN afin qu'elle couvre les divers objectifs du bilan sanguin selon l'étape de la prise en charge de la personne, qu'un TUA ait été diagnostiqué ou qu'il soit seulement suspecté. Lorsqu'un sevrage d'alcool ou un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes est indiqué ou envisagé, toutes les personnes âgées d'au moins 18 ans avec un TUA diagnostiqué ou suspecté par un score AUDIT égal ou supérieur à 8 devraient bénéficier d'un bilan sanguin. En outre, le processus a permis de déterminer une période de validité d'un mois pour les résultats d'analyses antérieures. Certaines précautions en lien avec de possibles symptômes de sevrage actif ont par ailleurs été ajoutées pour assurer une procédure sécuritaire de même qu'un suivi adéquat et en temps opportun.

Les méthodes d'élaboration du PMN et du modèle d'ordonnance collective ont permis de reconnaître les tests de laboratoire pertinents dans le cadre d'un bilan sanguin de base pour une personne ayant potentiellement un TUA, notamment une mesure des électrolytes, du glucose et du magnésium, une vérification des fonctions hépatiques et rénales, une formule sanguine complète en plus des tests de dépistage de certaines infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) pour lesquelles la consommation abusive d'alcool peut constituer un facteur de risque.

Enfin, le savoir expérientiel des parties prenantes a permis de mettre en lumière l'évolution fluctuante de la condition clinique d'une personne aux prises avec un TUA, notamment en relation avec son état d'intoxication ou la sévérité actuelle d'une condition de santé mentale qui peuvent varier d'une visite de consultation à l'autre et affecter son aptitude à participer au processus d'anamnèse. L'importance de saisir les occasions de recueillir auprès de la personne des informations d'intérêt pour la prise en charge de son sevrage ou de son TUA par un membre de l'équipe multidisciplinaire a donc été mise de l'avant dans le protocole.

Conclusion

La réalisation de ce PMN et du modèle d'ordonnance collective associée a été fondée sur des recommandations de bonne pratique qui ont été bonifiées par le savoir expérientiel de différents experts et cliniciens ainsi que par des aspects contextuels recensés. Au terme d'une analyse impliquant la triangulation des données provenant de ces différentes sources, ces documents devraient favoriser l'interdisciplinarité de même qu'une meilleure prise en charge des personnes avec un TUA. Une évaluation de la pertinence de mettre à jour le protocole médical national sera effectuée minimalement tous les quatre ans pour permettre sa révision avant cinq ans.

SUMMARY

Initiating blood work for the purpose of evaluating diagnosed or suspected alcohol use disorder

Introduction

Pharmacotherapy aimed at supporting alcohol withdrawal, maintaining abstinence, or reducing drinking can play an important role in the overall management of individuals with alcohol use disorder (AUD). However, the choice of preferred drugs and certain aspects of the follow-up are influenced by the individual's health status, certain parameters of which can be assessed with laboratory tests.

In 2014, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) asked the Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) to develop, update and host the current national medical protocols and prescription templates. To facilitate the management of individuals with AUD, and with relevance to the implementation the 2018-2028 interministerial addiction action plan (PAID), the MSSS's Direction nationale des soins et services infirmiers asked the INESSS to develop a national medical protocol (NMP) and a corresponding collective prescription (CP) template for guiding the initiation of blood work in the context of evaluating a person with diagnosed or suspected AUD.

Methodology

A systematic review of clinical practice guidelines (CPGs), expert consensus statements, consensus conference reports, guidance documents and any other items containing clinical recommendations was conducted across several databases in accordance with the INESSS's standards and processes. The literature search was limited to items published between January 2015 and May 2020. The selected items focused on individuals with AUD for whom pharmacotherapy for alcohol withdrawal syndrome or relapse prevention was being considered. The information sought was the health status assessment criteria, the contraindications to initiating blood work, the laboratory tests to be ordered based on certain populations, medical conditions or pharmacological treatments, and the follow-up required in connection with the test results.

In addition, a manual literature search was conducted by consulting the websites of health technology assessment agencies and organizations, and those of government and paragonovernmental agencies and professional associations or bodies pertaining to the topic of interest. The lists of references in the selected publications were examined for other relevant items.

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

Results

The data search yielded 4941 items, from which 10 CPGs were selected. These CPGs were deemed to be of adequate methodological quality for use, based on the AGREE II instrument.

The review of the best clinical practice recommendations, together with the contextual information and the experiential knowledge provided by the members of the advisory committee, served to define the clinical situation indicated in the NMP so that it covers the various objectives of the blood work according to the stage at which the person is being managed, whether AUD has been diagnosed or is only suspected. When alcohol withdrawal or pharmacotherapy for relapse prevention is indicated or being considered, all persons 18 years of age or older with diagnosed or suspected AUD, given an AUDIT score of 8 or higher, should have blood work. In addition, it was determined from the same process that the validity period for previous test results should be one month. As well, certain precautions pertaining to possible symptoms of active withdrawal have been added to ensure a safe procedure and a timely and adequate follow-up.

The methods used to develop the NMP and the collective prescription model helped determine which laboratory tests are relevant in the basic blood work for a person who potentially has AUD, notably electrolytes, glucose and magnesium, liver and kidney function tests and a complete blood count, plus screening tests for certain sexually transmitted and blood-borne infections (STBBIs) for which alcohol abuse can be a risk factor.

Lastly, the experiential knowledge provided by the stakeholders highlighted the fluctuating course of the clinical condition of a person with AUD, particularly with regard to their state of intoxication or the current severity of a mental health condition, which can vary from one medical visit to the next and affect their ability to participate in the history-taking process. The importance of seizing opportunities to obtain information from the person that would be useful for the management of their withdrawal or AUD by a member of the multidisciplinary team has therefore been emphasized in the protocol.

Conclusion

The development of this NMP and the corresponding collective prescription template was based on best clinical practice recommendations, which were enhanced with the experiential knowledge provided by different experts and clinicians and with contextual information. Given the analysis involving the triangulation of the data from these different sources, the protocol and template should promote interdisciplinarity and better management of persons with AUD. The need to update the national medical protocol will be assessed at least every four years so that it can be revised within five years.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AGREE II	<i>Appraisal of guidelines for research and evaluation</i>
ALT	Alanine aminotransférase
APA	American Psychiatric Association
ARN	Acide ribonucléique
ASAM	American Society of Addiction Medicine
AST	Aspartate aminotransférase
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
AUDIT-C	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise</i>
AUDIT-PC	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test (Piccinelli) Consumption</i>
BCCSU	British Columbia Centre on Substance Use
CCDUS	Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
CCSMPA	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées
CIWA-Ar	<i>Clinical Institute Withdrawal Assessment - Alcohol Revised</i>
Clcr	Clairance de la créatinine
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
DÉBA-Alcool	<i>Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Alcool</i>
DSM-5	5 ^e édition du <i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)</i>
EBM	<i>Evidence-Based Medicine Reviews</i>
e-CPS	<i>Electronic Compendium of Pharmaceuticals and Specialties</i>
ETG	<i>Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence</i>
FSC	Formule sanguine complète
GGT	Gamma glutamyl-transpeptidase
GMF	Groupe de médecine familiale
GPC	Guides de pratique clinique
GUO	Guide d'usage optimal
HBsAg	Antigène de surface du virus de l'hépatite B
HCG	Hormone chorionique gonadotrophique
IAWMH	International Association for Women's Mental Health
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
LSN	Limite supérieure normale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTESS	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OC	Ordonnance collective
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PMN	Protocole médical national
RNI	Ratio normalisé international
RS	Revue systématique
SFA	Société Française d'Alcoologie
TUA	Trouble lié à l'usage d'alcool
VA/DoD	Department of Veterans Affairs/Department of Defense
VGM	Volume globulaire moyen
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WFSBP	World Federation of Societies of Biological Psychiatry

GLOSSAIRE

Abstinence (à une substance)

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

Consommation à risque (d'alcool)

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

Consommation abusive (d'alcool)

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

Gamma-glutamyl transférase – γ GT, GGT

La GGT est une enzyme responsable du transport des acides aminés au niveau membranaire et est présente dans de nombreux tissus ou organes. Le dosage sérique mesure essentiellement la fraction d'origine hépatique de la GGT. L'élévation de la GGT se produit en général après environ deux semaines d'une consommation régulière excessive (plus de 60 g d'alcool pur par jour), sauf chez les personnes de moins de 30 ans chez qui la GGT est particulièrement peu sensible. En cas de réduction ou d'arrêt de la consommation d'alcool, le taux diminue approximativement de moitié tous les 15 jours. La GGT est un marqueur peu sensible, et sa spécificité n'est que d'environ 60 %, car de nombreuses autres causes que l'alcool peuvent concourir à son augmentation, comme l'obésité, le diabète, les médicaments inducteurs enzymatiques et toutes les maladies hépatiques à l'origine d'une cholestase. [SFA, 2015].

Mésusage (d'une substance)

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

Rechute

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

Sevrage d'alcool (syndrome de)

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

Transaminases (ALT, AST)

Enzymes sécrétées en partie par le foie et pouvant être retrouvées en quantité anormale dans le sang en cas d'atteinte hépatique, notamment en cas de maladie alcoolique du foie. Il existe deux types de transaminases, les alanine aminotransférases (ALT) et les aspartate aminotransférases (AST) [SFA, 2015].

Trouble lié à l'usage d'alcool

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

Verre-standard (d'alcool)

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

Volume globulaire moyen – VGM

L'élévation du VGM apparaît environ après deux mois au moins d'une consommation excessive régulière. Le retour à un volume normal est généralement très long, trois mois environ après une réduction de la consommation, en raison de la durée de vie des globules rouges. La sensibilité du VGM est médiocre (30 à 40 %), sa spécificité nettement plus élevée (90 %). L'association GGT-VGM a une sensibilité de 70 à 80 % environ [SFA, 2015].

INTRODUCTION

Problématique

En 2018, 19,1 % des Canadiens âgés de 12 ans et plus (soit environ 5,9 millions de personnes) ont déclaré des consommations d'alcool pouvant être considérées comme abusives [Statistique Canada, 2019]. En 2017, le taux d'hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool (249 pour 100 000 personnes) se comparait au taux d'hospitalisations à la suite d'une crise cardiaque (243 pour 100 000) [CCDUS, 2019].

En plus du traitement pharmacologique du syndrome de sevrage alcoolique, plusieurs lignes directrices actuelles attachent une importance à l'initiation d'un traitement visant à soutenir le maintien de l'abstinence ou la réduction de la consommation dans la prise en charge globale d'un trouble lié à l'usage d'alcool (TUA). Indépendamment de la gravité de celui-ci, toute personne qui a arrêté ou réduit sa consommation et qui continue de ressentir le besoin d'alcool ou qui est à risque de rechute pourrait bénéficier d'une pharmacothérapie de soutien à l'abstinence [BCCSU, 2019], mais son utilisation n'est pas encore généralisée [Alcohol Research UK, 2018; Grant *et al.*, 2015]

Bien que le dépistage ou le diagnostic d'un TUA ne reposent pas sur des résultats d'analyses sanguines, ces dernières sont toutefois pertinentes dans le choix des molécules thérapeutiques à privilégier [NICE, 2019]. Ainsi, il convient de commander des tests 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.

Contexte de l'amorce des travaux

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

Considérant qu'une grande partie des actes cliniques effectués dans le cadre du sevrage de l'alcool et de la prévention des rechutes est prise en charge par des infirmières, qui sont souvent les pivots dans les dossiers, la Direction nationale des soins et services infirmiers du MSSS, à la suite d'un exercice de priorisation, a demandé à l'INESSS d'élaborer un protocole médical national (PMN) avec un modèle d'ordonnance collective (OC) associée sur l'initiation d'un bilan sanguin dans le cadre de l'évaluation d'un TUA.

Objectifs

Ces travaux ont comme objectifs de recenser les meilleures pratiques cliniques entourant l'utilisation des tests de laboratoire dans le cadre d'un sevrage alcoolique ou d'un traitement de prévention des rechutes afin d'élaborer un PMN et un modèle d'ordonnance collective pour encadrer l'initiation d'un bilan sanguin chez les personnes potentiellement atteintes d'un TUA. La réalisation et la diffusion de ces outils visent à favoriser la prise en charge de cette population de même qu'à optimiser et harmoniser la pratique à l'échelle provinciale. Ces travaux ont été effectués en parallèle avec ceux visant l'élaboration de trois outils complémentaires, soit un PMN pour encadrer l'administration de benzodiazépines ou de gabapentine prescrites dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'une personne avec un TUA [INESSS, 2021a], un PMN pour l'initiation d'un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes chez une personne avec un TUA [INESSS, 2021b], ainsi qu'un guide d'usage optimal (GUO) des traitements pharmacologiques pour le sevrage de l'alcool et la prévention des rechutes [INESSS, 2021c].

Livrables

- PMN pour initier un bilan sanguin dans le cadre de l'évaluation d'un TUA diagnostiqué ou suspecté;
- Modèle d'ordonnance collective (OC) pour initier un bilan sanguin;
- Rapport en soutien au PMN pour initier un bilan sanguin.

Aspects exclus

- Aspects liés à l'implantation et au déploiement des PMN et des modèles d'OC;
- Aspects économiques, organisationnels, sociaux et éthiques.

1. MÉTHODOLOGIE

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

1.1. Questions de recherche

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

1.1.1. Protocole médical national

1.1.1.1. Situation clinique et contre-indications

- 1) Quels sont les critères pour définir la situation clinique qui fait l'objet du protocole (p. ex. l'âge du groupe cible, les principales manifestations ou conditions cliniques requises pour initier un bilan sanguin dans le cadre de l'évaluation d'un TUA diagnostiqué ou suspecté)?
- 2) Quelles sont les contre-indications à l'application du protocole (p. ex. les manifestations ou conditions cliniques à exclure)?

1.1.1.2. Conduite thérapeutique

- 3) Quelles sont les autres investigations à faire (p. ex. des questionnaires pour l'appréciation de la condition de santé) au moment de l'initiation du bilan sanguin?
- 4) Quelles sont les modalités de bonne pratique clinique pour l'utilisation des tests de laboratoire dans le cadre de l'évaluation d'un TUA diagnostiqué ou suspecté en ce qui concerne les aspects suivants :
 - les tests pertinents pour toutes les personnes avec un TUA diagnostiqué ou suspecté;
 - les tests pertinents selon certaines conditions;
 - la durée de la validité des résultats existants;
 - les précautions à prendre?

1.1.1.3. Suivi

- 5) Quelles sont les modalités de bonne pratique clinique concernant le suivi des personnes qui se voient prescrire des analyses de laboratoire dans le cadre de l'évaluation d'un TUA diagnostiqué ou suspecté?
- 6) Quelles sont les situations qui requièrent une attention particulière, une investigation supplémentaire ou une réévaluation?

1.1.2. Ordonnance collective

- 7) Quelles sont les situations ou populations qui constituent des contre-indications à l'application de l'ordonnance collective et pour lesquelles les prescripteurs autorisés devraient assurer l'initiation du bilan et le suivi?
- 8) Quelles sont les limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire?

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

1.2.1. Stratégie de repérage d'information scientifique

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

Une recherche manuelle de la littérature a également été effectuée en visitant les sites Internet des agences et des organismes d'évaluation des technologies de la santé ainsi que ceux d'organismes gouvernementaux, paragouvernementaux, d'associations ou d'ordres professionnels en lien avec la thématique des travaux. Les documents provenant des agences réglementaires nord-américaines, dont la Food and Drug Administration (FDA) et Santé Canada, ont également été consultés, de même que les monographies officielles des médicaments recommandés pour le sevrage d'alcool homologués par Santé Canada, qui ont été repérées par le biais de la base de données sur les produits pharmaceutiques de Santé Canada ou, à défaut, par l'*electronic*

Compendium of Pharmaceuticals and Specialties (e-CPS). Les documents publiés par les différentes directions de l'INESSS, dont les états de pratique en lien avec le thème des travaux, ont aussi été consultés, ainsi que divers guides québécois de dépistage publiés par le MSSS. Enfin, d'autres documents pertinents ont été répertoriés à partir des bibliographies des publications retenues ou rapportés par les divers experts impliqués tout au long du processus d'élaboration du PMN.

1.2.2. Sélection des documents

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

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

Critères d'inclusion	
Population	Personne avec un trouble lié à l'usage d'alcool
Intervention	Initiation d'un traitement pharmacologique pour le syndrome de sevrage d'alcool ou la prévention des rechutes
Professionnels visés/ type de publication	Guides de bonne pratique clinique, consensus d'experts, lignes directrices, revues systématiques contenant des recommandations cliniques s'adressant aux professionnels de la santé
Paramètres d'intérêt	- Définition de la situation clinique applicable au protocole (p. ex. âge du groupe cible, principales manifestations cliniques requises pour procéder à l'initiation d'un traitement pharmacologique) - Contre-indications à l'application du protocole - Analyses de laboratoire à effectuer, moment et fréquence - Traitements pharmacologiques (posologie, durée du traitement, modalités et moment d'administration, précautions à prendre, nombre maximal d'administrations, effets indésirables, contre-indications, interactions médicamenteuses) - Éléments de suivi (évaluation de l'efficacité du traitement) et particularités en fonction du milieu de soins - Information à transmettre à la personne, à son entourage ou à l'équipe de soins - Situations particulières exigeant une investigation supplémentaire et/ou un suivi avec le médecin et/ou une prise en charge par une IPS ou un médecin

Milieu et contexte clinique de l'intervention	Prise en charge ambulatoire, centre hospitalier, centre de réadaptation en dépendance, groupe de médecine familiale, clinique privée, milieu carcéral, soins à domicile
Année de publication	2015 à 2020
Critères d'exclusion	
Qualité méthodologique	Document dont la qualité méthodologique est jugée inadéquate à l'aide de la grille d'évaluation AGREE II

1.2.3. Évaluation de la qualité méthodologique

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

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

1.2.4. Extraction

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

1.2.5. Analyse et synthèse

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

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

1.3.1. Repérage de l'information

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

- Lois et règlements :
 - Loi réglementant certaines drogues et autres substances — Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées [Gouvernement du Canada, 2019]
 - Loi modifiant la Loi sur la pharmacie (loi 41)
 - Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin
 - Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière ou un infirmier
- Le guide d'exercice sur les ordonnances individuelles faites par un médecin [CMQ, 2016]
- Le guide d'exercice sur les activités réservées aux pharmaciens [OPQ et CMQ, 2019]
- Le Guide du personnel infirmier en soins primaires, qui aborde le diagnostic et le traitement d'un bon nombre de problèmes de santé
- Le Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 (PAID), lancé en octobre 2018
- Le guide de pratique en télémédecine [CMQ, 2015]
- Les téléconsultations réalisées par les médecins durant la pandémie de COVID-19 [CMQ, 2020]

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

1.3.1.1. Comité consultatif

Un comité consultatif a été mis sur pied afin d'accompagner l'INESSS dans ce projet. Le comité était formé de membres indépendants reconnus pour leur expertise dans le domaine du TUA. Les membres ont été sélectionnés avec un objectif de diversité professionnelle et géographique, de crédibilité scientifique, et de connaissances et expériences cliniques. Ce comité avait pour mandat d'accompagner l'INESSS afin d'assurer la crédibilité scientifique, la pertinence clinique et de pratique ainsi que

l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit livré, et ce, en fournissant des informations, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles à la réalisation des travaux. La composition de ce comité est présentée dans les pages liminaires du présent rapport.

