



THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Approche pratique des troubles liés à l'usage de substances à l'intention des médecins de famille

Groupe d'intérêt des membres en médecine des toxicomanies
Le Collège des médecins de famille du Canada

Mai 2021



© 2021 Le Collège des médecins de famille du Canada

Tous droits réservés. Ce document peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec mention conformément aux renseignements ci-après. Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).

Pour citer ce document : Collège des médecins de famille du Canada. *Approche pratique des troubles liés à l'usage de substances à l'intention des médecins de famille*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2021.

Auteurs

Melissa Holowaty, PhD, MD, MS, CCMF (MT), CISAM

Chargée de cours, Université d'Ottawa, Département de médecine de famille

Professeure agrégée adjointe, Université Queen's, Département de médecine de famille

Présidente, Groupe d'intérêt des membres en médecine des toxicomanies, CMFC

Divulgence d'intérêts financiers (deux dernières années) : Allergan, Knight Therapeutics

David Martell, MD, CCMF (MT), FCMF, CISAM, CCSAM

Professeur adjoint, Université Dalhousie, Département de médecine de famille

Vice-président, Groupe d'intérêt des membres en médecine des toxicomanies, CMFC

Divulgence d'intérêts financiers (deux dernières années) : aucuns

Erin Knight, M.D., CCMF (MT), CISAM

Professeur adjoint, Université du Manitoba, départements de psychiatrie et de médecine de famille

Vice-président associé, Groupe d'intérêt des membres en médecine des toxicomanies, CMFC

Divulgence d'intérêts financiers (deux dernières années) : aucuns

Réviseurs

Rebecca Coish, MD, CCMF

Monty Ghosh, MD, FRCPC

Lydia Hatcher, MD, CCMF, FCMF

Tally Mogus, MD, CCMF (MT)

Déclaration

Cette ressource a été produite par les membres du Groupe d'intérêt des membres en médecine des toxicomanies du CMFC pour aider les médecins de famille à dispenser des soins aux patients qui font un usage problématique de substances. Il est entendu, cependant, que les soins dispensés doivent être individualisés en fonction des caractéristiques du patient et guidés par la norme de pratique dans le territoire de pratique.

Table des matières

Introduction	2
Objet.....	2
Contexte.....	2
Dépistage et intervention brève.....	3
Nicotine	5
Dépistage de l'usage problématique.....	5
Pharmacothérapie.....	5
Traitements non pharmacologiques.....	8
Ressources pour les patients.....	8
Ressources pour les fournisseurs de soins.....	8
Alcool	9
Dépistage de l'usage problématique.....	9
Pharmacothérapie.....	10
Traitements non pharmacologiques.....	11
Prise en charge du syndrome de sevrage.....	11
Ressources pour le patient.....	12
Ressources pour les fournisseurs de soins.....	12
Opioides	13
Dépistage de l'usage problématique.....	13
Recommandations pour prendre en charge le TCO chez les patients sous thérapie aux opioïdes prolongée.....	13
Pharmacothérapie.....	14
Traitement non pharmacologique.....	17
Ressources pour le patient.....	17
Ressources pour les fournisseurs de soins.....	18
Références	19



Introduction

Objet

Ce document libre est un outil de référence rapide qui aide les médecins de famille à toutes les étapes de leur carrière à reconnaître et à traiter les troubles les plus courants liés à l'usage de substances qui ont également les effets les plus considérables sur la santé de la population, soit la nicotine, l'alcool et les opioïdes¹.

Contexte

L'American Society of Addiction Medicine définit la toxicomanie comme « une maladie chronique et traitable où les circuits cérébraux, l'hérédité, l'environnement et les expériences de la vie d'une personne interagissent de façon complexe. Les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie consomment des substances ou adoptent des comportements qui deviennent compulsifs et se poursuivent souvent malgré des conséquences néfastes. Les efforts de prévention et les approches thérapeutiques des toxicomanies réussissent en général aussi bien que ceux des autres maladies chroniques² ». Malgré cela, les troubles liés à l'usage de substances demeurent une cause majeure de décès et d'invalidité au Canada et partout au monde.

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition (DSM-5)* définit les troubles liés à l'usage de substances sur un continuum allant de légèrement à gravement problématiques. Les 11 critères sont les mêmes pour toutes les substances. La présence de deux ou trois de ces critères indique un trouble léger, alors que quatre ou cinq critères indiquent un trouble modéré, et six ou plus, un trouble grave. La gravité du trouble est ce qui éclaire l'approche thérapeutique³.