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

Le Comité d'excellence clinique — Usage optimal du médicament (incluant les protocoles médicaux nationaux et les ordonnances associées) a également contribué aux travaux en émettant des commentaires et en soulevant des enjeux cliniques et organisationnels à l'étape du plan de réalisation. Ce comité a pour mandat d'assurer la justesse des recommandations ainsi que l'acceptabilité professionnelle et sociale des produits de l'INESSS. Les produits contenant des recommandations d'ordre très clinique ne sont pas tous systématiquement soumis au CEC-UOM-PMNO pour délibération finale. La composition de ce comité est présentée dans les pages liminaires de ce rapport.

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

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

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

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

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

Les consultations et rencontres avec les parties prenantes ont permis, notamment, de recueillir des données expérientielles et de contextualiser les données scientifiques analysées au regard de la pratique clinique québécoise. La contribution des parties prenantes a été documentée de manière qualitative en utilisant des fiches d'interaction ainsi que des comptes rendus de réunion consignés dans un espace de travail commun.

Ces documents contiennent l'information sur la date, le lieu et l'objet de la rencontre, la synthèse des points saillants abordés et les précisions sur le suivi qui a été effectué. Les consultations de groupes ont de plus été enregistrées avec l'accord des participants.

1.4. Méthode délibérative et processus de formulation des recommandations

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

Les membres du comité ont par la suite échangé dans un processus délibératif informel sur l'ensemble de la preuve en vue d'élaborer le PMN et l'OC. Dans un deuxième temps, ils ont dû se prononcer sur les documents finaux, soit en délibéré ou par courriel, selon le degré de divergence des opinions initiales. Le contenu final du protocole a été accepté par un vote d'approbation d'au moins 80 % des membres du comité consultatif. À défaut d'un consensus sur la portée ou la pertinence d'une information ou d'une recommandation, celle-ci a été retirée ou reformulée.

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

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

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

1.5. Validation

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

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

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

1.6. Mise à jour du protocole médical national

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

2. RÉSULTATS

2.1. Description des documents retenus

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

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

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

deux proviennent du Canada, soit :

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

deux proviennent du Royaume-Uni, soit :

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

un provient de la France, soit :

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

et un est un document international, soit :

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

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

2.2. Protocole médical national

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

2.2.1. Définition de la situation clinique

Les éléments présentés dans cette section du protocole visent à permettre au professionnel habilité de déterminer si la situation clinique correspond à celle pour laquelle le présent protocole médical peut être utilisé. La situation clinique pour l'application du PMN sur l'initiation d'un bilan sanguin dans le cadre de l'évaluation d'un trouble lié à l'usage d'alcool découle tout d'abord du mandat confié à l'INESSS. En effet, l'accès rapide aux résultats d'un bilan sanguin récent pourrait permettre au clinicien d'avoir tous les éléments en main pour orienter le choix de molécule comme traitement pour le sevrage d'alcool ou la prévention des rechutes, si cela est indiqué.

Tout d'abord, peu d'information a été recensée à ce sujet dans les GPC retenus. Les membres du comité consultatif mentionnent toutefois que, même en l'absence d'un TUA, une personne dont la consommation d'alcool récente a été importante peut risquer de développer un syndrome de sevrage d'alcool. Il pourrait donc être adéquat d'initier un bilan sanguin même en l'absence d'un diagnostic de TUA. En outre, les membres du comité consultatif sont d'avis que les résultats d'un bilan sanguin peuvent aider à entamer une conversation avec la personne au sujet du TUA et même la convaincre d'entreprendre un traitement (pharmacologique ou non) pour réduire ou cesser sa consommation d'alcool. Cependant, afin que le PMN ne soit pas la source de tests de laboratoire inappropriés, les membres du comité consultatif s'entendent pour dire que les

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

notions de nombre de consommations par jour ou de consommation d'alcool à risque sont inadéquates et ne devaient pas être utilisées pour définir la situation clinique. Ainsi, ils proposent que l'initiation d'un bilan sanguin dans le cadre de ce protocole soit réservée aux personnes avec un TUA ou pour lesquelles un TUA est suspecté, et donc chez qui un sevrage d'alcool ou un traitement pour la prévention des rechutes est indiqué ou envisagé. Pour repérer un mésusage de l'alcool, les GPC retenus recommandent d'utiliser une échelle d'évaluation validée. Certains des GPC suggèrent plus d'une option quant au choix de l'outil de dépistage validé pour procéder à cette évaluation, mais le test AUDIT (ou ses versions dérivées AUDIT-C et AUDIT-PC) revient systématiquement dans les GPC [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; APA, 2018; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. Selon les membres du comité consultatif, l'utilisation de l'échelle d'évaluation AUDIT devrait faciliter la reconnaissance des personnes pour lesquelles un TUA est suspecté. De fait, l'échelle d'évaluation AUDIT permet non seulement d'évaluer la quantité d'alcool généralement consommée par la personne, mais également le contexte de sa consommation et les conséquences néfastes qu'elle entraîne dans sa vie (voir le tableau 2). Puisqu'une consommation d'alcool à faible risque est normalement définie par un score AUDIT entre 1 et 7, ils ajoutent qu'un score égal ou supérieur à 8 permettrait d'inclure dans la situation clinique du PMN les personnes chez qui la consommation d'alcool provoque des comportements dangereux ou compromet de quelque façon leur sécurité ou celle d'autrui, un élément qu'ils jugent important.

Par ailleurs, il a été soulevé par les experts consultés que l'outil *Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Alcool* (DÉBA-Alcool) est souvent utilisé par le personnel psychosocial des CRD ainsi que dans les centres de services non spécialisés afin d'effectuer le dépistage et l'orientation des personnes avec un TUA. Comme cet outil permet de détecter une consommation d'alcool à risque, puis d'évaluer la sévérité de la dépendance et ses conséquences [Tremblay *et al.*, 2016], les membres du comité consultatif sont d'avis que le DÉBA-Alcool est aussi exhaustif que l'échelle AUDIT et estiment qu'il peut être employé dans le cadre du PMN, un score de 10 répondant à la définition de la situation clinique. Une note de bas de page a donc été ajoutée dans le PMN pour permettre l'utilisation du DÉBA-Alcool dans les milieux où il est déjà implanté.

Enfin, la majorité des membres du comité consultatif est d'avis que la clientèle faisant l'objet de ce PMN devrait se limiter aux personnes de 18 ans ou plus, tout comme c'est le cas pour les situations cliniques encadrées par les autres outils produits dans le cadre de ce projet, à cause des enjeux particuliers rattachés à la prise en charge des adolescents.

Tableau 2 Échelle standardisée d'identification des troubles liés à l'usage d'alcool AUDIT

Traduction officielle de l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Source : https://auditscreen.org/translations/ Lisez les questions comme elles sont écrites. Notez les réponses soigneusement. Commencez l'AUDIT en disant « Maintenant, je vais vous poser quelques questions sur votre consommation de boissons alcooliques au cours de cette dernière année. Attention à ce que vos réponses reflètent cette unité de temps et pas seulement les dernières semaines ». Expliquez ce que « boissons alcooliques » veut dire en utilisant des exemples locaux de bière, vin, vodka, etc. Codez les réponses en termes de « boissons standards ». Placez le numéro de la bonne réponse dans la case à droite.	
1/ À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ? (0) jamais (1) une fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) 4 fois ou plus par semaine ou plus	6/ Au cours de l'année dernière, à quelle fréquence avez-vous ressenti le besoin de prendre un verre le matin pour démarrer votre journée après une occasion de consommation excessive d'alcool ? (0) jamais (1) moins d'une fois par mois (2) une fois par mois (3) une fois par semaine (4) chaque jour ou presque chaque jour
2/ Combien de verres d'alcool consommez-vous habituellement en une journée où vous buvez ? (0) un ou deux (1) trois ou quatre (2) cinq ou six (3) sept à neuf (4) dix ou plus	7/ Au cours de l'année dernière, à quelle fréquence avez-vous éprouvé un sentiment de culpabilité ou de remords après avoir consommé de l'alcool ? (0) jamais (1) moins d'une fois par mois (2) une fois par mois (3) une fois par semaine (4) chaque jour ou presque chaque jour
3/ À quelle fréquence consommez-vous six verres ou plus en une même occasion ? (0) jamais (1) moins d'une fois par mois (2) une fois par mois (3) une fois par semaine (4) chaque jour ou presque chaque jour	8/ Au cours de l'année dernière, à quelle fréquence avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'est passé la veille au soir parce que vous aviez consommé de l'alcool ? (0) jamais (1) moins d'une fois par mois (2) une fois par mois (3) une fois par semaine (4) chaque jour ou presque chaque jour
4/ Au cours de l'année dernière, à quelle fréquence vous est-il arrivé de ne pas pouvoir vous arrêter après avoir commencé à consommer de l'alcool ? (0) jamais (1) moins d'une fois par mois (2) une fois par mois (3) une fois par semaine (4) chaque jour ou presque chaque jour	9/ Avez-vous été blessé(e) ou une autre personne l'a-t-elle été à la suite de votre consommation d'alcool ? (0) non (2) oui mais pas dans l'année passée (4) oui au cours de l'année dernière
5/ Au cours de l'année dernière, à quelle fréquence avez-vous omis de faire ce qui était normalement attendu de vous en raison de votre consommation d'alcool ? (0) jamais (1) moins d'une fois par mois (2) une fois par mois (3) une fois par semaine (4) chaque jour ou presque chaque jour	10/ Un membre de votre famille ou un ami ou un médecin ou un autre travailleur de la santé a-t-il exprimé des inquiétudes au sujet de votre consommation d'alcool ou vous a-t-il suggéré de réduire celle-ci ? (0) non (2) oui mais pas dans l'année passée (4) oui au cours de l'année dernière

Les éléments suivants ont donc été ajoutés au PMN :

SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE

Personne de 18 ans ou plus avec un trouble lié à l'usage d'alcool (TUA) diagnostiqué, chez qui un sevrage d'alcool ou un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes est indiqué ou envisagé.

OU

Personne de 18 ans ou plus en cours d'évaluation pour un TUA suspecté par un score AUDIT¹ égal ou supérieur à 8, chez qui un sevrage d'alcool ou un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes est indiqué ou envisagé.

¹ Un score de 10 obtenu avec l'outil *Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Alcool* (DÉBA-Alcool) pourrait aussi être utilisé en remplacement d'un score obtenu avec l'échelle *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT).

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

Cette section vise à établir les conditions pour lesquelles le protocole ne pourra pas être appliqué. Étant donné qu'il n'y a pas de risque en soi pour la personne de se soumettre à des tests de laboratoire, outre la prise d'un échantillon sanguin, et que l'enjeu est plutôt lié à une utilisation non justifiée des ressources, une seule contre-indication a été retenue par le comité consultatif pour ce PMN. Cette contre-indication consiste en la présence dans le dossier médical de la personne de résultats pour les analyses de laboratoire visées par le bilan de base du PMN. La durée de validité des résultats antérieurs pour ces analyses a été débattue par les membres du comité consultatif en gardant en tête les coûts et la mobilisation des ressources associés à une répétition non nécessaire d'analyses de laboratoire et le fait que le portrait clinique d'une personne avec un TUA diagnostiqué ou suspecté peut changer de façon relativement rapide, en particulier si la consommation d'alcool s'est accélérée. Étant donné qu'une hépatite alcoolique pourrait très bien se développer à l'intérieur d'un délai de trois mois chez cette population, les membres du comité consultatif considèrent cette période pour la validité des résultats trop longue et proposent plutôt de la limiter à un mois. Les monographies des diverses molécules qui seront potentiellement envisagées lors de la consultation médicale à venir comme traitement pour le sevrage alcoolique ou la prévention des rechutes ont également été considérées, et aucune ne recommande d'effectuer des analyses à moins d'un mois du début du traitement. Dans les départements d'urgence des centres hospitaliers, les personnes alcooliques sont priorisées par l'*Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence* (ÉTG). Les lignes directrices québécoises qui encadrent le processus encouragent les infirmières à prendre en compte lors de l'évaluation complète de la personne les données objectives liées à la raison de la consultation, y compris les résultats de laboratoire obtenus en vertu d'ordonnances collectives [OIIQ et CMQ, 2019]. Les membres du comité consultatif mentionnent qu'il est très rare qu'aucun bilan sanguin ne soit effectué lors de l'admission de la personne à l'urgence, et ce, même si un bilan a déjà été fait dans le dernier mois.

Ainsi, l'unique contre-indication à l'utilisation du PMN ne s'applique pas si celui-ci est utilisé à l'urgence.

Les éléments suivants ont donc été ajoutés au PMN :

CONTRE-INDICATIONS À L'APPLICATION DE CE PROTOCOLE

Présence dans le dossier médical des résultats de toutes les analyses de laboratoire visées par le bilan de base (tableau 1) réalisées au cours du dernier mois, sauf si le protocole est appliqué dans un service d'urgence.

2.2.3. Appréciation de la condition de santé

La section « Directives » du PMN débute avec une démarche d'évaluation de la condition de santé de la personne. Les éléments qui composent cette évaluation dans le cadre de l'initiation d'un bilan sanguin proviennent essentiellement du savoir expérientiel des membres du comité consultatif, bien que des recommandations des GPC puissent en constituer la base.

2.2.3.1. Consommation d'alcool

Avant de procéder au bilan sanguin, le professionnel habilité doit d'abord s'assurer que la personne répond bien à la description de la situation clinique du PMN. Il doit donc vérifier si un diagnostic de TUA a déjà été posé pour cette personne. L'appellation de TUA est relativement récente puisqu'elle a été introduite dans la version 5 du DSM afin d'englober les termes « abus d'alcool » et « dépendance » qui étaient utilisés dans la version précédente. Ainsi, il est possible lors de la revue du dossier que ces termes apparaissent même si leur emploi n'est plus encouragé. Les membres du comité consultatif confirment qu'il est également possible de rencontrer les termes « mésusage de l'alcool », « alcoolisme », « éthylisme », « trouble d'usage de substances (TUS) », « consommation abusive » ou « consommation nocive d'alcool ». En l'absence d'un diagnostic, certains éléments peuvent toutefois permettre d'évaluer le mésusage de l'alcool et ainsi de suspecter un TUA. Comme il a été mentionné à la [section 2.2.1](#), les membres du comité consultatif abondent dans le sens des GPC et sont d'accord pour que l'échelle AUDIT soit utilisée dans le PMN afin d'évaluer la consommation d'alcool dangereuse et nocive, d'obtenir des renseignements sur la quantité consommée et la fréquence de consommation de même que d'estimer les conséquences négatives liées à l'alcool. Comme l'échelle AUDIT n'est peut-être pas connue de tous les professionnels, les membres du comité consultatif proposent d'inclure le formulaire en annexe du PMN afin d'en faciliter l'utilisation. Il est à noter que l'outil DÉBA-Alcool n'est pas inclus en annexe puisque son utilisation dans le cadre du PMN est permise pour les milieux qui l'emploient déjà couramment.

2.2.3.2. Résultats antérieurs des analyses de laboratoire ciblées

Le processus d'appréciation de la condition de santé permet également d'amener le professionnel à vérifier que la contre-indication à l'application du PMN n'est pas présente. Ainsi, avant de procéder au bilan sanguin, le professionnel habilité doit prendre connaissance des résultats d'analyses de laboratoire faites antérieurement (s'il y a lieu), en particulier ceux des analyses ciblées par le PMN, et en vérifier la date. En outre, cette étape permet de vérifier si une sérologie anti-VHC positive a déjà été documentée dans le passé (voir la [section 2.2.4](#) de ce rapport).

2.2.3.3. Facteurs de risque pour les ITSS et vaccination antérieure

Selon les recommandations des GPC, le bilan sanguin initial peut s'accompagner du dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) lorsque des facteurs de risque sont identifiés, notamment des antécédents de toxicomanie (surtout par voie veineuse) et des rapports sexuels non protégés [ASAM, 2020; SFA, 2015]. Le *Guide québécois de dépistage des ITSS* publié par le MSSS dresse une liste exhaustive des facteurs de risque associés aux ITSS, qui regroupe notamment des caractéristiques sociodémographiques (p. ex. être âgé de moins de 25 ans, être originaire d'une région où des ITSS sont endémiques, être incarcéré ou l'avoir été), la consommation d'alcool ou de drogues, les comportements sexuels (p. ex. nouveau partenaire, partenaires multiples ou anonymes, relations sexuelles entre hommes ou contre de l'argent) et autres facteurs de risque comme l'exposition à des liquides biologiques ou des antécédents d'ITSS [MSSS, 2019]. En outre, le guide confirme que la consommation d'alcool ou de drogues peut affecter la capacité à adopter des comportements sécuritaires, et constitue donc un facteur de risque pour les ITSS de façon générale. Puisque les membres du comité consultatif sont d'accord que l'occasion de dépister les ITSS doit être saisie si cela est indiqué, le processus d'appréciation de la condition de santé de la personne inclut la recherche des facteurs de risque.

Par ailleurs, les experts consultés estiment que se renseigner sur la vaccination antérieure de la personne fait partie de la bonne pratique clinique. Outre la vaccination contre les hépatites A et B, d'autres vaccinations comme celle contre la pneumonie devraient aussi être vérifiées.

2.2.3.4. Symptômes de sevrage alcoolique et signes vitaux

Pour la sécurité de la personne vue en consultation afin d'initier un bilan sanguin en lien avec un mésusage de l'alcool, les membres du comité consultatif étaient d'accord que le professionnel habilité devrait rechercher la possible présence de signes et symptômes de sevrage. En effet, la présence de telles manifestations cliniques pourrait nécessiter une évaluation ou une intervention du prescripteur autorisé. Les GPC retenus préconisent l'utilisation de l'échelle d'évaluation validée CIWA-Ar pour évaluer les signes et symptômes de sevrage d'alcool [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; Thibaut *et al.*, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015]. Ainsi, la liste de symptômes à rechercher dans le PMN reprend essentiellement ceux couverts par cette échelle (nausées ou vomissements, tremblements, sueurs paroxystiques, anxiété,

agitation, céphalées, troubles des perceptions tactiles, auditives ou visuelles, troubles de l'orientation), sauf pour les nausées et les céphalées que les membres du comité consultatif jugent trop peu spécifiques pour qu'on puisse les associer avec assurance à un sevrage d'alcool.

Les membres du comité consultatif trouvaient aussi important d'accompagner la recherche de signes et symptômes de sevrage d'une mesure des signes vitaux, y compris la température corporelle. En effet, des valeurs anormales de signes vitaux devraient mener à une investigation plus poussée de la condition de santé de la personne, et donc doivent faire partie du processus d'appréciation de la condition de santé.

2.2.3.5. Situations ou conditions médicales d'intérêt

Certaines conditions médicales, situations personnelles ou certains antécédents peuvent influencer des aspects de la prise en charge subséquente de la personne, comme le choix de la molécule pour la pharmacothérapie (p. ex., en raison de contre-indications à certains médicaments ou de la nécessité d'ajuster la posologie), le niveau de service de soins requis pour le traitement (p. ex., en raison d'un risque accru de complications liées au sevrage) ou la priorisation de la prise en charge du TUA. À cet égard, les GPC retenus mentionnent les éléments suivants :

- des antécédents de complications liées au sevrage [ASAM, 2020; NICE, 2019; NICE, 2017; VA/DoD, 2015];
- des antécédents de toxicomanie [ASAM, 2020; APA, 2018; SFA, 2015] ou une consommation d'autres substances psychoactives, dont les benzodiazépines, le GHB et les opioïdes [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; APA, 2018; VA/DoD, 2015] et auxquelles les membres du comité consultatif ajoutent la médication psychotrope;
- des problèmes de santé mentale ou des antécédents de tentative de suicide [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; APA, 2018] auxquels les experts consultés ajoutent les troubles cognitifs;
- des problèmes de santé physique [BCCSU, 2019; APA, 2018] que les membres du comité ont circonscrits pour les besoins du PMN aux problèmes affectant les systèmes hépatique, rénal et neurologique qu'ils jugent plus préoccupants;
- un traumatisme craniocérébral récent [BCCSU, 2019; SFA, 2015];
- une malnutrition [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019; NICE, 2019; NICE, 2017; SFA, 2015], que les membres du comité ont précisée en donnant en exemple des éléments permettant de repérer sommairement une malnutrition, comme le nombre de repas par jour et le type de nourriture;
- une précarité ou une itinérance [BCCSU, 2019; SFA, 2015], que les membres du comité consultatif ont préféré remplacer par « instabilité résidentielle » et à laquelle les experts consultés ajoutent une situation de vulnérabilité (p. ex. victimisation, exploitation);

- les médicaments consommés [BCCSU, 2019; CCSMPA, 2019], bien que les membres du comité soient d'accord que l'impression du Dossier santé Québec (DSQ) et sa révision complète avec l'utilisateur font partie de l'histoire de base de celui-ci évaluée lors de sa prise en charge initiale.

Les membres du comité consultatif confirment que ces éléments seront couverts lors de l'évaluation de la personne par le prescripteur (ou par une infirmière dans le cadre de l'ordonnance collective n° 888027 visant l'initiation d'une pharmacothérapie pour la prévention des rechutes) pour déterminer un plan de traitement après réception des résultats des analyses de laboratoire, mais ils sont d'avis que, si l'occasion d'aborder ces questions se présente, le professionnel devrait la saisir et ajouter ces informations au dossier médical. En effet, la condition clinique de la personne peut varier d'une semaine à l'autre, voire d'un jour à l'autre. Un état d'intoxication ou la sévérité actuelle d'une condition de santé mentale, par exemple, pourraient grandement affecter sa collaboration ou ses fonctions cognitives comme sa mémoire dans le processus d'anamnèse. D'autre part, la personne pourrait ne pas être parfaitement à l'aise de dévoiler certains aspects de ses conditions de vie (p. ex. malnutrition, précarité ou itinérance, consommation d'autres substances psychoactives, activités sexuelles, tentatives de suicide).

Les éléments suivants ont donc été ajoutés au PMN :

1. APPRÉCIATION DE LA CONDITION DE SANTÉ

- ▶ **Avant de procéder au bilan sanguin, s'assurer d'avoir :**
 - recherché un diagnostic de TUA² dans le dossier médical de la personne;
 - évalué et documenté la consommation d'alcool, son contexte et ses conséquences avec l'échelle AUDIT¹ (présentée à l'annexe I) si aucun diagnostic de TUA n'est mentionné au dossier;
 - pris connaissance des résultats antérieurs des analyses de laboratoire ciblées par le présent protocole et en avoir vérifié la date (s'il y a lieu);
 - recherché la présence de facteurs de risque pour les ITSS³;
 - questionné sur la vaccination antérieure;
 - recherché la présence de symptômes de sevrage d'alcool : vomissements, tremblements, sueurs, anxiété, agitation, troubles perceptuels, troubles de l'orientation;
 - mesuré les signes vitaux, y compris la température.
- ▶ **Questionner la personne et documenter les informations relatives aux situations ou conditions médicales suivantes (qui influencent la prise en charge subséquente) si elles n'apparaissent pas déjà au dossier :**
 - antécédents de complications ou de sevrage d'alcool sévère (p. ex. convulsions, delirium tremens)
 - consommation présente ou passée d'autres substances psychoactives (p. ex. benzodiazépines, GHB, opioïdes)
 - problèmes de santé mentale, troubles cognitifs
 - antécédents de tentative de suicide
 - problèmes de santé physique (en particulier ceux affectant les systèmes hépatique, rénal et neurologique)
 - traumatisme craniocérébral récent
 - malnutrition (p. ex. le nombre de repas par jour, le type de nourriture)
 - précarité ou instabilité résidentielle, situation de vulnérabilité
 - médicaments consommés sur une base régulière (p. ex. sous prescription et en vente libre)

² Pourrait aussi apparaître sous d'autres appellations, p. ex. dépendance à l'alcool, mésusage de l'alcool, alcoolisme, éthyisme, trouble lié à l'usage de substance (TLU ou TUS), abus d'alcool ou consommation nocive d'alcool.

³ Pour plus d'information concernant les facteurs de risque et le dépistage des ITSS, consulter le [Guide québécois de dépistage des ITSS](#).

2.2.4. Analyses de laboratoire

Plusieurs des GPC retenus recommandent d'effectuer des tests de laboratoire dans le cadre de l'évaluation initiale d'un sevrage d'alcool ou de la prise en charge du TUA avec l'objectif d'évaluer l'état de santé général, les comorbidités liées à l'alcool et d'autres conditions qui pourraient influencer la sélection de la pharmacothérapie [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019; APA, 2018; SFA, 2015]. Ces analyses ne servent donc pas à diagnostiquer le TUA, et il est spécifié dans les GPC 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, BCCSU), ce qu'ont confirmé les membres du comité consultatif.

Les principaux tests recommandés dans les GPC retenus sont les suivants :

- bêta-HCG pour les femmes en âge de procréer, certaines molécules étant contre-indiquées lors d'une grossesse [ASAM, 2020; BCCSU, 2019];
- formule sanguine complète et différentielle [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019; Thibaut *et al.*, 2019; SFA, 2015];
- profil métabolique complet ou de base [ASAM, 2020];
- bilan de la fonction hépatique (bilirubine totale, AST, ALT, phosphatase alcaline, GGT, albumine) [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019; Thibaut *et al.*, 2019; SFA, 2015];
- bilan de la fonction rénale (créatinine) [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019; Thibaut *et al.*, 2019];
- profil électrolytique [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; BCCSU, 2019];
- glucose, l'hypoglycémie pouvant accompagner un sevrage de l'alcool du fait d'une augmentation des besoins métaboliques [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020];
- taux d'alcool [Czarnik *et al.*, 2020; Thibaut *et al.*, 2019];
- toxicologie urinaire [ASAM, 2020; Czarnik *et al.*, 2020; APA, 2018];
- tests de carence en vitamines [Thibaut *et al.*, 2019].

Après avoir considéré de façon individuelle les différentes analyses comprises dans les recommandations tirées des GPC, les membres du comité consultatif ont émis certaines réserves concernant quelques-uns de ces tests. Tout d'abord, ils précisent que le résultat du dosage de la gamma-glutamyl-transférase (GGT) peut contribuer à complexifier le tableau clinique, car il existe plusieurs causes d'augmentation de cette enzyme (p. ex. l'obésité, le diabète, les médicaments inducteurs enzymatiques ou les maladies hépatiques causant une cholestase). La spécificité de la GGT n'est que d'environ 60 %, bien que l'association de cet indicateur avec la mesure du volume globulaire moyen (VGM) constitue un indice plus fiable de la consommation abusive d'alcool. En outre, le dosage de la GGT génère une grande variabilité dans les résultats d'une personne à l'autre relativement à la sensibilité et à la spécificité de ce marqueur. Ces informations

sont par ailleurs rapportées dans certains des GPC retenus [APA, 2018; SFA, 2015]. Les membres du comité consultatif sont donc d'avis que la quantification de la GGT n'a pas de valeur ajoutée dans l'évaluation clinique lorsque la consommation d'alcool est connue et ne devrait pas être effectuée de routine dans ce contexte.

Par ailleurs, les membres du comité consultatif jugent que lorsqu'il est question d'analyses pour évaluer la fonction rénale, le dosage de l'urée ne devait pas faire partie des tests recommandés dans le cadre du PMN. En effet, basé sur leur expérience et leurs discussions avec des biochimistes, ce résultat est presque toujours anormal chez les personnes avec un TUA ou une consommation nocive d'alcool, sans pour autant corrélérer avec une diminution de la fonction rénale, notamment à cause du fait que l'alcool déshydrate.

En ce qui concerne le dépistage toxicologique urinaire, le guide de l'APA précise qu'il peut être fait pour confirmer l'absence d'opioïdes avant de commencer un traitement par la naltrexone, celle-ci étant un antagoniste des récepteurs opioïdes qui entraîne un sevrage précipité chez les usagers d'opioïdes. Toutefois, les membres du comité consultatif ne sont pas d'accord pour que le dépistage toxicologique urinaire soit utilisé systématiquement, même si dans la pratique certains psychiatres exigent encore ce test avant d'autoriser le transfert d'une personne vers leur unité. Ils ajoutent que la toxicologie urinaire n'est pas quantitative et que plusieurs molécules induisent des résultats faux positifs et faux négatifs, ce qui rend cette analyse non spécifique. D'autre part, plusieurs substances ne sont pas détectées par ce test, qui est en outre assez coûteux.

Enfin, les membres du comité consultatif ne jugent pas pertinent ou approprié de procéder à des tests de carence en vitamines dans le cadre d'un bilan initial pour une personne atteinte d'un TUA. Ces analyses pourraient toutefois être demandées à la suite de résultats anormaux de la FSC du bilan initial, comme un taux d'hémoglobine faible ou un volume globulaire moyen (VGM) élevé. Concernant la mesure du taux d'alcool dans le sang, les membres du comité consultatif précisent que sa pertinence relève plutôt du cas par cas, et qu'il ne serait donc pas adéquat d'inclure ce type d'analyse dans le PMN. À l'inverse, ils proposent d'ajouter au bilan initial un test qui n'était pas explicitement mentionné dans les GPC retenus, soit le dosage du magnésium. Cette analyse, qui ne fait pas partie du profil électrolytique, est jugée importante puisqu'une hypomagnésémie empêche l'absorption intracellulaire de la thiamine et doit donc être corrigée, le cas échéant, afin de permettre que la thiamine, fréquemment prescrite en contexte de TUA pour compenser une carence, puisse être absorbée.

Selon les guides de l'ASAM et de la SFA, le dépistage initial peut également inclure des tests de laboratoire pour les hépatites B et C, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et la tuberculose, s'il y a présence de facteurs de risque (p. ex. des antécédents de toxicomanie, surtout par voie intraveineuse, et des rapports sexuels non protégés) ou lorsqu'il y a une augmentation des transaminases, en particulier de l'ALT. En accord avec les recommandations des GPC, les membres du comité sont d'avis qu'il serait important de profiter de l'occasion pour rappeler que le dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) est essentiel lorsque des facteurs de risque sont identifiés, la consommation d'alcool étant par ailleurs un facteur de risque

pour certaines de ces infections. Le *Guide québécois de dépistage des ITSS* publié par le MSSS confirme que la consommation d'alcool ou de drogues peut affecter la capacité à adopter des comportements sécuritaires, et constitue donc un facteur de risque pour les ITSS de façon générale [MSSS, 2019]. De plus, pour une personne recevant des services dans un centre de ressources en dépendance à des drogues, le Guide recommande le dépistage du VIH et des hépatites B et C. Le dépistage du VIH et des hépatites B et C a donc été ajouté au tableau des analyses suggérées dans le PMN. Toujours selon le *Guide québécois du dépistage des ITSS*, la vérification du statut immunitaire de la personne au regard du virus de l'hépatite B (par le test anti-HBs) est indiquée chez les personnes pour qui le dépistage du VHB est indiqué (détection des HBsAg). Les membres du comité consultatif soulignent par ailleurs qu'il serait important de préciser dans le tableau la nécessité de demander une recherche d'ARN du virus de l'hépatite C (VHC) plutôt qu'un test anti-VHC si une sérologie positive d'anti-VHC a déjà été obtenue dans le passé, comme cela est indiqué dans l'algorithme des analyses recommandées pour le dépistage du VHC du *Guide québécois de dépistage des ITSS* [MSSS, 2019]. Les membres du comité consultatif expliquent d'autre part que le test pour la syphilis, qui est en forte progression en ce moment, pourrait s'avérer pertinent si la personne présente des facteurs de risque, notamment parce que la désinhibition souvent observée chez les personnes avec un mésusage de l'alcool favorise la transmission de cette maladie. Par ailleurs, cette infection présente des tableaux cliniques très variés, dont celui associé à la neurosyphilis qui est particulièrement intéressant dans un contexte d'évaluation de la santé neurologique précédant l'initiation du traitement ainsi que dans un contexte où les traitements utilisés peuvent donner des effets secondaires d'ordre neurologique (p. ex. pour la gabapentine : ataxie, nystagmus, tremblements). Concernant le test de dépistage de la tuberculose, la consommation abusive d'alcool ne figure pas parmi les indications de dépistage du *Guide d'intervention pour la tuberculose* publié par le MSSS étant donné que ce n'est pas un facteur de risque élevé de progresser vers la tuberculose active [Comité québécois sur la tuberculose, 2017]. La recommandation concernant le dépistage de la tuberculose n'a donc pas été retenue. Les membres du comité consultatif mentionnent par ailleurs qu'ils n'effectuent pas systématiquement ce test dans la pratique, précisant que ce dernier nécessite deux visites de la personne en clinique, ce qui rend la réalisation complète du test peu fréquente pour ce type de clientèle avec un TUA.

Les membres du comité consultatif ont par ailleurs précisé que le dosage des AST est très important dans un contexte de consommation d'alcool. D'ailleurs, selon un rapport sur la pertinence de cette analyse publié par l'INESSS en 2014, l'analyse du ratio AST/ALT est indiquée pour le diagnostic d'une atteinte hépatique d'origine alcoolique [INESSS, 2014]. Or, les membres du comité consultatif précisent que les AST ne sont plus mesurés systématiquement en laboratoire au Québec, à moins qu'il y ait une justification écrite sur la requête de tests ou que les niveaux d'ALT soient anormaux. Il a donc été proposé d'ajouter une note au PMN pour justifier le dosage de l'AST.

À l'instar des recommandations provenant des GPC, des informations contextuelles tirées des guides québécois et du savoir expérientiel fourni par le comité consultatif, les monographies des médicaments préconisés dans les différents outils élaborés dans le

cadre du présent projet ont été examinées en ce qui a trait aux tests de laboratoire nécessaires avant la prescription de ces médicaments afin de s'assurer de la complétude du bilan de base suggéré dans le PMN. Ainsi, avant d'initier l'acamprosate, il est recommandé de mesurer la créatinine [APA, 2018; VA/DoD, 2015], l'urée, les électrolytes, la fonction hépatique [NICE, 2019] ainsi que le bêta-HCG [VA/DoD, 2015]. La monographie suggère aussi de mesurer l'activité de la gamma-glutamyl-transpeptidase (GGT) [APhC, 2016]. Ces analyses ont toutes été jugées appropriées par les membres du comité consultatif, à l'exception de la mesure de GGT, qui n'a pas été incluse au PMN pour les raisons citées précédemment.

Les analyses à effectuer avant le début d'un traitement par la naltrexone incluent les électrolytes [NICE, 2019], la fonction hépatique [BCCSU, 2019; APA, 2018; VA/DoD, 2015] ainsi que le bêta-HCG [VA/DoD, 2015]. Le guide de l'APA mentionne de plus qu'un dépistage toxicologique urinaire peut être fait pour confirmer l'absence d'opioïdes avant de commencer le traitement. Toutefois, les membres du comité consultatif n'étaient pas d'accord pour que ce test soit utilisé systématiquement pour les raisons énumérées précédemment.

En ce qui concerne la gabapentine, ni la monographie ni les GPC ne font mention d'analyses de laboratoire à effectuer avant son initiation. Cependant, puisque la dose est choisie selon la fonction rénale, il importe d'évaluer ce paramètre avant le début du traitement.

Les analyses à effectuer avant le début d'un traitement par le topiramate incluent la fonction rénale et le bêta-HCG [VA/DoD, 2015]. La monographie du topiramate recommande aussi de mesurer les taux de bicarbonate au début du traitement [Janssen Inc., 2020]. Les membres du comité consultatif précisent toutefois que ce test n'est pas effectué dans la pratique et suggèrent de ne pas ajouter cette analyse au bilan de base du PMN.