Voici un exemple des critères diagnostiques du trouble de l'usage de l'alcool dans le DSM-5.

Mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :

1. L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.

2. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, à utiliser de l'alcool ou à récupérer de ses effets.
4. Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.
5. Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Consommation continue d'alcool malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
7. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
8. Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (comme durant la nage ou la conduite automobile).
9. L'usage de l'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - a) Besoin de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b) Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité d'alcool.
11. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - a) Syndrome de sevrage caractéristique de l'alcool
 - b) L'alcool (ou une substance très proche, telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Reproduit avec la permission du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition (Copyright ©2013). American Psychiatric Association. Tous droits réservés.

Exemples de questions pour dépister la tolérance et le sevrage :

- Devez-vous boire ou consommer plus que vous le faisiez pour obtenir l'effet que vous recherchez ? Ou trouvez-vous que le nombre habituel de verres/joints/doses que vous consommez a beaucoup moins d'effet qu'auparavant ?
- Avez-vous constaté que lorsque l'effet de l'alcool se dissipe, vous ressentez des symptômes de sevrage, comme de la difficulté à dormir, des tremblements, de l'irritabilité, de l'anxiété, de la dépression, de l'agitation, des nausées ou des sueurs ? Ou voyez-vous, entendez-vous ou sentez-vous des choses qui n'existent pas ?

Dépistage et intervention brève

En raison de la grande prévalence des troubles de consommation de substances, de leur impact sur la santé et les conditions sociales, et de la disponibilité des services de réduction des méfaits et des options de traitement étayées par les données probantes, nous proposons d'ajouter le dépistage de la consommation de substances à l'examen de santé périodique. Ce dépistage pourrait prendre la forme d'une conversation sur la consommation de substances qui est systématiquement intégrée à l'examen de santé périodique, ou il pourrait être entrepris en présence d'un problème potentiellement lié aux

substances (p. ex., traumatisme récent, absences du travail, problèmes sociaux, problèmes juridiques, problèmes dermatologiques, arythmie, hypertension, troubles du sommeil, douleur persistante, maladie hépatique). Il existe plusieurs outils de dépistage validés à cet effet.

Le *2018 American College of Cardiology Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment* définit un cadre pour l'évaluation et le traitement du tabagisme⁴. Ce cadre d'intervention brève s'adapte facilement à toutes les substances.

Adaptation

Demander : Demander à tous les patients appropriés s'ils fument, consomment de l'alcool ou des opioïdes, ou s'ils l'ont déjà fait. Utiliser un vocabulaire neutre, qui ne porte pas de jugement. Normaliser ces questions délicates en les posant régulièrement durant les visites et obtenir la permission du patient avant de les poser. Par exemple : « Je pose des questions sur la consommation de substances à tous mes patients. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, c'est simplement pour m'aider à dispenser les meilleurs soins. Est-ce que ça vous va ? »

Évaluer : Déterminer le nombre de verres par jour, de cigarettes par jour, le type d'opioïde consommé et le mode de consommation (mâché, reniflé [sniffé], injecté, avalé, inhalé) et déterminer les habitudes de consommation. Demander au patient s'il a déjà tenté de réduire sa consommation de substances ou d'y mettre fin.

Conseiller : Informer le patient des méfaits et des conséquences de la consommation, tenter de susciter un changement, discuter et établir des objectifs ensemble.

Aider : Offrir des options de traitement pharmaceutique et comportemental. Si un patient n'est pas prêt à établir un objectif ou demeure songeur, explorer les obstacles et faire tomber sans juger.

Organiser : Si le patient accepte le traitement, faire le suivi comme indiqué par le traitement choisi. Si le patient demeure songeur, lui demander la permission de discuter du traitement à un prochain rendez-vous.

Traduit du Journal of the American College of Cardiology, 72(25), Rajat et coll., 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents, Copyright (©2021), avec la permission d'Elsevier.