Les éléments suivants ont donc été ajoutés au PMN :

2. ANALYSES DE LABORATOIRE

Bilan initial

Les tests suivants peuvent être demandés 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.

Rédiger la requête appropriée pour demander les analyses indiquées ci-dessous (à l'exception de celles qui ont été réalisées au cours du dernier mois).

! Pour le dosage de l'AST, mentionner les raisons d'une telle demande, à défaut de quoi la requête pourrait être refusée par le laboratoire. Le dosage de l'AST, indépendamment d'une valeur anormale d'ALT, est indiqué pour les personnes avec un TUA avéré ou suspecté. L'analyse du ratio AST/ALT est utile pour le diagnostic d'une atteinte hépatique d'origine alcoolique.

Tableau 1 — Analyses de laboratoire

BILAN DE BASE	AU BESOIN selon les situations cliniques particulières suivantes :	
☐ FSC	☐ β -HCG	Femmes en âge de procréer
☐ RNI	DÉPISTAGE DES ITSS	
☐ Créatinine	Hépatite B :	En présence de facteurs de risque ¹
☐ Électrolytes	☐ HBsAg	
☐ Magnésium	ET	
☐ Albumine	☐ Anti-HBs	
☐ Bilirubine totale	Hépatite C :	
☐ ALT	☐ Anti-VHC, si aucune sérologie positive n'a été documentée	
☐ ! AST	OU	
☐ Phosphatase alcaline	☐ recherche de l'ARN du VHC, si sérologie anti-VHC positive documentée	
☐ Glucose	☐ VIH	
	☐ Syphilis	

Sigles et abréviations : ALT : alanine aminotransférase; Anti-HBs : anticorps produits contre le virus de l'hépatite B; Anti-VHC : anticorps produits contre le virus de l'hépatite C; AST : aspartate aminotransférase; FSC : formule sanguine complète; HBsAg : antigène de surface du virus de l'hépatite B; HCG : hormone chorionique gonadotrophique; RNI : ratio normalisé international; VHC : virus de l'hépatite C; VIH : virus de l'immunodéficience humaine.

¹ Pour plus d'information concernant les facteurs de risque et le dépistage des ITSS, consulter le [Guide québécois de dépistage des ITSS](#) et le tableau des [ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés](#), élaborés par le MSSS, le [GUO ITSS-Syphilis](#) de l'INESSS ou encore les [algorithmes de détection sérologique de la syphilis](#) mis à jour par l'INSPQ.

2.2.5. Suivi

Selon le guide d'exercice du CMQ en lien avec les ordonnances collectives [CMQ, 2017], le professionnel habilité est responsable, entre autres, d'assurer le suivi des résultats des tests qu'il a demandés, le cas échéant, dans les limites de son champ d'exercice ou domaine de compétence. Il doit également s'assurer de pouvoir prendre connaissance du résultat dans les délais jugés appropriés. Le transfert de responsabilités s'effectue lorsque la prise en charge par le médecin est effective. Les protocoles médicaux nationaux élaborés par l'INESSS doivent refléter la bonne pratique clinique indépendamment du professionnel de la santé qui les utilise. Il n'appartient donc pas à l'INESSS de déterminer les pratiques organisationnelles au sein d'un établissement dans le cadre de l'application d'une ordonnance collective par des professionnels habilités. Selon la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il revient en fait à l'établissement de santé de se doter d'une structure sécuritaire de transmission des résultats d'examen ou d'analyse, qui tiendra compte des champs d'exercice des différents professionnels de la santé [AQESSS/ACMDPQ/CMQ, 2012].

À la suite de la réception des résultats, le professionnel doit identifier les personnes dont l'état nécessite un suivi particulier (analyses de laboratoire anormales) ou de routine (analyses de laboratoire normales). Il doit aviser la personne (ou sa famille/représentant légal) si les résultats obtenus indiquent ou non la nécessité d'une évaluation plus approfondie ainsi que prévoir les modalités de la prochaine rencontre de suivi (p. ex. appel téléphonique, rendez-vous avec le prescripteur). Faire participer les personnes à leurs propres soins peut aider à consolider les systèmes de suivi. Une discussion concernant les raisons pour lesquelles un examen a été demandé est donc conseillée, car elle permet à la personne (ou sa famille/représentant légal) de reconnaître son importance sur le plan clinique. Les experts consultés confirment que l'implication de la personne dans ses soins est cruciale et qu'une façon de favoriser cela est de lui transmettre l'information importante sur sa condition et son traitement. Si le professionnel se voit dans l'impossibilité de faire le suivi des résultats, il doit donc prendre les moyens nécessaires afin de s'assurer qu'un collègue pourra procéder au suivi requis après ces analyses. Cependant, puisque ces aspects font partie même du Code de déontologie des médecins (article 32) ainsi que de celui des infirmiers et infirmières (article 44.1), les membres du comité consultatif n'ont pas jugé bon d'ajouter des précisions dans le présent protocole médical national [MTESS, 2020].

Les éléments suivants ont donc été ajoutés au PMN :

3. SUIVI

- ▶ Discuter des raisons pour lesquelles des examens ont été demandés afin de permettre à la personne (ou à un proche) de reconnaître leur importance sur le plan clinique.
- ▶ Assurer la lecture des résultats dès leur réception et identifier les personnes dont l'état nécessite un suivi particulier (résultats anormaux).
- ▶ Aviser la personne si les résultats obtenus indiquent la nécessité d'une évaluation plus approfondie.
- ▶ Prévoir les modalités de la prochaine rencontre de suivi.

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

Cette section regroupe les situations qui nécessitent une attention particulière ou celles qui requièrent une investigation supplémentaire ou une réévaluation dans le contexte de l'application du protocole médical national. Les éléments faisant partie de la procédure d'évaluation de la condition de santé et qui concernent une condition actuelle sont repris dans cette section.

Ainsi, on retrouve tout d'abord les situations qui sont en lien avec la présence d'une condition aiguë associée à un syndrome de sevrage actif et devraient nécessiter une évaluation rapide par un prescripteur autorisé. En effet, les GPC recommandent qu'un traitement pharmacologique soit administré pour des syndromes de sevrage alcoolique modérés ou sévères [ASAM, 2020; BCCSU, 2019; VA/DoD, 2015]. Les membres du comité consultatif confirment que la présence de symptômes de sevrage nécessite une évaluation, entre autres pour déterminer leur sévérité. De même, la présence de signes vitaux anormaux est, toujours selon les membres du comité consultatif, une situation qui nécessite une investigation supplémentaire, en particulier la présence de fièvre chez une personne connue pour un usage de drogues intraveineuses à cause des risques notamment infectieux qui y sont associés. Quant à la présence de convulsions, d'un délirium ou d'un état confusionnel aigu, cela constitue une condition grave et urgente associée à un sevrage d'alcool qui requiert une prise en charge immédiate.

Viennent ensuite les responsabilités standard liées au suivi des résultats de laboratoire décrites précédemment.

Les éléments suivants ont donc été ajoutés au PMN :

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

- ▶ Présence de convulsions, d'un délirium ou d'un état confusionnel aigu;
- ▶ Présence de signes vitaux anormaux, y compris de la fièvre;
- ▶ Présence de signes ou symptômes de sevrage;
- ▶ Présence de résultats d'analyses de laboratoire comportant une valeur critique;
- ▶ Présence de résultats d'analyses de laboratoire anormaux mais non critiques.

2.3. Ordonnance collective

Les GPC retenus ne contiennent pas de renseignements pertinents pour l'élaboration de l'ordonnance collective (OC). Ainsi, l'information incluse dans ce document s'appuie sur les données contextuelles et expérientielles fournies par les membres du comité consultatif.

2.3.1. Contre-indications à l'application de cette ordonnance

Tout d'abord, les contre-indications à l'application du PMN constituent également des contre-indications à l'application de l'ordonnance collective. Par ailleurs, certaines des situations incluses dans la section « Situations qui exigent une attention particulière » du PMN pourraient mener à des modifications au bilan demandé à la suite d'une évaluation médicale. Selon l'avis des membres du comité consultatif, ces situations sont la présence de convulsions, de délirium ou d'un état confusionnel aigu ou de fièvre. En effet, si la personne présente des convulsions, elle doit faire l'objet d'une évaluation médicale d'urgence, tout comme la présence d'un état confusionnel aigu puisqu'il peut s'agir de la complication la plus sévère d'un sevrage d'alcool. Par ailleurs, la présence de fièvre chez une personne avec un TUA est une indication suffisante pour effectuer une hémoculture, qui devra donc être ajoutée au bilan initial proposé dans le PMN. Les membres du comité consultatif proposent donc de les ajouter comme contre-indications à l'application de l'OC pour éviter qu'une infirmière initie un bilan sanguin dans ces situations sans d'abord consulter un prescripteur autorisé.

Les éléments suivants ont donc été ajoutés à l'OC :

CONTRE-INDICATIONS À L'APPLICATION DE CETTE ORDONNANCE

- ▶ Présence dans le dossier médical des résultats de toutes les analyses de laboratoire visées par le bilan de base (tableau 1 du PMN) réalisées au cours du dernier mois, sauf si l'ordonnance est appliquée au service d'urgence.
- ▶ Présence de convulsions, de délirium ou d'un état confusionnel aigu.
- ▶ Présence de fièvre

2.3.2. Limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire

Les limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire découlent directement de la section « Situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire » du PMN. Pour les situations en lien avec une condition aiguë associée à un syndrome de sevrage d'alcool actif ainsi que pour un résultat d'analyse de laboratoire jugé critique, le médecin répondant doit rapidement être contacté ou, au besoin, la personne doit être orientée vers les services médicaux d'urgence. Pour des résultats d'analyses de laboratoire anormaux mais non critiques, les membres du comité consultatif estiment qu'il est raisonnable et habituel que le médecin répondant en soit informé à l'intérieur de 7 jours.

Les éléments suivants ont donc été ajoutés à l'OC :

LIMITES OU SITUATIONS POUR LESQUELLES UNE CONSULTATION AVEC UN PRESCRIPTEUR AUTORISÉ EST OBLIGATOIRE

Appeler rapidement le médecin répondant ou orienter la personne vers les services médicaux d'urgence au besoin :

- ▶ Apparition de convulsions, de délirium ou d'un état confusionnel aigu;
- ▶ Présence de signes vitaux anormaux, incluant de la fièvre;
- ▶ Présence de signes et symptômes de sevrage;
- ▶ Résultat d'analyses jugé critique par le laboratoire.

Aviser le médecin répondant à l'intérieur de 7 jours :

- ▶ Résultats d'analyses de laboratoire anormaux mais non critiques.

DISCUSSION

Principaux constats

Au cours des travaux d'élaboration du PMN avec un modèle d'ordonnance collective sur l'initiation d'un bilan sanguin dans le cadre de l'évaluation d'un trouble lié à l'usage d'alcool, le principal défi rencontré concernait la reconnaissance adéquate de la situation clinique permettant d'initier un bilan sanguin. Outre les personnes avec un TUA diagnostiqué, plusieurs autres cas cliniques associés à un mésusage de l'alcool peuvent bénéficier d'un traitement pharmacologique pour le sevrage de l'alcool. Étant donné qu'un très grand nombre de personnes consomment de l'alcool régulièrement, le mésusage de l'alcool peut être une notion peu précise qui pourrait mener à l'initiation d'un grand nombre de bilans sanguins qui, en fin de compte, s'avèreraient inutiles cliniquement. Dans le but d'éviter cette situation, des balises simples, directement basées sur les recommandations des GPC concernant l'utilité de l'échelle d'évaluation AUDIT, ont été définies afin d'éclaircir la situation dans les cas où aucun diagnostic de TUA n'apparaît au dossier.

La recension des recommandations de bonne pratique clinique a permis d'établir, après validation avec des informations contextuelles et le savoir expérientiel des membres du comité consultatif, une liste de tests de laboratoire qui constituent un bilan de base approprié pour les cliniciens de première ligne. Dans le cadre de l'utilisation de l'ordonnance collective associée, il importait de déterminer les situations qui nécessitent que des analyses additionnelles soient ajoutées au bilan de base proposé, car, dans ces cas, le clinicien devrait être consulté avant l'initiation du bilan sanguin afin d'éviter les prélèvements multiples.

Enfin, de façon générale, il est apparu évident que la présence de convulsions liées au sevrage ou d'un état confusionnel aigu constitue une situation particulière qui nécessite une prise en charge distincte, et cela s'est reflété dans presque toutes les sections du PMN et de l'ordonnance collective. Étant donné les habitudes de consommation de la clientèle visée par ces outils ainsi que les risques qui en découlent, il était important de toujours inclure la recherche de possibles signes et symptômes de sevrage d'alcool dans la démarche clinique afin d'assurer une prise en charge de cette condition dans des délais opportuns et ainsi de diminuer dans la mesure du possible les risques de complications associées au sevrage.

Forces et limites

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

À la suite de la recherche documentaire, 10 guides de pratique clinique avec une qualité méthodologique adéquate selon la grille AGREE II ont été retenus. Ces guides couvraient diverses populations, notamment en ce qui a trait à l'âge des usagers présentant un trouble lié à l'usage ou une consommation nocive d'alcool. D'ailleurs, un

des GPC portait exclusivement sur les personnes âgées de 65 ans ou plus avec un TUA [CCSMPA, 2019], alors qu'un autre concernait les femmes enceintes qui consomment de l'alcool [Thibaut *et al.*, 2019]. Les GPC visaient d'autre part un large éventail de milieux de soins, comme celui de la Michigan Medicine, University of Michigan qui décrivait spécifiquement les recommandations pour la prise en charge du sevrage d'alcool chez les personnes hospitalisées [Czarnik *et al.*, 2020].

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

Certaines limites méritent toutefois d'être soulignées. Tout d'abord, comme les analyses de laboratoire ne servent pas au diagnostic du TUA ou du syndrome de sevrage, mais bien à l'évaluation globale de la condition de santé de la personne et des comorbidités associées à la consommation abusive d'alcool, les GPC contenaient une liste variable de tests plus ou moins exhaustive selon l'objectif et la portée du guide. Les informations contextuelles ont donc prévalu sur celles des GPC afin de bien cerner la pertinence et l'accessibilité de certains tests suggérés dans les recommandations, notamment celui du dépistage de la tuberculose. Le savoir expérientiel a aussi grandement été mis à contribution, surtout en ce qui concerne les situations qui nécessitent une attention particulière de même que les modalités de suivi.

Impact clinique

Le PMN et le modèle d'ordonnance collective font partie des outils qui favorisent l'interdisciplinarité, permettant ainsi d'optimiser la prestation de soins et d'en assurer la qualité. Le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) peuvent ainsi se concentrer sur les activités qu'ils sont les seuls à pouvoir exercer.

Parmi les objectifs spécifiés pour le présent projet, ces outils devraient favoriser une prise en charge plus efficace et standardisée des personnes avec un TUA diagnostiqué ou suspecté, notamment dans les hôpitaux communautaires n'ayant pas d'équipe spécialisée en toxicomanie, les services d'urgence, les GMF et les CRD. En effet, le professionnel habilité peut, en initiant le bilan sanguin en amont de l'évaluation médicale avec le prescripteur, permettre à ce dernier d'avoir toutes les informations cliniques nécessaires pour procéder lors de cette même rencontre au choix d'un traitement approprié et sécuritaire pour le sevrage d'alcool ou la prévention des rechutes. Dans les CRD, par exemple, les analyses de laboratoire pourraient être intégrées à l'évaluation initiale lors de la demande de service. En plus du PMN élaboré pour initier un bilan

sanguin dans le cadre de l'évaluation d'un TUA, d'autres liens et outils sont suggérés pour soutenir le personnel soignant, tels que le GUO concernant le traitement pharmacologique du sevrage d'alcool et de la prévention des rechutes [INESSS, 2021c], le PMN sur l'administration des benzodiazépines ou de la gabapentine prescrites dans le cadre d'une ordonnance individuelle pour le sevrage d'alcool [INESSS, 2021a] et le PMN sur l'initiation d'un traitement pharmacologique pour la prévention des rechutes chez une personne avec un TUA [INESSS, 2021b].

CONCLUSION

La réalisation de ce PMN et du modèle d'ordonnance collective sur l'initiation d'un bilan sanguin dans le cadre de l'évaluation d'un TUA diagnostiqué ou suspecté est fondée sur des informations cliniques et des recommandations de pratique clinique recensées dans la littérature, lesquelles ont été bonifiées par le savoir expérientiel de divers experts et cliniciens québécois ainsi que par des aspects contextuels extraits notamment de normes et guides du Québec. La triangulation des données provenant de ces différentes sources a permis l'élaboration du protocole selon les meilleures pratiques cliniques disponibles.

RÉFÉRENCES

- Alcohol Research UK. The hardest hit: Addressing the crisis in alcohol treatment services. Londres, Angleterre : Alcohol Concern, Alcohol Research UK; 2018. Disponible à : <https://s3.eu-west-2.amazonaws.com/files.alcoholchange.org.uk/documents/The-hardest-hit.pdf>.
- American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder. Washington, DC : American Psychiatric Association Publishing; 2018. Disponible à : <https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9781615371969>.
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). The ASAM clinical practice guideline on alcohol withdrawal management. Rockville, MD : ASAM; 2020. Disponible à : https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/the_asam_clinical_practice_guideline_on_alcohol-1.pdf.
- AQESSS/ACMDPQ/CMQ. Cadre de gestion pour le suivi sécuritaire des résultats d'investigation ou de dépistage. Montréal, Qc : Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS); 2012. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2012-09-01-fr-cadre-gestion-pour-suivi-securitaire-resultats-investigation-ou-depistage.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>.
- British Columbia Centre on Substance Use (BCCSU). Provincial guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder. Vancouver, BC : BCCSU; 2019. Disponible à : <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2021/01/AUD-Guideline.pdf>.
- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ 2010;182(18):E839-42.
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS). Sommaire canadien sur la drogue – Alcool. Ottawa, ON : CCDUS; 2019. Disponible à : https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-10/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Alcohol-2019-fr_0.pdf.
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA). Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées. Markham, ON : CCSMPA; 2019. Disponible à : https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/02/Alcohol_Use_Disorder_FR_WEB.pdf.

- Collège des médecins du Québec (CMQ). Les téléconsultations réalisées par les médecins durant la pandémie de COVID-19. Montréal, Qc : CMQ; 2020. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2020-03-31-fr-les-teleconsultations-realisees-par-les-medecins-durant-la-pandemie-de-covid-19.pdf>.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). Les ordonnances collectives. Montréal, Qc : CMQ; 2017. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2017-05-01-fr-ordonnances-collectives.pdf>.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). Les ordonnances individuelles faites par un médecin. Montréal, Qc : CMQ; 2016. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-10-03-fr-ordonnances-individuelles-faites-par-un-medecin.pdf>.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication. Montréal, Qc : CMQ; 2015. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf>.
- Comité québécois sur la tuberculose. Guide d'intervention – La tuberculose. Québec, Qc : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); 2017. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-271-05W.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/>.
- Department of Veterans Affairs (VA) et Department of Defense (DoD) (VA/DoD). VA/DoD Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. Version 3.0. Washington, DC : VA/DoD; 2015. Disponible à : <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPGRevised22216.pdf>.
- Gouvernement du Canada. Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées (DORS/2000-217). Ottawa, ON : Ministre de la Justice; 2019. Disponible à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/SOR-2000-217.pdf>.
- Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, Chou SP, Jung J, Zhang H, et al. Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. JAMA Psychiatry 2015;72(8):757-66.
- 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; 2021a. 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; 2021b. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications.html>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Sevrage d'alcool et prévention des rechutes – Rapport en soutien au guide d'usage optimal. Québec, Qc : INESSS; 2021c. 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; 2021d. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications.html>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Efficacité et innocuité des traitements pharmacologiques pour le sevrage d'alcool et la prévention des rechutes – Rapport de revues systématiques. Rédigé par Catherine Awad, Valérie Garceau et Caroline Poisson. Québec, Qc : INESSS; 2021e. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications.html>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Usage judicieux de 14 analyses biomédicales. Rapport rédigé par Faiza Boughrassa et Alicia Framarin avec la collaboration du Comité d'experts sur la pertinence-OPTILAB. Québec, Qc : INESSS; 2014. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Webinaires/Juin_2014/INESSS_Rapport-Usage_judicieux_14_analyses_biomedicales.pdf.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Consommation abusive d'alcool [site Web]. Québec, Qc : INSPQ; 2020. Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/santescopes/syntheses/consommation-abusive-d-alcool>.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). La consommation d'alcool et la santé publique au Québec : synthèse. Québec, Qc : INSPQ; 2010. Disponible à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1088_AlcoolEtSantePublique_Synthese.pdf.
- 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.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Guide québécois de dépistage – Infections transmissibles sexuellement et par le sang. Québec, Qc : MSSS; 2019. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-13W.pdf>.

- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS). Code de déontologie des infirmières et infirmiers (RLRQ, c. I-8, r. 9). Québec, Qc : MTESS; 2020. Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cr/I-8,%20r.%209>.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ* 2009;339:b2535.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: Diagnosis, assessment and management of harmful drinking (high-risk drinking) and alcohol dependence. Clinical guideline [CG115]. Londres, Angleterre : NICE; 2019. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: Diagnosis and management of physical complications. Clinical guideline [CG100]. Londres, Angleterre : NICE; 2017. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). Triage à l'urgence : lignes directrices. 2^e éd. Montréal, Qc : OIIQ et CMQ; 2019. Disponible à : <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/2510-triage-urgence-lignes-directrices-web.pdf>.
- Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). Loi 41 – Guide d'exercice : les activités réservées aux pharmaciens. Montréal, Qc : OPQ et CMQ; 2019. Disponible à : https://www.opq.org/wp-content/uploads/2020/03/1954_38_fr-ca_0_guide_exercice_activites_reservees_pharmacien.pdf.
- Psychomédia. Critères diagnostiques du "trouble d'utilisation de l'alcool" (abus et dépendance - DSM-5) [site Web]. 7 janvier 2018. Disponible à : <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2018-01-07/criteres-diagnostiques-trouble-d-utilisation-de-l-alcool>.
- Société Française d'Alcoologie (SFA). Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement – Recommandation de bonne pratique. *Alcoologie et Addictologie* 2015;37(1):5-84.
- Statistique Canada. Consommation abusive d'alcool, 2018. 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.
- Tremblay J, Rouillard P, Sirois M. Dépistage/évaluation du besoin d'aide - Alcool (DÉBA-Alcool) v2.0. Québec, Qc : Service de recherche en dépendance du CIUSSS de la Capitale-Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches; 2016. Disponible à : https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/Infirmier/deba-alcool_v20c_2016-07-26.pdf.

ANNEXE A

Commentaires des lecteurs externes

Tableau A-1 Traitement des commentaires du premier lecteur externe

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
Qualité scientifique du rapport : 9/10	
1. Contenu général:	
1.1. Les informations dans le PMN sont-elles bien présentées et faciles à lire? <i>Oui en général le PMN est clair et bien présenté. Pour ma part, c'est la section « Situation clinique ou clientèle » qui était plus difficile à comprendre. J'ai mieux compris la situation clinique après avoir lu le rapport complet. Je suggère donc sous forme de bulle commentaire directement sur le PMN une reformulation de cette section pour qu'elle corrobore davantage avec l'information décrite dans la section 1. Appréciation de la condition de santé; Avant de procéder au bilan sanguin s'assurer d'avoir... Serait-il plus clair :</i> 1) <i>Personne de 18 ans ou plus avec un TUA diagnostiqué (score AUDIT supérieur à, etc.) chez qui un sevrage d'alcool est indiqué</i> 2) <i>Personne de 18 ans et plus en cours d'évaluation pour un TUA suspecté chez qui un sevrage d'alcool est envisagé (ici on ne parlerait pas encore de score AUDIT puisque ce score serait réalisé pendant la présente consultation)</i> 3) <i>Personne de 18 ans et plus avec un diagnostic de TUA et pour qui l'initiation d'un tx pharmaco de prévention des rechutes est envisagée...</i> 1.2. La méthodologie vous semble-t-elle appropriée pour l'élaboration d'un PMN (voir rapport en soutien)? <i>Oui.</i> 1.3. Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel? <i>OUI, à mon avis ce PMN sera très utilisé en ambulatoire (inf. GMF/UMF). En hôpital étant donné que la plupart du temps les médecins prescrivent les analyses sanguines, il sera intéressant de voir si l'utilisation de ce PMN (par les inf de l'étage par exemple ou pharmacien de secteur) sera fréquente et si le bilan de base plus exhaustif suggéré dans ce PMN (avec Magnésémie, Albumine, etc) changera la pratique.</i> 1.4. Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN et de l'OC sont-ils tous présents (voir rapport en soutien)?	La suggestion ne peut être adoptée en entier parce que l'échelle AUDIT ne permet pas le diagnostic du TUA (celui-ci est plutôt fait selon le DSM-5). Il est d'usage dans les PMN que la section « Appréciation de la condition de santé » serve, entre autres, à confirmer la situation clinique. Néanmoins, la définition de la situation clinique a été simplifiée. Aucune action requise. Aucune action requise.

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<i>Oui.</i> 1.5. Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste? <i>OUI très bien vulgarisé et échelle proposée (AUDIT) fournie en annexe.</i> 1.6. Les références sont-elles d'actualité? <i>Oui.</i> 1.7. Dans le contexte d'une OC appliquée au Québec par des professionnels autorisés, est-ce que les contre-indications à l'application de l'OC par un professionnel, une infirmière praticienne spécialisée ou un médecin sont adéquates? <i>Oui pour la présence des résultats de labo dans le dernier mois. Pour la présence de délirium et Température supérieure à 38,5C, cela fait du sens dans le contexte où ce patient sera transféré dans une unité de soins critiques qui prendra en charge le suivi des labos.</i> 1.8. Dans le contexte d'une OC appliquée au Québec par des professionnels autorisés, est-ce que les limites ou situations exigeant une consultation obligatoire avec une infirmière praticienne spécialisée ou un médecin sont adéquates? <i>Oui.</i>	Aucune action requise. Aucune action requise. Aucune action requise. Aucune action requise. Aucune action requise.
2. Contenu spécifique : Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections du PMN pour lesquelles vous avez une expertise particulière.	
<i>Faudrait-il ajouter à l'aide de l'échelle CIWA-Ar pour la recherche de symptômes de sevrage dans l'Appréciation de la condition de santé?</i> <i>Ajouter « sur une base régulière (p. ex. sous prescription et en vente libre) » après médicaments consommés dans l'Appréciation de la condition de santé</i> <i>Changer le terme « les personnes » par « les patients »</i>	Selon les membres du comité consultatif, la seule présence d'un signe ou symptôme de sevrage mérite une attention particulière ou une investigation supplémentaire. L'ajout a été fait. Dans tous les documents cliniques de l'INESSS, l'utilisation du terme « patient » est évitée en raison de la connotation péjorative qui y est associée.

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<i>Faudrait-il que le terme « médical » apparaisse quelque part dans le titre de la section 4, faisant ainsi référence à l'obligation d'impliquer ou d'aviser le Md? Ex : Situations qui exigent une attention <u>médicale</u> particulière, une réévaluation <u>médicale</u> ou une investigation <u>médicale</u> supplémentaire.</i>	Les titres des sections des PMN ont été approuvés par le CMQ et sont utilisés tels quels dans tous les PMN de l'INESSS. Aucune modification n'a donc été faite à cet égard.
3. Transfert des connaissances: Vos réponses serviront à développer notre stratégie de transfert des connaissances suivant la publication du PMN et de l'OC.	
3.1 Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général, pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN? <i>Cliniciens, professionnels de la santé</i>	Aucune action requise.

Tableau A-2 Traitement des commentaires du deuxième lecteur externe

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
Qualité scientifique du rapport : 10/10	
1. Contenu général :	
1.1. Les informations dans le PMN sont-elles bien présentées et faciles à lire? <i>Oui.</i> 1.2. La méthodologie vous semble-t-elle appropriée pour l'élaboration d'un PMN (voir rapport en soutien)? <i>Oui.</i> 1.3. Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel? <i>Oui avec réserve. Voir les commentaires à la fin sur les éléments organisationnels et les enjeux d'implantation et de maintien.</i> 1.4. Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN et de l'OC sont-ils tous présents (voir rapport en soutien)? <i>Oui.</i> 1.5. Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste? <i>Le document intitulé « Guide et normes » est accessible aux médecins et autres professionnels familiers avec la lecture critique de la littérature médicale. Pour les infirmières non cliniciennes (formation collégiale seulement) et aussi pour les cliniciennes non familières avec l'évaluation des troubles d'usage comme ce peut être le cas en GMF ou en salle d'urgence, le guide devra faire l'objet de sessions de formation. Plusieurs gestionnaires n'ont pas de formation en sciences de la santé et pourraient ne pas voir la pertinence d'implanter le protocole dans leurs services.</i> 1.6. Les références sont-elles d'actualité? <i>Oui.</i> 1.7. Dans le contexte d'une OC appliquée au Québec par des professionnels autorisés, est-ce que les contre-indications à l'application de l'OC par un professionnel, une infirmière praticienne spécialisée ou un médecin sont adéquates? <i>Oui.</i> 1.8. Dans le contexte d'une OC appliquée au Québec par des professionnels autorisés, est-ce que les limites ou situations exigeant une consultation obligatoire avec une infirmière praticienne spécialisée ou un médecin sont adéquates? <i>Oui.</i>	Aucune action requise. Aucune action requise. Voir réponses de l'équipe projet de la section 3. Aucune action requise. Le rapport en soutien est à titre informatif seulement et est rendu disponible pour détailler le raisonnement duquel découlent les directives se retrouvant dans le PMN. Ce rapport n'a pas à faire l'objet de formation. Par ailleurs, l'ajout d'un glossaire au début du rapport pourra rendre celui-ci plus accessible. Aucune action requise. Aucune action requise. Aucune action requise.

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
2. Contenu spécifique : Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections du PMN pour lesquelles vous avez une expertise particulière.	
<i>Au chapitre 1- Appréciation de la condition de santé, j'ajouterais les éléments suivants : à la ligne problèmes de santé mentale, ajouter : « suspicion de troubles cognitifs »; à la ligne précarité ou instabilité résidentielle ajouter : « victimisation, exploitation (en particulier pour les personnes en situation de vulnérabilité : femmes, jeunes de la rue, etc) »; par ailleurs il n'y a rien sur les comportements à risque pour les ITSS et l'état des immunisations.</i> <i>Dans les milieux ayant une équipe spécialisée en toxicomanie comme le CHUM ou l'Hôpital Notre Dame, ce protocole est déjà pratique courante.</i> <i>Si on veut éviter que le protocole ne reste lettre morte, il faut penser à la diffusion et l'implantation dans des hôpitaux communautaires n'ayant pas d'équipe spécialisée en toxicomanie, dans des GMFs. Je crois que ça va demander des moyens assez considérables tant pour l'implantation que pour le maintien dans le temps.</i> <i>En particulier, je verrais bien l'implantation de tels protocoles en salle d'urgence, le temps d'attente avant de voir le médecin étant souvent assez long. Le bilan serait déjà au dossier au moment du contact avec l'urgentologue ce qui faciliterait la prise de décision, la prescription de médication, et possiblement une diminution du temps de séjour à l'urgence. Il faut prévoir de la formation pour ces infirmières qui ne sont pas toutes des cliniciennes et qui ne sont pas spécialisées en toxicomanie. Il y a aussi beaucoup de roulement de personnel ce qui veut dire que les formations doivent être disponibles sur les plateformes comme Moodle et faire partie de l'accueil des nouvelles infirmières.</i> <i>Le protocole devrait aussi être implanté en CRD, ce qui représenterait un changement de culture institutionnelle assez considérable vu la relative déconnection entre les services de réadaptation et les interventions santé qui devraient y être associées. Je vois très bien l'évaluation santé et le bilan labo être intégrés à l'évaluation initiale lors de la demande de service. Ça va demander aux gestionnaires et aux cliniciens.es de revoir les pratiques et de se donner les moyens matériels pour l'implantation. Le suivi des résultats risque aussi de poser un problème en CRD car la couverture médicale y est souvent fort mince. Il y a aussi assez peu de cliniciennes en CRD et les besoins en formation seront importants.</i>	L'ajout de « troubles cognitifs » a été fait. L'ajout de « situation de vulnérabilité » a été fait. Deux puces ont été ajoutées dans la section « <i>Appréciation de la condition de santé</i> » : Avant de procéder au bilan sanguin, s'assurer d'avoir • recherché la présence de facteurs de risque pour les ITSS; • questionné sur la vaccination antérieure; Ces informations seront prises en considération lors de la diffusion et des activités de transfert de connaissances. La discussion du rapport a été bonifiée en y mentionnant la pertinence d'implanter le PMN dans les hôpitaux communautaires n'ayant pas d'équipe spécialisée en toxicomanie, dans les urgences, dans les CRD (mention aussi de la nécessité du changement de culture institutionnelle pour intégrer les analyses de laboratoire à l'évaluation initiale lors de la demande de service) et dans les GMF.
3. Transfert des connaissances : Vos réponses serviront à développer notre stratégie de transfert des connaissances suivant la publication du PMN et de l'OC.	
3.1 Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général, pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN? <i>Les cliniciens et professionnels de la santé offrant des services en clinique spécialisée en toxicomanie, mais aussi en première ligne dans les GMF, en salle d'urgence.</i> <i>Les services de psychiatrie communautaire gagneraient à mieux détecter les troubles d'usage de substances, à implanter le protocole pour faire une première évaluation et à utiliser les corridors de services vers les CRD et les cliniques spécialisées.</i>	Ces informations seront prises en considération lors de la diffusion et des activités de transfert de connaissances. L'implantation de ce PMN ne fait pas partie du mandat du projet, celle-ci relevant du MSSS.

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<i>Plusieurs GMF (ex HMR, CLSC Hochelaga-Maisonneuve, Hôpital de Verdun) comptent dans leurs personnels des cliniciens et médecins experts en toxicomanie et constituent des modèles d'organisation qui devraient inspirer les communautés qui en sont dépourvues.</i> <i>Si les décideurs ne sont pas convaincus de la pertinence d'implanter le protocole dans leur milieu, ce pourrait constituer un obstacle insurmontable. Certains décideurs convaincus pourraient exercer un leadership auprès de leurs pairs. Il y a évidemment des décideurs de différents niveaux allant du terrain au ministère. Elles.ils tiennent les cordons de la bourse et déterminent les priorités.</i> <i>Rien ne s'oppose à ce que le protocole et les documents ne soient rendus disponibles non seulement pour les professionnels mais aussi pour la population en général. Les médias et le public doivent être en mesure de jeter un regard critique sur la performance du réseau de la santé et avoir accès aux documents pour le faire. Les soins aux personnes avec troubles d'usage de substances restent un parent pauvre dans le réseau et il y a encore beaucoup de travail à faire pour tout mettre au niveau et aussi pour soutenir l'innovation.</i>	L'INESSS fait toutefois partie d'un groupe de travail avec ce partenaire pour favoriser l'implantation de l'ensemble des PMN élaborés par l'INESSS. Cette information sera donc transmise à ce groupe de travail De plus, un tutoriel présentant quelques cas cliniques sera publié sur le site web de l'INESSS de concert avec le PMN afin d'aider à clarifier son utilisation.

Tableau A-3 Traitement des commentaires du troisième lecteur externe

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
Qualité scientifique du rapport : aucune note fournie	
1. Contenu général :	
1.1. Les informations dans le PMN sont-elles bien présentées et faciles à lire? <i>Aucune réponse fournie.</i> 1.2. La méthodologie vous semble-t-elle appropriée pour l'élaboration d'un PMN (voir rapport en soutien)? <i>Aucune réponse fournie</i> 1.3. Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel? <i>Aucune réponse fournie</i> 1.4. Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN et de l'OC sont-ils tous présents (voir rapport en soutien)? <i>Aucune réponse fournie ici, mais voir l'élément discuté à la partie Rapport en soutien de la section 2 concernant les questions de recherches pour l'OC.</i> 1.5. Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste? <i>Aucune réponse fournie ici, mais voir les éléments discutés à la partie PMN de la section 2 concernant l'importance d'ajouter des explications à l'intention du professionnel).</i> 1.6. Les références sont-elles d'actualité? <i>Aucune réponse fournie</i> 1.7. Dans le contexte d'une OC appliquée au Québec par des professionnels autorisés, est-ce que les contre-indications à l'application de l'OC par un professionnel, une infirmière praticienne spécialisée ou un médecin sont adéquates? <i>Aucune réponse fournie (voir les éléments discutés à la partie OC de la section 2).</i> 1.8. Dans le contexte d'une OC appliquée au Québec par des professionnels autorisés, est-ce que les limites ou situations exigeant une consultation obligatoire avec une infirmière praticienne spécialisée ou un médecin sont adéquates? <i>Aucune réponse fournie ici, mais voir les éléments discutés à la partie PMN de la section 2 concernant l'importance d'ajouter des explications à l'intention du professionnel.</i>	Voir les éléments discutés à la section 2.