Nicotine



Nicotine

En 2017, dans le monde entier, le tabagisme était le deuxième plus grand facteur de risque de décès et de baisse des années de vie corrigée de l'incapacité. Au total, 12,7 % des décès lui étaient attribuables. La nicotine se lie aux récepteurs nicotiques de l'acétylcholine dans le cerveau. Lorsqu'ils sont stimulés, ces récepteurs libèrent de la dopamine, de la noradrénaline, du glutamate, de la sérotonine, du GABA et des endorphines⁵.

Dépistage de l'usage problématique

Demandez à tous les patients s'ils fument ou s'ils ont déjà fumé. Demandez-leur s'ils souhaitent en savoir plus sur les façons de réduire leur tabagisme ou d'arrêter de fumer. Consultez la section Introduction pour connaître les renseignements sur l'intervention.

Pharmacothérapie

Varénicline					
Mode d'action	Posologie	Efficacité	Effets indésirables courants	Contre-indications	Durée du traitement
Agoniste partiel/antagoniste des récepteurs nicotiques de l'acétylcholine.	Commencer une à quatre semaines avant la date d'abandon prévue. 0,5 mg/j pendant 3 jours, puis 0,5 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 4 jours, puis 1 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 11 semaines. Note : L'abstinence soutenue augmente avec la durée du traitement ⁶ .	Le NPT est de 11 ⁷ . La varénicline est plus efficace que la TRN seule, mais elle n'est pas plus efficace que la TRN en association.	Nausées et rêves d'apparence réelle. Note : La mise en garde encadrée sur les idées suicidaires a été retirée. Aucune répercussion significative sur la santé mentale ou les événements cardiaques ^{8,9} .	Allergie, grossesse, allaitement.	12 semaines, mais peut être répété.

Thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)

Mode d'action	Posologie	Efficacité	Effets indésirables courants	Contre-indications	Durée du traitement
TRN à action prolongée (timbres).	<p>Les timbres de 7, 14 et 21 mg libèrent un taux constant de nicotine durant 24 heures.</p> <p>L'association de timbres à forte dose est sûre et efficace chez les fumeurs qui ressentent toujours de fortes envies avec le timbre de 21 mg (p. ex., timbre de 21 mg et un autre de 14 mg ou plus si nécessaire, selon les fortes envies ou la consommation de nicotine).</p> <p>La TRN est également sécuritaire pour les patients qui continuent de fumer, mais une évaluation clinique est nécessaire pour déterminer si une dose plus forte ou un autre traitement sont nécessaires.</p>	La TRN a un NPT de 15 et elle est supérieure au placebo avec un rapport de cotes de 1,84	Les réactions cutanées peuvent être traitées avec des produits contenant de la cortisone et par la rotation de l'emplacement des timbres. La TRN peut causer des rêves d'apparence réelle et des troubles du sommeil.	<p>La TRN s'est montrée sûre durant la grossesse et chez les patients atteints de maladie cardiaque.</p> <p>La TRN est associée à la douleur thoracique non angineuse et aux palpitations, mais sans tort significatif.</p>	Aussi longtemps que nécessaire.
TRN à action brève (vaporisateur nasal, inhalateur, pastilles et gomme). Avec la gomme et les pastilles, l'agent est absorbé dans la muqueuse buccale ; il faut donc conseiller aux patients de placer la gomme ou la pastille entre la joue et les dents pour qu'elle fasse effet.	Une pastille de 2–4 mg toutes les 1–2 h au besoin.	La TRN a un NPT de 15 et elle est supérieure au placebo avec un rapport de cotes de 1,84.	Le vaporisateur nasal peut irriter la muqueuse nasale, ce qui cause des symptômes des voies respiratoires supérieures. La muqueuse buccale peut s'irriter. La TRN peut causer des rêves d'apparence réelle et des troubles du sommeil.	<p>La TRN s'est montrée sûre durant la grossesse et chez les patients atteints de maladie cardiaque.</p> <p>La TRN est associée à la douleur thoracique non angineuse et à des palpitations, mais sans tort significatif.</p>	Aussi longtemps que nécessaire.