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
2. Contenu spécifique : Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections du PMN pour lesquelles vous avez une expertise particulière.	
PMN	
<u>Situation clinique : (mêmes commentaires s'appliquent pour l'OC)</u> <i>On ne réfère pas au PMN sur le sevrage d'alcool, même en référence simplement?</i> <i>Il manque « ou » dans « Personne de 18 ans ou plus... »</i> <u>Appréciation de la condition de santé :</u> <i>Dans « Avant de procéder au bilan sanguin... », ajouter « et en avoir vérifié la date » pour la puce concernant la prise de connaissance des résultats de laboratoire antérieurs.</i> <i>Dans « Questionner la personne... », ajouter des précisions bonifiant la compréhension du professionnel visé (pour les mêmes raisons que pour les autres commentaires faits à ce sujet dans les autres documents). En ajoutant par exemple entre parenthèses : (situations, antécédents ou conditions médicales d'intérêt pouvant influencer des aspects de la prise en charge subséquente tels que le choix de la médication ou le niveau de soins requis pour le traitement)? Cf rapport en soutien p.24?</i> <i>Dans « Questionner la personne... » écrire « consommation d'autres substances psychoactives » plutôt que « consommation de substances psychoactives », et ajouter : « telles que les benzodiazépines, le GHB et les opioïdes » puisqu'elles sont particulièrement importantes pour les sujets de ces documents?</i> <i>Préciser quelles implications? Ou quelles seraient des adaptations conséquentes? Ou plus simplement, la ou les raisons de l'intérêt de documenter la précarité ou instabilité résidentielle?</i>	La référence n'est pas justifiée. Les 3 PMN ainsi que le GUO se trouveront dans la même section du site web lors de leur publication afin que les professionnels de la santé puissent avoir un aperçu de tous les outils élaborés sur ce sujet et s'y référer facilement. Correction apportée. Ajout effectué Normalement, peu de justifications sont données dans les PMN, celles-ci étant fournies dans le rapport en soutien afin de garder les instructions du PMN concises et rapides à lire. Une parenthèse plus succincte a donc été ajoutée : « Questionner la personne et documenter les informations relatives aux situations ou conditions médicales suivantes (qui influencent la prise en charge subséquente) si elles n'apparaissent pas déjà au dossier ». La correction concernant le remplacement du « de » par « d'autres » ainsi que l'ajout des exemples de substances psychoactives importantes ont été faits. L'utilité générale de documenter a été ajouté dans la phrase d'instruction : « Questionner la personne et documenter les informations relatives aux situations ou conditions médicales suivantes (qui peuvent notamment influencer le choix du traitement, du niveau de services requis ou de la mise en place de soutien

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
	particulier) si elles n'apparaissent pas déjà au dossier ». Davantage d'informations sont mentionnés dans les autres PMN ainsi que dans le GUO.
<u>Bilan initial :</u> <i>C'est un détail, mais on dit plus usuellement « demandés des tests »</i> <i>La note concernant la justification du dosage de l'AST est très importante et il serait intéressant de préciser que l'analyse du ratio AST/ALT est utile pour le diagnostic d'une atteinte hépatique d'origine alcoolique.</i> <i>Le bilan métabolique est mentionné au rapport en soutien mais sans explication sur la raison ainsi que la raison de ne pas le retenir.</i> <i>Préciser si le dépistage fait partie d'emblée du bilan initial?</i> <i>La consommation d'alcool en est un en quelque sorte mais préciser quels peuvent être les autres facteurs de risque pour la syphilis (ou du moins donner quelques exemples). Ou est-ce que le petit 1 indique qu'on réfère simplement au Guide québécois de dépistage des ITSS? Quoiqu'il en soit, si les facteurs de risque ne sont pas précisés ici, préciser de se référer à tel ou tel endroit pour détails (de façon plus claire)?</i> <i>Et l'urée? (à ajouter pour l'évaluation de la fonction rénale +/- indice sur l'état d'hydratation / déshydratation?). L'urée est mentionnée au rapport en soutien au PMN p. 30 ou environ mais je n'ai pas vu pourquoi elle n'était pas retenue si c'est le cas.</i>	Correction apportée. « L'analyse du ratio AST/ALT est utile pour le diagnostic d'une atteinte hépatique d'origine alcoolique. » a été ajouté. Clarification apportée dans le rapport en soutien. Ce n'est pas que le bilan métabolique n'a pas été retenu. Il a été décomposé en tests individuels. La liste rassemblant les tests individuels tirés des différents GPC a été modifiée ou validée par les membres du comité consultatif. Le dépistage des ITSS dépend des facteurs de risque décelés chez la personne, comme indiqué par la référence à la note de bas de page dans le titre de la colonne des tests de dépistage. Le tableau a été réarrangé de façon à clarifier que pour les facteurs de risque de toutes les ITSS, on doit référer au Guide québécois de dépistage. La note en bas de page a été précisée avec la mention des facteurs de risque, et l'hyperlien menant directement vers le Guide québécois de dépistage des ITSS a été placé en premier. Concernant la syphilis, plusieurs ressources sont proposées. En se basant sur leur expérience et leurs discussions avec des biochimistes, les membres du comité consultatif ont jugé que le dosage de l'urée ne devait pas être ajouté aux tests du bilan initial parce que ce résultat est presque toujours anormal chez cette population

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
	sans pour autant corrélér avec une diminution de la fonction rénale, notamment à cause du fait que l'alcool déshydrate. L'explication a été ajoutée au rapport en soutien.
<i>Ajouter « recherche de » avant ARN du VHC.</i> <i>La raison du dosage de glucose pourrait être intéressante à ajouter, du moins au rapport en soutien.</i> <u>Suivi :</u> <i>Dans la puce « Aviser la personne si les résultats obtenus indiquent la nécessité d'une évaluation plus approfondie », ajouter « et prévoir les modalités de la prochaine rencontre de suivi » tel qu'indiqué à la p.32 au rapport en soutien. J'appuie aussi le point ici que l'implication du patient dans ses soins est importante (cf rapport p.32 aussi) et cela est favorisé par le fait de lui transmettre l'information importante sur sa condition, son traitement, etc. Cf mes commentaires à ce sujet entre autres dans les sections de l'information à transmettre des différents documents et à la p.32 du rapport.</i> <u>Situations qui exigent une attention particulière... :</u> <i>Dans « Présence de résultats d'analyses de laboratoire anormaux mais non critiques : faire voir les résultats par le prochain médecin présent, dans les 7 jours suivant leur réception », peut-être remplacer « présent » par « disponible »?</i> <i>Tel que déjà mentionné dans plusieurs autres commentaires, je trouve important de donner un peu plus d'informations sur les raisons de certaines interventions ou précautions afin que les professionnels visés (et parfois les patients) soient plus avisés. J'ajouterais donc une explication sommaire de la ou les raison(s) pour laquelle ou lesquelles ces situations requièrent une intervention particulière. Cela pourrait aussi s'appliquer aux éléments décrits dans la section « Appréciation de la condition de santé » mais plusieurs sont repris ici et à choisir je crois que cette section-ci mérite encore plus ce type de précisions.</i> <i>Dans « Présence de conditions hépatiques ou rénales graves, ou de conditions neurologiques », ajouter entre parenthèses : En raison entre autres de contre-indications à certains médicaments ou de la nécessité d'ajuster la posologie de médicaments? (et peut-être autres choses, je n'ai pas révisé toutes les raisons possibles mais c'est bien décrit aux rapports en soutien). On pourrait aussi distinguer les raisons pour les conditions hépatiques et celles pour les conditions rénales.</i> <i>Ajouter aussi précision sur la ou les raisons concernant les conditions neurologiques? P. ex., « (risque possiblement accru de certaines complications, possibilité d'effets secondaires de type neurologique de certains médicaments, sensibilité possiblement accrue à certains effets de la médication et au sevrage) » Ce n'est pas nécessairement</i>	Ajout effectué. La précision « l'hypoglycémie pouvant accompagner un sevrage de l'alcool du fait d'une augmentation des besoins métaboliques » a été ajoutée dans le rapport. L'ajout de « prévoir les modalités de la prochaine rencontre de suivi » a été effectué sous forme de puce additionnelle. Une autre puce a aussi été ajoutée : « Discuter des raisons pour lesquelles des examens ont été demandés afin de permettre à la personne (ou à un proche) de reconnaître leur importance sur le plan clinique ». Modifié pour médecin répondant dans l'OC (car les conduites à tenir pour les situations décrites ont été transférées dans l'OC). En général, les PMN doivent rester concis et directifs. Ainsi, toutes les raisons derrière les interventions sont expliquées dans le rapport en soutien dont la lecture est d'ailleurs suggérée aux professionnels qui appliquent le PMN. En fait, les éléments de cette section qui nécessitaient une attention particulière parce qu'ils servent à guider la prise en charge prochaine ont été retirés, soient les conditions hépatiques ou rénales sévères, et conditions neurologiques. En revanche, les suggestions apportées ont servi à bonifier le rapport en soutien.

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<i>complet ou formulé de la meilleure façon par contre mais cf précisions aux rapports en soutien où l'information pertinente est probablement mieux formulée.</i> <i>Petit détail, mais je préfère « sévère » à « grave », ce qui est aussi plus utilisé dans le vocabulaire médical.</i> <i>Ajout de convulsions à Présence d'un délirium ou d'un état confusionnel aigu. Préciser « (prise en charge conséquente requise) »).</i> <i>Ajouter précision sur la raison / explication concernant la présence de signes vitaux anormaux, incluant la fièvre : « (investigation plus approfondie de la condition de santé alors requise et prise en charge conséquente requise) » ?</i> <i>Ajouter : « (prise en charge conséquente requise) » à propos de la présence de signes ou symptômes de sevrage.</i>	Le terme « grave » a été remplacé par « sévère ». Les convulsions ont été ajoutées. Aucune précision concernant une prise en charge requise n'a été apportée au PMN, mais une consigne a été ajoutée à l'OC : « Appeler rapidement le médecin répondant ou orienter la personne vers les services médicaux d'urgence au besoin ». Comme les PMN doivent rester concis et que la suggestion reprend en partie le titre de cette section, l'ajout n'a pas été fait. Une consigne a cependant été ajoutée dans l'OC « Appeler rapidement le médecin répondant ou orienter la personne vers les services médicaux d'urgence au besoin ». Dans le rapport en soutien, ce point a été davantage expliqué, en combinant la suggestion d'un autre lecteur externe. Voir la réponse précédente.
OC	
<u>Contre-indications :</u> <i>Préciser tableau 1 « du PMN ».</i> <i>Ajouter convulsions aux contre-indications.</i>	Précision apportée. Ajout effectué.
<u>Limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur est obligatoire :</u> <i>Pourquoi on retire les résultats anormaux mais non critiques et les conditions neurologiques par rapport aux situations particulières du PMN? C'est peut-être en lien avec la différence entre ce que représente l'OC versus le PMN et j'ai partagé certains de mes questionnements à ce sujet dans l'OC sur la prévention des rechutes</i>	Les résultats anormaux mais non critiques ont été ajoutés à cette section de l'OC. Cette section liste seulement les situations qui découlent directement des analyses de laboratoire puisqu'ils sont l'objet du PMN, ainsi que les situations qui nécessitent une prise en charge dans un bref délai, voire de façon urgente, et qui sont susceptibles d'être observées chez la population visée par le PMN.

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<i>Pour ce qui est des enzymes hépatiques, j'aurais tendance à faire une petite modification à la phrase afin de rejoindre la façon dont ce type de situation est représenté dans l'ensemble des documents, comme par exemple : « Condition hépatique ou insuffisance hépatique représentée par un niveau d'enzymes hépatiques plus élevé que 2.5 fois la limite supérieure normale (LSM) », à moins que ça change le sens d'une façon non souhaitable selon vous et que ça ne me frappe pas actuellement.</i> <i>« Insuffisance rénale grave ». Petit détail mais je préfère le terme « sévère » à « grave », qui est plus souvent utilisé dans le vocabulaire médical.</i> <i>« Délirium ou état confusionnel aigu ». Ajout de convulsions.</i>	Les niveaux spécifiques d'enzymes hépatiques (2,5 x LSN) et d'insuffisance rénale (Clcr <30 ml/min) ont été retirés parce qu'ils occultaient l'importance des autres résultats anormaux, comme un test de grossesse positif. Le terme « grave » a été remplacé par « sévère ». L'ajout a été effectué, mais le terme « apparition » a été utilisé plutôt que « présence » pour faire la distinction avec la contre-indication à l'application du PMN.
Rapport en soutien	
<i>Je remarque qu'il n'y a pas de section spécifique à l'ordonnance collective dans les questions de recherche alors qu'il y en avait une dans les documents sur la prévention des rechutes. C'est peut-être simplement normal, mais je le soulève tant qu'à l'avoir remarqué.</i> <i>Très intéressant et type de message que je trouve important : « les résultats d'un bilan sanguin peuvent aider à entamer une conversation avec la personne au sujet du TUA et même la convaincre d'entreprendre un traitement (pharmacologique ou non) pour réduire ou cesser sa consommation d'alcool ».</i> <i>Il est écrit au rapport : « Les membres du comité consultatif confirment que ces éléments seront couverts lors de l'évaluation de la personne par le prescripteur pour déterminer un plan de traitement après réception des résultats des analyses de laboratoire ». Mais pourtant, une médication pour la prévention des rechutes pourrait être prescrite sans passer par le médecin prescripteur (naltrexone, gabapentine) en présence d'un diagnostic de TUA et sans qu'il y ait eu nécessairement un traitement pour le sevrage (qui alors impliquerait une ordonnance individuelle et l'évaluation préalable)?</i> <i>Il est écrit au rapport : « les membres du comité consultatif ne sont pas en accord avec une utilisation systématique du dépistage toxicologique urinaire ». Il est donc important p. ex. de pouvoir confirmer l'absence de consommation d'opioïdes directement avec le patient et donc de s'assurer d'optimiser les chances que l'information soit obtenue et</i>	Une section spécifique pour l'OC a été ajoutée avec les questions suivantes : « 1.1.2. Ordonnance collective 7) Quelles sont les situations ou populations qui constituent des contre-indications à l'application de l'ordonnance collective et pour lesquelles les prescripteurs autorisés devraient assurer l'initiation du bilan et le suivi? 8) Quelles sont les limites ou situations pour lesquelles une consultation avec un prescripteur autorisé est obligatoire? » Aucune action requise. La parenthèse « (ou par une infirmière dans le cadre de l'ordonnance collective No 888027 visant l'initiation d'une pharmacothérapie pour la prévention des rechutes) » a été ajoutée après « prescripteur » : Aucune action requise.

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<i>soit juste, en début tout comme en cours de suivi. Cf commentaires à ce sujet dans le PMN sur la prévention des rechutes et le rapport en soutien.</i>	
<i>Il est écrit au rapport : « les membres du comité sont d'avis qu'il serait important d'être opportuniste et de rappeler que le dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) est important ». Remplacer « être opportuniste » par « de profiter de l'opportunité ».</i>	Correction apportée.
<i>Il manque le mot « pas » dans la phrase « Concernant le test dépistage de la tuberculose, la consommation abusive d'alcool ne figure parmi les indications de dépistage du Guide d'intervention sur la tuberculose ».</i>	Correction apportée.
<i>Il est écrit au rapport : « Les analyses à effectuer avant le début d'un traitement par le topiramate incluent la fonction rénale et le bêta-HCG ». Il me semble effectivement que l'urée fait partie de l'évaluation de la fonction rénale (peut-être élargie) avec la créatinine tout en informant sur l'état d'hydratation. Je l'aurais donc incluse au tableau du bilan, tel qu'indiqué ici et je ne vois pas non plus que le comité consultatif la retirait.</i>	L'urée n'a pas été ajoutée au PMN, mais davantage d'explications ont été fournies dans le rapport en soutien.
<i>Il est écrit au rapport : « La monographie du topiramate recommande aussi de mesurer les taux de bicarbonate au départ du traitement [Janssen Inc., 2020]. Les membres du comité consultatif précisent toutefois que ce test n'est pas effectué dans la pratique, et suggèrent de ne pas ajouter cette analyse au bilan de base du PMN ». Cf commentaires au PMN et au rapport sur la prévention des rechutes, entre autres le tableau avec le risque d'acidose métabolique du topiramate. Concernant la constance à travers les différents documents, je comprends toutefois qu'ici, on parle d'un bilan initial alors que le traitement n'est pas encore déterminé et que par ailleurs le topiramate ne fait pas partie de l'ordonnance collective et doit donc passer par l'évaluation d'un prescripteur autorisé. C'est peut-être autre chose dans le cas d'une initiation prévisible ou attendue du topiramate, à voir entre autres dans le PMN rechutes.</i>	Aucune action requise dans ce PMN (et le rapport en soutien).
<i>Il est écrit au rapport : « Une discussion concernant les raisons pour lesquelles un examen a été demandé est donc conseillée, car elle permet à la personne (ou sa famille/représentant légal) de reconnaître son (leur) importance sur le plan clinique ». C'est un point qui rejoint plusieurs de mes commentaires sur l'importance de donner plus d'informations au patient; cf ceux-ci. De plus, dans le cadre de ces protocoles et OC, il faut aussi donner l'information aux professionnels visés pour qu'elle puisse être transmise aux patients.</i>	Puce ajoutée dans la section Suivi du PMN (voir plus haut).
<i>Il est écrit au rapport : « Enfin, de façon générale, il est apparu évident que la présence de convulsions liées au sevrage ou de delirium tremens constitue des situations particulières qui nécessitent une prise en charge distincte, et cela s'est reflété dans presque toutes les sections du PMN et de l'ordonnance collective ». Entre autres, raison pour laquelle je me demandais si les convulsions devaient être ajoutées à l'item sur le délirium ou état confusionnel aigu dans le PMN et OC bilan sanguin (cf commentaire à ces endroits).</i>	Les convulsions ont été ajoutées dans les contre-indications ainsi que dans les situations nécessitant une attention particulière, et le rapport a été modifié conséquemment.
3. Transfert des connaissances : Vos réponses serviront à développer notre stratégie de transfert des connaissances suite à la publication du PMN et de l'OC.	
3.1 Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général, pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN? <i>Non répondu.</i>	N/A

Tableau A-4 Traitement des commentaires du quatrième lecteur externe

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
Qualité scientifique du rapport : 8/10	
1. Contenu général:	
1.1. Les informations dans le PMN sont-elles bien présentées et faciles à lire? <i>Oui. Les sections sont clairement définies. Les listes et tableaux sont aérés, facilitant la lecture. La présentation sous forme de points permet de cerner facilement les éléments à évaluer.</i> 1.2. La méthodologie vous semble-t-elle appropriée pour l'élaboration d'un PMN (voir rapport en soutien)? <i>Oui. À mon sens, il est essentiel de prendre en compte l'opinion des experts du comité consultatif pour colorer les recommandations des guides de pratique clinique afin d'adapter le PMN à la réalité clinique québécoise.</i> 1.3. Le contenu du PMN est-il applicable dans le contexte québécois actuel? <i>Oui, à condition d'assurer l'accès à un médecin répondant ou une IPS pour la gestion des résultats anormaux, ce qui constitue parfois un défi dans certains milieux cliniques, par exemple les CRD. L'application du PMN ne devrait se faire que si un suivi médical peut être effectué; ce ne serait pas rendre service au patient que de devoir le référer à l'urgence ou en sans rendez-vous pour l'investigation d'un résultat anormal mais non critique.</i> 1.4. Les éléments de réflexion menant au contenu du PMN et de l'OC sont-ils tous présents (voir rapport en soutien)? <i>Oui. La réflexion qui a mené aux différentes sections du PMN et de l'OC est clairement présentée dans le rapport en soutien. Il est intéressant de comprendre quels éléments des guides de pratique clinique ont été retenus, et quels éléments ont été retirés, et les raisons sur lesquelles reposent ces choix.</i> 1.5. Le contenu du PMN est-il accessible pour un lecteur non spécialiste? <i>Oui. Le niveau de langue utilisé est accessible. Il serait par contre intéressant d'inclure un lexique pour les quelques termes un peu plus spécialisés; par exemple, trouble lié à l'usage (qui n'a pas encore remplacé les termes « dépendance » ou « abus » chez l'ensemble des professionnels de la santé) ou delirium tremens.</i> 1.6. Les références sont-elles d'actualité? <i>Oui. Le choix des guides de pratique me semble adéquat; ce sont ceux que j'aurais choisis pour répondre aux questions cliniques posées.</i> 1.7. Dans le contexte d'une OC appliquée au Québec par des professionnels autorisés, est-ce que les contre-indications à l'application de l'OC par un professionnel, une infirmière praticienne spécialisée ou un médecin sont adéquates?	Aucune action requise. Aucune action requise. 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. Aucune action requise. Un glossaire a été ajouté au rapport en soutien. Aucune action requise.

COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<i>Oui. Les contre-indications me semblent permettre d'appliquer l'OC de façon sécuritaire.</i> 1.8. Dans le contexte d'une OC appliquée au Québec par des professionnels autorisés, est-ce que les limites ou situations exigeant une consultation obligatoire avec une infirmière praticienne spécialisée ou un médecin sont adéquates? <i>Oui. Cependant, bien qu'il soit pertinent d'avoir précisé les définitions d'insuffisance rénale et hépatique, je reprendrais l'énoncé général sur la présence de résultats anormaux mais non critiques compris à la section 4 du PMN, étant donné que des anomalies aux autres analyses demandées (par exemple, FSC, électrolytes ou BhCG) doivent aussi être vues en temps opportun par le médecin ou l'IPS.</i>	Aucune action requise. L'énoncé du PMN concernant les résultats anormaux non critiques a été repris dans l'ordonnance collective, et les puces sur les définitions d'insuffisance hépatique et rénale ont été retirées.
2. Contenu spécifique : Vous êtes invité à commenter plus en détail les sections du PMN pour lesquelles vous avez une expertise particulière.	
<i>(Ma numérotation se base sur les sections du rapport en soutien.)</i> 2.2.1 Définition de la situation clinique <i>Il est essentiel que l'initiation d'un bilan sanguin puisse se faire sans diagnostic de TUA au dossier. L'échelle AUDIT me semble être une échelle adéquate pour discriminer les patients présentant une consommation problématique d'alcool, qui pourraient bénéficier d'un traitement de prévention des rechutes, et chez qui il serait ainsi pertinent d'appliquer le PMN. Cependant, je me questionne sur la possibilité de duplication des outils cliniques utilisés lors de l'évaluation des patients, surtout pour les infirmières travaillant en CRD. Je sais que certaines échelles (par exemple, l'Indice de gravité d'une toxicomanie [IGT] ou l'échelle Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide-Alcool [DÉBA-Alcool]) sont couramment utilisées en CRD pour évaluer la gravité des problèmes de consommation et orienter les besoins de traitement. La passation de ces échelles est souvent assez longue, et je crains que la nécessité d'y rajouter le questionnaire AUDIT pour permettre l'initiation du protocole alourdirait de façon importante l'évaluation des patients présentant des problèmes de consommation. Peut-être serait-il possible de rajouter, à la fin de la définition de la première situation clinique, la mention « ou une consommation d'alcool problématique nécessitant un traitement selon une autre échelle validée (eg. IGT, DÉBA-Alcool, etc.) », ou une formulation équivalente. Ces changements devraient également se refléter dans la section Appréciation de la condition de santé.</i> 2.2.4 Analyses de laboratoire <i>Petite coquille dans le tableau des analyses : l'analyse demandée pour évaluer l'immunité à l'hépatite B est l'anti-HBs, et non l'anti-HBsAg.</i> 2.2.6 Situations qui exigent une attention particulière, une réévaluation ou une investigation supplémentaire <i>Je pense qu'il serait important de clarifier la conduite à tenir pour les quatre dernières situations cliniques énoncées. Bien que la présence de conditions hépatiques ou rénales graves ou de conditions neurologiques doive être portée à l'attention du prescripteur dans un souci de priorisation de la prise en charge du TUA, il n'est pas nécessaire de le faire dans les heures qui suivent l'évaluation. À l'inverse, la présence d'un délirium, de signes</i>	Les échelles proposées ne sont pas mentionnées dans les GPC. Selon les membres du comité consultatif, il n'est pas réaliste de penser que l'IGT puisse être administré dans ce contexte, notamment parce que cet outil évalue la toxicomanie pour plusieurs substances. En revanche, la mention de l'échelle DÉBA-Alcool a été ajoutée parmi les outils suggérés dans le GUO qui accompagne le PMN. Étant donné que l'échelle AUDIT est, selon les membres du comité consultatif, rapide et simple d'utilisation, ceux-ci ont préféré ne pas modifier la définition de la situation clinique en soi, mais une note de bas de page a été ajoutée pour permettre l'utilisation de l'échelle DÉBA-Alcool ainsi que le score permettant de suspecter un TUA. Anti-HBsAg a été corrigé pour Anti-HBs. Les conduites à tenir pour les différentes situations décrites ont plutôt été spécifiées dans l'OC. Dans le PMN, l'ordre des puces a été réarrangé afin de regrouper les situations qui nécessitent une action urgente et celles qui sont non urgentes.

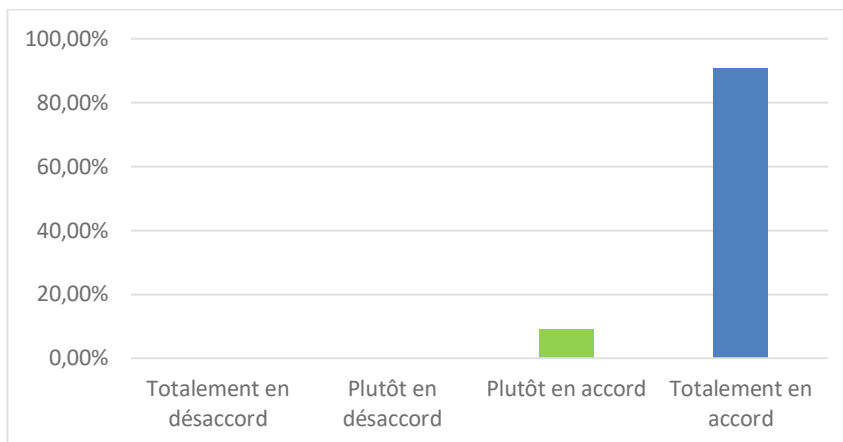
COMMENTAIRES DU LECTEUR EXTERNE	RÉPONSES DE L'ÉQUIPE DE PROJET
<i>vitaux anormaux, ou encore de signes ou symptômes de sevrage sont des urgences médicales, qui doivent être signalées au prescripteur le jour-même, ou encore orientées vers les services médicaux d'urgence sans délai.</i>	
3. Transfert des connaissances: Vos réponses serviront à développer notre stratégie de transfert des connaissances suite à la publication du PMN et de l'OC.	
3.1 Quels groupes spécifiques, parmi les cliniciens, professionnels de la santé, décideurs, ou la population en général, pourraient bénéficier des informations contenues dans ce PMN? <i>Le PMN s'adresse avant tout aux infirmières. Cependant, les médecins et IPS pourraient également tirer profit des informations concernant l'appréciation de la condition de santé et des analyses de laboratoire dans l'évaluation initiale de patients souffrant d'un TUA.</i>	Aucune action requise.

ANNEXE B

Résultats du sondage auprès des futurs utilisateurs du PMN et de l'ordonnance collective

Q1 : Le contenu du PMN pour l'initiation d'un bilan sanguin dans le cadre de l'évaluation d'un trouble lié à l'usage d'alcool diagnostiqué ou suspecté est pertinent à ma pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain)

Répondu : 11 Passé : 0

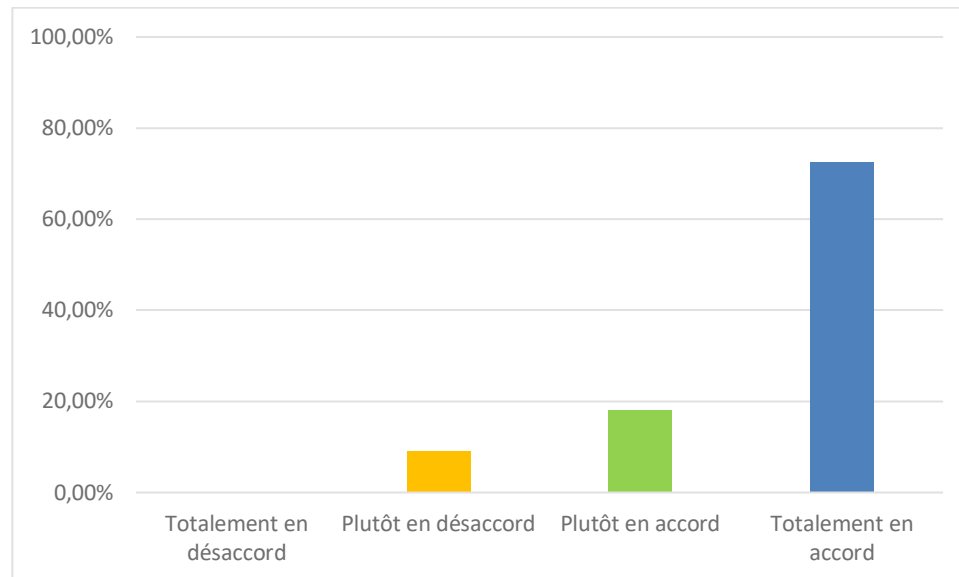


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Totalement en désaccord	0,00 %	0
Plutôt en désaccord	0,00 %	0
Plutôt en accord	9,09 %	1
Totalement en accord	90,91 %	10
TOTAL		11

#	COMMENTAIRES
1	Les pratiques devront être harmonisées. Nous n'utilisons pas la grille AUDIT par exemple.
2	Où se trouve l'interprétation de l'échelle AUDIT, en annexe au protocole?
3	Il faudrait s'assurer de ne pas retarder le traitement médical

Q2 : Le PMN présente les informations de façon claire et facile à comprendre

Répondu : 11 Passé : 0



CHOIX DE RÉPONSES

RÉPONSES

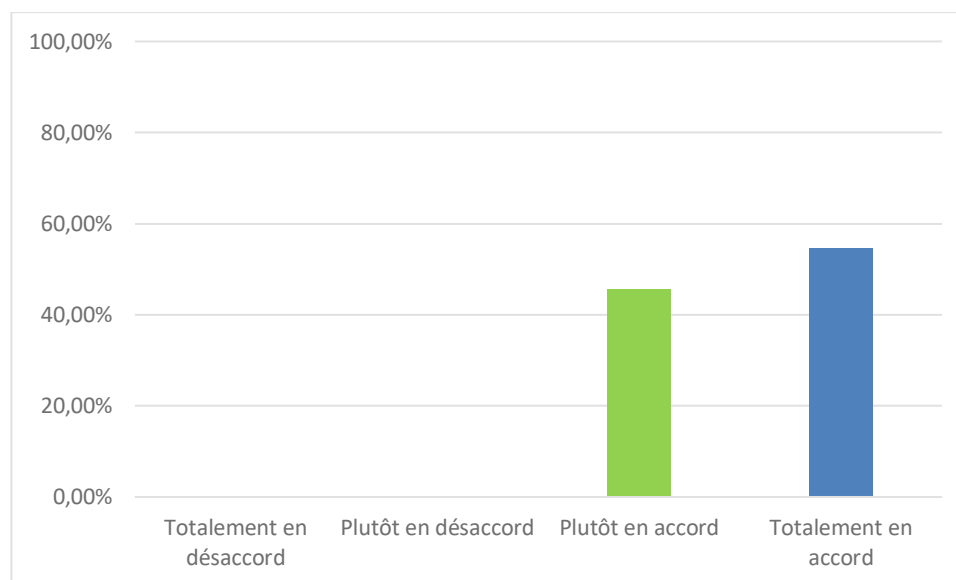
Totalelement en désaccord	0,00 %	0
Plutôt en désaccord	9,09 %	1
Plutôt en accord	18,18 %	2
Totalelement en accord	72,73 %	8
TOTAL		11

COMMENTAIRES

1 J'aimerais avoir les critères d'inclusion et d'exclusion pour l'ambu et l'interne

Q3 : La description de la situation clinique du PMN est claire, appropriée à la réalité du terrain et permet facilement au professionnel de déterminer l'applicabilité du protocole à la personne qui consulte

Répondu : 11 Passé : 0



CHOIX DE RÉPONSES

RÉPONSES

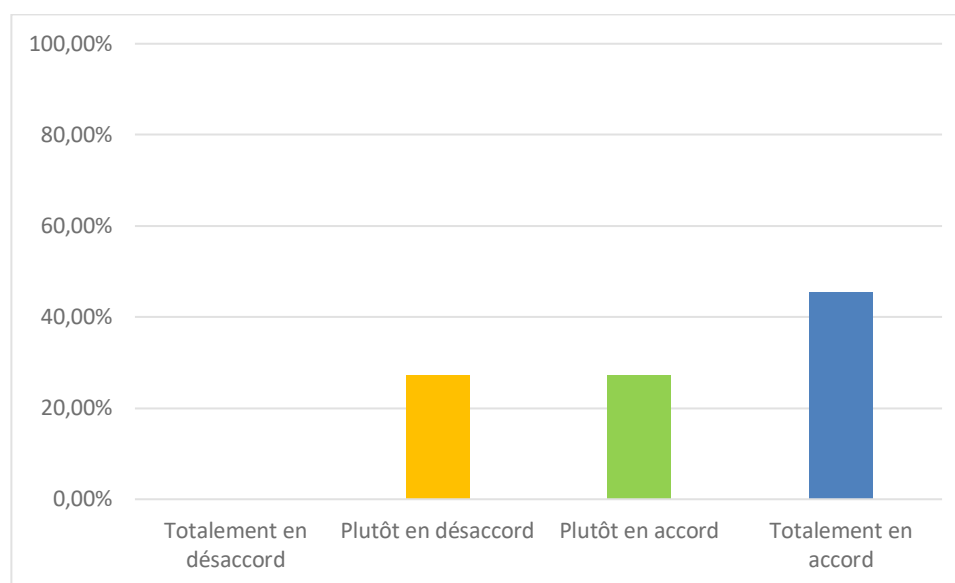
Totalement en désaccord	0,00 %	0
Plutôt en désaccord	0,00 %	0
Plutôt en accord	45,45 %	5
Totalement en accord	54,55 %	6
TOTAL		11

COMMENTAIRES

1 Deuxième paragraphe : Personne de 18 ans "ou" plus.

Q4 : L'application des directives contenues dans le PMN dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière

Répondu : 11 Passé : 0



CHOIX DE RÉPONSES

RÉPONSES

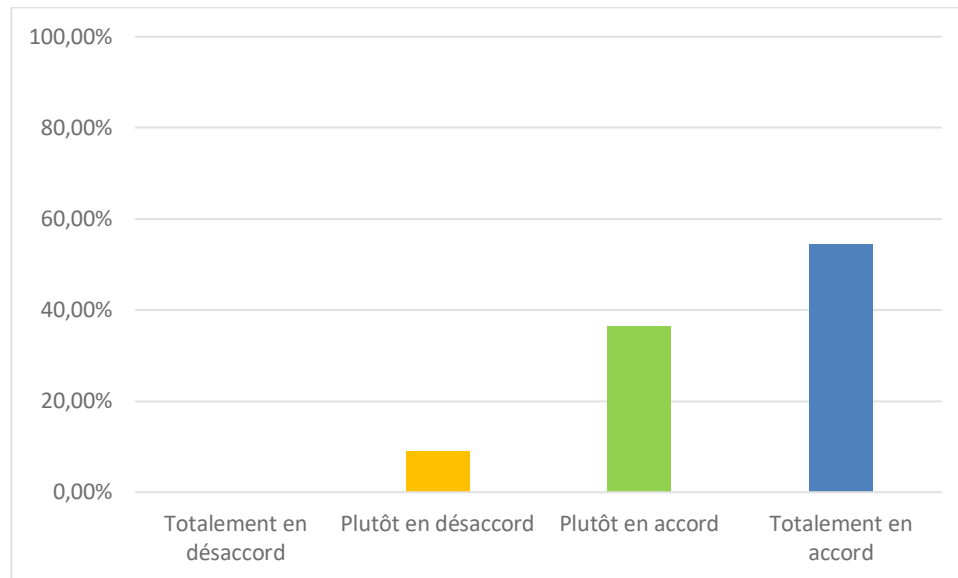
Totalement en désaccord	0,00 %	0
Plutôt en désaccord	27,27 %	3
Plutôt en accord	27,27 %	3
Totalement en accord	45,45 %	5
TOTAL		11

COMMENTAIRES

- Ma clientèle est itinérante et a des troubles de santé mentale. VHC fréquente (cirrhose, insuffisance hépatique...) Polytoxicomanie Travail du sexe et contraception sous optimale Médication psychiatrique lourde Maladies chroniques fréquentes Inconfort r/a situation itinérance (froid, humidité, fatigue physique et mentale, difficulté d'accès à une toilette/douche...) Absence de réseau de soutien Pas de téléphone pour appeler les secours PRN Présence variable aux rdv
- Milieu carcéral sans médecin sur place mais nous référons à l'urgence
- Il y a souvent des difficultés à faire transiter de nouvelles procédures jusqu'à notre CRD (Laurentides), j'ai des craintes sur les délais qui s'imposeraient, surtout en contexte pandémique, pour pouvoir les utiliser. Votre assistance dans l'harmonisation des pratiques serait utile.