Bupropion

Mode d'action	Posologie	Efficacité	Effets indésirables courants	Contre-indications	Durée du traitement
Il agirait sur la voie dopaminergique de récompense, et il est un antagoniste des récepteurs nicotiniques de l'acétylcholine.	Commencer une semaine avant la date d'abandon prévue. 150 mg/j pendant 3 jours, puis 150 mg par voie orale 2 fois par jour pendant 12 semaines.	Le bupropion est supérieur au placebo avec un rapport de cotes de 1,82. Le NPT est de 10.	Insomnie et sécheresse buccale.	Il abaisse le seuil convulsif; il faut donc l'éviter en présence d'antécédents de crises convulsives, de blessure grave à la tête, de troubles de l'alimentation ou avec la prise actuelle d'un autre médicament qui abaisse le seuil convulsif. Il peut être utilisé chez les patients qui prennent des ISRS et des ATC, mais il est contre-indiqué chez les patients sous IMAO.	12 semaines, mais peut être prolongé sans danger, au besoin.

Nortriptyline

Mode d'action	Posologie	Efficacité	Effets indésirables courants	Contre-indications	Durée du traitement
Antidépresseur tricyclique qui agit sur le taux de sérotonine et de noradrénaline.	Commencer à 25 mg/j, augmenter graduellement la dose à 75–100 mg/j. Il n'est pas nécessaire que les patients arrêtent de fumer avant de commencer ce médicament.	La nortriptyline augmente les chances d'abandon du tabac (RR 2,03) de manière comparable au bupropion. Le NPT est de 10 ¹⁰ .	Sécheresse buccale, hypotension orthostatique, sédation.	Après un infarctus du myocarde aigu (dû en théorie à l'allongement de l'intervalle QT et à la tachycardie), emploi actuel ou récent (dans les 14 jours) d'un IMAO.	La durée optimale du traitement n'a pas été établie.

Cytisine					
Mode d'action	Posologie	Efficacité	Effets indésirables courants	Contre-indications	Durée du traitement
Agoniste partiel des récepteurs nicotiniques à base de plante, considéré comme un produit de santé naturel au Canada. ¹¹	1 capsule toutes les 2 h (jusqu'à 6/j) pendant 4 jours; puis 1 capsule toutes les 2,5 h (jusqu'à 5/j) pendant 9 jours; puis 1 capsule toutes les 3 h (jusqu'à 4/j) pendant 4 jours; puis 1 capsule toutes les 5 h (jusqu'à 3/j) pendant 5 jours; puis 1-2 capsule par jour pendant 4 jours.	La cytisine améliore substantiellement l'abandon du tabac comparativement au placebo avec un NPT de 6.	Troubles gastro-intestinaux et perturbation du sommeil, en général d'intensité légère.	Hypertension, grossesse, allaitement.	La durée est en général de 25 jours.

Traitement d'association

Il est courant d'associer les traitements de première intention, surtout les produits de TRN à action brève afin d'aider le patient à résister aux fortes envies durant un traitement à action prolongée. Les traitements à action prolongée sont également utilisés efficacement en association (p. ex., varénicline et TRN).

Réduction des méfaits : Vapotage et cigarettes électroniques

Certaines données probantes indiquent que les cigarettes électroniques réduisent le tabagisme, mais leurs effets à long terme sont toujours inconnus¹². Il faut plutôt recommander les traitements de première intention, dont l'efficacité et l'innocuité sont actuellement étayées par davantage de données probantes.

Traitements non pharmacologiques

- Le rapport de risque positif des brefs conseils d'un médecin est de 1,66 par rapport aux témoins¹³.
- Il n'est pas utile de restreindre les options thérapeutiques en fonction du stade de changement auquel se trouve le patient¹⁴.
- L'ajout de visites de suivi n'est que faiblement bénéfique.
- Le counseling individuel intensif apporte un bienfait faible, mais réel, par rapport aux brefs conseils (10 minutes).
- L'effet du counseling de groupe est semblable à celui du traitement individuel intensif.
- Le counseling par téléphone et les lignes d'aide téléphonique augmentent le taux d'abstinence¹⁵.

Ressources pour les patients

- Société canadienne du cancer, Téléassistance pour fumeurs : <https://www.smokershelpline.ca/fr-ca/home>

Ressources pour les fournisseurs de soins

- Forum en ligne du Groupe d'intérêt des membres en médecine des toxicomanies du CMFC sur MiGroups
- Réseau Portico, Trousse à outils sur la prise en charge de la toxicomanie dans le cadre des soins primaires : https://www.porticonetwork.ca/fr_CA/tools/toolkits/pcat

Alcool



Alcool

En 2017, le taux d'hospitalisations causées entièrement par l'alcool (249 par 100 000) était comparable au taux d'hospitalisations pour crise cardiaque (243 par 100 000). Ce taux était 13 fois plus élevé que celui des opioïdes¹⁶.