Q5 : Dans le PMN, les situations exigeant une attention particulière, une investigation supplémentaire ou une réévaluation sont justes et pertinentes

Répondu : 11 Passé : 0



CHOIX DE RÉPONSES

RÉPONSES

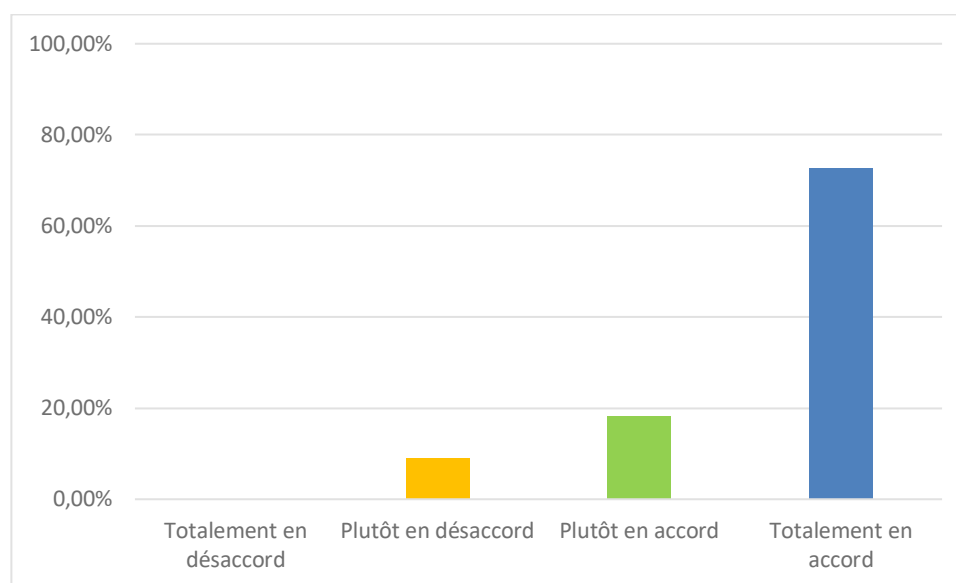
Totalement en désaccord	0,00 %	0
Plutôt en désaccord	9,09 %	1
Plutôt en accord	36,36 %	4
Totalement en accord	54,55 %	6
TOTAL		11

COMMENTAIRES

1 Trop exigeant pour ma réalité.

Q6 : Le contenu du modèle d'ordonnance collective (OC) est pertinent à ma pratique ou à celle de mes collègues (adapté à la réalité et aux besoins du terrain)

Répondu : 11 Passé : 0



CHOIX DE RÉPONSES

RÉPONSES

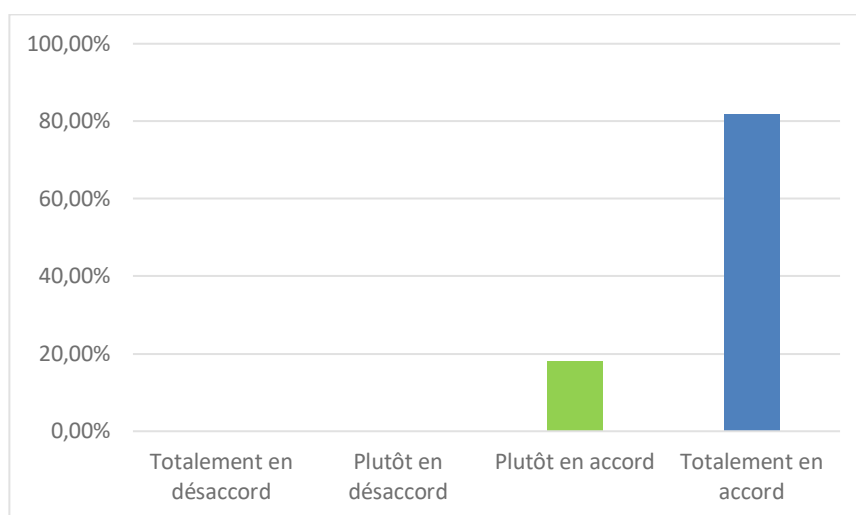
Totalement en désaccord	0,00 %	0
Plutôt en désaccord	9,09 %	1
Plutôt en accord	18,18 %	2
Totalement en accord	72,73 %	8
TOTAL		11

COMMENTAIRES

- 1 Évalué ailleurs que dans notre milieu
- 2 Le processus interne pour faire accepter les ordonnances collectives sont très longue et font appelle à plusieurs instance. Comment pouvons-nous accélérer le processus?

Q7 : Le modèle d'OC présente les informations de façon claire et facile à comprendre

Répondu : 11 Passé : 0

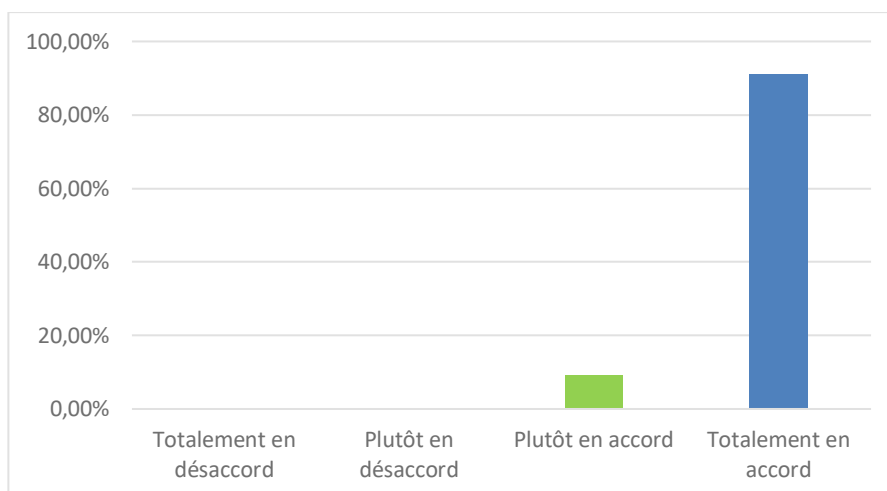


CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Totalement en désaccord	0,00 %	0
Plutôt en désaccord	0,00 %	0
Plutôt en accord	18,18 %	2
Totalement en accord	81,82 %	9
TOTAL		11

#	COMMENTAIRES
	<i>Aucun commentaire</i>

Q8 : Dans le modèle d'OC, les limites ou situations pour lesquelles une consultation avec le prescripteur autorisé qui suit la personne est obligatoire sont claires pour moi

Répondu : 11 Passé : 0



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Totalelement en désaccord	0,00 %	0
Plutôt en désaccord	0,00 %	0
Plutôt en accord	9,09 %	1
Totalelement en accord	90,91 %	10
TOTAL		11

#	COMMENTAIRES
	<i>Aucun commentaire</i>

Q9 : Avez-vous des commentaires supplémentaires sur la qualité, la clarté et la convivialité du PMN et du modèle d'OC pour l'initiation d'un bilan sanguin dans le cadre de l'évaluation d'un trouble lié à l'usage d'alcool diagnostiqué ou suspecté?

Répondu : 7 Passé : 4

#	COMMENTAIRES
1	Il y a bcp de questions.
2	non
3	Dans le bilan devrait-on ajouter dans le DÉPISTAGE DES ITSS : Hépatite A : anti-VHA total Et dans AU BESOIN : gonorrhée chlamydia (gorge/urine/anus)
4	Bravo pour votre travail
5	Non, il est facile à utiliser et clair.
6	L'information est claire.
7	Non
8	Dans la section situation clinique ou clientèle, pourquoi ne pas inclure le PAWSS parmi les outils proposés?
9	Puisque le protocole s'applique aux plus de 18 ans. Serait-il pertinent de ne pas seulement proposer l'AUDIT pour le dépistage du TUA mais peut-être considérer également un outil adapté pour les aînés comme le SMAST-G?

Tableau B-1 Traitement des commentaires des futurs utilisateurs potentiels du protocole médical national et du modèle d'ordonnance collective

Question du sondage	Commentaires reçus	Réponses de l'INESSS
Q1 - Le contenu du PMN pour l'initiation d'un bilan sanguin dans le cadre de l'évaluation d'un trouble lié à l'usage d'alcool diagnostiqué ou suspecté est pertinent à ma pratique (adapté à la réalité et aux besoins du terrain)	Les pratiques devront être harmonisées. Nous n'utilisons pas la grille AUDIT par exemple.	L'échelle AUDIT est rapide et facile d'utilisation, et les membres du comité consultatif ne croient pas que cela causera problème pour l'application du PMN. Néanmoins, la possibilité d'utiliser l'outil DÉBA-Alcool dans les milieux où il est déjà implanté a été ajoutée.
	Où se trouve l'interprétation de l'échelle AUDIT, en annexe au protocole?	L'interprétation de l'échelle AUDIT n'est pas fournie parce que le but ici n'est pas de caractériser le mésusage d'alcool de la personne, mais uniquement de s'assurer que le mésusage justifie qu'elle bénéficie d'un bilan sanguin. Le score de 8 a été choisi par les experts du comité consultatif parce qu'il correspond au seuil d'une consommation nocive d'alcool selon l'interprétation de l'échelle de l'OMS.
	Il faudrait s'assurer de ne pas retarder le traitement médical	Cette information a été incluse dans le GUO qui accompagne le PMN.
Q2 - Le PMN présente les informations de façon claire et facile à comprendre	J'aimerais avoir les critères d'inclusion et d'exclusion pour l'ambu et l'interne	Une précision a été ajoutée concernant l'application du PMN dans les services d'urgence. Il faut faire attention, car d'importantes différences existent au niveau de la prise en charge entre, par exemple, un CRD et un service d'urgence en milieu hospitalier.
Q3 - La description de la situation clinique du PMN est claire, appropriée à la réalité du terrain et permet facilement au professionnel de déterminer l'applicabilité du protocole à la personne qui consulte	Deuxième paragraphe : Personne de 18 ans "ou" plus.	Cette formulation est celle retenue lors de la révision linguistique (par opposition à 18 ans « et plus »). Aucune modification n'a donc été apportée.

Question du sondage	Commentaires reçus	Réponses de l'INESSS
Q4 - L'application des directives contenues dans le PMN dans mon milieu de pratique ne devrait pas poser de difficulté particulière	Ma clientèle est itinérante et a des troubles de santé mentale. VHC fréquente (cirrhose, insuffisance hépatique...) Polytoxicomanie Travail du sexe et contraception sous optimale Médication psychiatrique lourde Maladies chroniques fréquentes Inconfort r/a situation itinérance (froid, humidité, fatigue physique et mentale, difficulté d'accès à une toilette/douche...) Absence de réseau de soutien Pas de téléphone pour appeler les secours PRN Présence variable aux rdv	Le PMN vise également à répondre aux besoins de la clientèle plus vulnérable. En permettant à l'infirmière d'initier un bilan sanguin dès la première rencontre, cela devrait limiter le nombre de visites requises pour l'initiation du traitement en optimisant chaque rencontre avec les intervenants. Malheureusement, certains aspects comme la présence variable aux rendez-vous ne peuvent être adressés dans un document comme un PMN car ils relèvent davantage du cas par cas.
	Milieu carcéral sans médecin sur place mais nous référons à l'urgence	Aucune modification apportée.
	Il y a souvent des difficultés à faire transiter de nouvelles procédures jusqu'à notre CRD (Laurentides), j'ai des craintes sur les délais qui s'imposeraient, surtout en contexte pandémique, pour pouvoir les utiliser. Votre assistance dans l'harmonisation des pratiques serait utile.	L'INESSS fait partie d'un groupe de travail avec le MSSS pour favoriser l'implantation de l'ensemble des PMN élaborés par l'INESSS. Cette information sera donc transmise à ce groupe de travail.
Q5 - Dans le PMN, les situations exigeant une attention particulière, une investigation supplémentaire ou une réévaluation sont justes et pertinente	Trop exigeant pour ma réalité.	Le contenu de la section « Situations qui exigent une attention particulière » a été épurée et ne contient maintenant que le suivi des résultats d'analyses de laboratoire (qui est obligatoire pour tous les professionnels).
Q6 - Le contenu du modèle d'ordonnance collective (OC) est pertinent à ma pratique ou à celle de mes collègues (adapté à la réalité et aux besoins du terrain)	Évalué ailleurs que dans notre milieu	Aucune modification requise.
	Le processus interne pour faire accepter les ordonnances collectives sont très longue et font appelle à plusieurs instances. Comment pouvons-nous accélérer le processus?	L'INESSS fait partie d'un groupe de travail avec le MSSS pour favoriser l'implantation de l'ensemble des PMN élaborés par l'INESSS. Cette information sera donc transmise à ce groupe de travail.

Question du sondage	Commentaires reçus	Réponses de l'INESSS
Q7 - Le modèle d'OC présente les informations de façon claire et facile à comprendre		Aucune action requise
Q8 - Dans le modèle d'OC, les limites ou situations pour lesquelles une consultation avec le prescripteur autorisé qui suit la personne est obligatoire sont claires pour moi		Aucune action requise
Q9 - Avez-vous des commentaires supplémentaires sur la qualité, la clarté et la convivialité du PMN et du modèle d'OC pour l'initiation d'un bilan sanguin dans le cadre de l'évaluation d'un trouble lié à l'usage d'alcool diagnostiqué ou suspecté?	Il y a bcp de questions.	Ces questions ne sont pas obligatoires avant de procéder au prélèvement pour les analyses de laboratoire. Elles sont présentées dans le PMN parce qu'il s'agit d'une façon d'optimiser les soins et les contacts avec la personne.
	Non	Aucune action requise
	Dans le bilan devrait-on ajouter dans le DÉPISTAGE DES ITSS : Hépatite A : anti-VHA total Et dans AU BESOIN : gonorrhée chlamydia (gorge/urine/anus)	Ces analyses ne figuraient pas parmi les recommandations des GPC retenus, et les membres du comité consultatif n'ont pas jugé bon les ajouter dans le contexte qui nous intéresse. Cependant, la note de bas de page dans le PMN qui réfère au <i>Guide québécois de dépistage des ITSS</i> permet de considérer les divers tests de dépistage en relation avec les facteurs de risque rencontrés.
	Bravo pour votre travail	Aucune action requise.
	Non, il est facile à utiliser et clair.	Aucune action requise.
	L'informations est claire.	Aucune action requise.
	Non	Aucune action requise.

Question du sondage	Commentaires reçus	Réponses de l'INESSS
Autres commentaires	Dans la section situation clinique ou clientèle, pourquoi ne pas inclure le PAWSS parmi les outils proposés?	L'échelle PAWSS mesure le risque de complications associées au sevrage, mais pas l'étendue d'un mésusage de l'alcool.
	Puisque le protocole s'applique aux plus de 18 ans. Serait-il pertinent de ne pas seulement proposer l'AUDIT pour le dépistage du TUA mais peut-être considérer également un outil adapté pour les aînés comme le SMAST-G?	L'échelle AUDIT est rapide et facile d'utilisation, et les membres du comité consultatif ne croient pas que cela causera problème pour l'application du PMN. Néanmoins, la possibilité d'utiliser l'outil DÉBA-Alcool dans les milieux où il est déjà implanté a été ajoutée.
Avez-vous des commentaires supplémentaires ou des suggestions sur la manière de faciliter l'adoption et l'utilisation de ces trois PMN?	Aucun.	Aucune action requise.
	J'ai très hâte de pouvoir les utiliser.	Aucune action requise
	J'ajouterais de demander à la famille/personne proche si situation où l'usager ne peut pas répondre de lui-même à cause de la confusion	Dans la section des informations à transmettre des PMN sur le sevrage et la prévention des rechutes, il est mentionné de discuter des éléments avec la personne et, si approprié, son proche aidant ou soignant.
	Votre assistance auprès des directions de soins infirmiers (DSI) afin de faciliter l'harmonisation des pratiques.	La DNSSI chapeaute l'implantation des PMN pour faciliter l'harmonisation des pratiques.
	Non	Aucune action requise.
	-Formation sur l'ENA -Document d'accompagnement pour l'implantation - Faire descendre les OC conjointement avec l'OIIQ - Faire reconnaître l'expertise des infirmières cliniciennes en dépendance car très peu de médecins et intérêts limités des médecins (médecin une demi-journée semaine versus une infirmière à temps complet)	L'INESSS fait partie d'un groupe de travail avec le MSSS pour favoriser l'implantation de l'ensemble des PMN élaborés par l'INESSS. Cette information sera donc transmise à ce groupe de travail.
	Non	Aucune action requise.

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

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

Québec 

Siège social

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

Bureau de Montréal

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

inesss.qc.ca