Dépistage de l'usage problématique

- Le trouble de l'usage de l'alcool n'est pas reconnu tôt chez la plupart des patients qui en sont atteints. Chaque patient chez qui c'est justifié doit être soumis au dépistage à l'aide d'un outil validé tel que le questionnaire AUDIT-C¹⁷.
- Indicateurs d'autres raisons de procéder au dépistage : traumatisme récent, absences au travail, problèmes sociaux, problèmes juridiques, problèmes dermatologiques, arythmie, hypertension, troubles du sommeil, douleur persistante, maladie hépatique.
- Restez discret. Évitez le vocabulaire stigmatisant. Expliquez pourquoi le dépistage est important¹⁸.

AUDIT-C : Un score de 4 ou plus (hommes) ou de 3 ou plus (femmes) indique une consommation d'alcool dangereuse, et c'est l'occasion de passer en revue les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada^{19,20}.

Questions de l'AUDIT-C	Barème de pointage					Votre score
	0	1	2	3	4	
1) À quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées au cours de la dernière année ?	Jamais	1 fois par mois ou moins	2-4 fois par mois	2-3 fois par semaine	4 fois par semaine ou plus	
2) Au cours de la dernière année, combien de verres buviez-vous au cours d'une journée typique où vous consommiez de l'alcool ?	1-2	3-4	5-6	7-9	10+	
3) Au cours de la dernière année, à quelle fréquence vous est-il arrivé de boire six verres ou plus en une même occasion ?	Jamais	Moins d'une fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
TOTAL :						

Consultez la section Introduction pour connaître les renseignements sur l'intervention.

Le diagnostic de trouble de l'usage de l'alcool repose sur les critères standards du DSM-5.

Pharmacothérapie

Naltrexone					
Mode d'action	Posologie	Efficacité	Effets indésirables courants	Contre-indications	Durée du traitement
Antagoniste des récepteurs opioïdes qui inhibe l'euphorie associée à l'alcool. Il a été démontré qu'elle contribue à l'abstinence et à la réduction des méfaits, car elle réduit le nombre jours de consommation et le nombre total de verres consommés.	<p>25 mg/j pendant 3 jours, puis 50 mg par voie orale tous les jours.</p> <p>Dose efficace habituelle : 50 à 100 mg ; la dose quotidienne maximale est de 150 mg, en une dose ou répartis.</p> <p>Il est possible de commencer le traitement à 12,5 mg/j pendant 3 jours afin d'atténuer les effets indésirables gastro-intestinaux, ou si le patient présente des symptômes de sevrage précoces et que les effets indésirables gastro-intestinaux sont plus probables.</p>	Elle aide les patients à atteindre l'abstinence (NPT : 12) et peut réduire les méfaits liés à la consommation abusive d'alcool (NPT : 12).	Troubles gastro-intestinaux.	<p>La prudence est de mise en présence de maladie hépatique (plus de cinq fois la limite supérieure de la normale), et les données sont extrêmement limitées chez les patientes enceintes.</p> <p>Il faut vérifier la fonction hépatique avant d'instaurer la naltrexone et la surveiller périodiquement durant le traitement.</p> <p>L'absence d'analyses de laboratoire ne devrait pas empêcher l'essai du médicament, à moins que le patient ne souffre manifestement de cirrhose.</p> <p>Contre-indiquée chez les patients sous opioïdes, puisqu'elle causerait un grave syndrome de sevrage des opioïdes.</p>	Habituellement, 3-12 mois.
Acamprosate					
Mode d'action	Posologie	Efficacité	Effets indésirables courants	Contre-indications	Durée du traitement
Antagoniste des récepteurs Nméthyl-D-aspartate (NMDA) qui facilite l'abstinence.	333 mg par voie orale 3 fois par jour ; la dose efficace habituelle est de 666 mg par voie orale 3 fois par jour.	Il aide les patients à maintenir l'abstinence continue après la désintoxication (NPT : 9).	Troubles gastro-intestinaux et nervosité.	Prudence dans les cas d'insuffisance rénale (nécessite un ajustement posologique).	Habituellement, 3-12 mois.

Autres médicaments

Le disulfiram, le topiramate, la gabapentine et le baclofène sont d'autres médicaments pouvant être envisagés²¹.

Traitements non pharmacologiques

Menez un entretien motivationnel pour lancer le processus d'établissement des objectifs. Concentrez-vous sur la réduction des méfaits liés à la consommation d'alcool :

- Thérapie cognitivo-comportementale : développe des capacités de reconnaissance et des mécanismes d'adaptation
- Thérapie de renforcement de la motivation : brève thérapie pour acquérir les mécanismes d'adaptation
- Counseling conjugal et familial : intensifie le soutien familial
- Thérapie de renforcement communautaire : groupe d'entraide entre pairs

Envisagez une demande de consultation avec un spécialiste en médecine des toxicomanies lorsque le patient souffre de symptômes psychotiques, d'autres toxicomanies concomitantes, d'un ÉSPT, d'une insuffisance hépatique grave (plus de cinq fois la limite supérieure de la normale), ou s'il présente un risque de sevrage d'autres substances.

Prise en charge du syndrome de sevrage

La prise en charge ambulatoire est possible en l'absence de facteurs de risque (voir plus bas), si le patient a de l'aide à la maison et qu'il peut être réévalué quelques jours plus tard^{22,23,24,25}. L'échelle PAWSS (*Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale*) est utile pour guider les décisions en matière d'hospitalisation ou de traitement ambulatoire^{26,27,28}. Le questionnaire SADQ (*Severity of Alcohol Dependence Questionnaire*) peut aussi être utilisé plutôt que le PAWSS^{29,30}.

Le protocole pharmacothérapeutique ambulatoire habituel serait le suivant (le lorazépam peut être envisagé si le diazépam est contre-indiqué en raison de cirrhose, de maladie respiratoire grave, etc.) :

Jour 1 : Diazépam à 10 mg toutes les 4 à 6 heures, au besoin en fonction des symptômes

Jour 2 : 10 mg toutes les 6 à 8 heures, au besoin

Jour 3 : 10 mg toutes les 12 heures, au besoin

Jour 4 : 10 mg au coucher, au besoin

Jour 5 : Arrêter la benzodiazépine

Informez les patients quant au risque accru de dépression respiratoire et de surdose lorsque l'alcool est consommé avec des benzodiazépines. Envisagez d'impliquer un aidant de confiance lors de l'élaboration du plan de traitement et/ou de demander au pharmacien de préparer le médicament tous les jours.

Remettez-vous-en aux hôpitaux pour la prise en charge du syndrome de sevrage de l'alcool si le patient présente des facteurs de risque, tels que des antécédents de crises convulsives ou de delirium tremens (psychose du sevrage), s'il régurgite les liquides, s'il est atteint d'une maladie cardiaque, pulmonaire ou hépatique avancée, si le syndrome de sevrage est grave ou si le patient est également en sevrage d'autres substances.

L'échelle CIWA-Ar est la plus utilisée pour évaluer la gravité du syndrome de sevrage de l'alcool. On s'en sert, généralement dans les hôpitaux, pour déterminer les doses de médicaments à administrer en fonction des symptômes³¹. Dans certains cas (barrière linguistique, confusion, psychose, etc.), selon le tableau clinique, une échelle du sevrage d'alcool plus objective serait plus utile.

Ressources pour le patient

- Centre de toxicomanie et de santé mentale, L'alcool : <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/l'alcool>
- Entraide entre pairs
 - Alcooliques anonymes : https://www.aa.org/pages/fr_FR
 - SMART Recovery (en anglais seulement) : <https://www.smartrecovery.org>
- In The Rooms (en anglais seulement) : <https://www.intherooms.com/home>
- Santé Canada, Obtenez de l'aide concernant la consommation problématique de substances : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/obtenir-aide/obtenir-aide-consommation-problematique-substances.html>

Ressources pour les fournisseurs de soins

- Forum en ligne du Groupe d'intérêt des membres en médecine des toxicomanies du CMFC sur Mi-Groups
 - Centre for Effective Practice, Alcohol Use Disorder (en anglais seulement) : <https://cep.health/clinical-products/alcohol-use-disorder>
 - Réseau Portico, Traitements : https://www.porticonetwork.ca/fr_CA/treatments
 - META:PHI (en anglais seulement) : <https://www.metaphi.ca/provider-education.html>
 - Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances : <https://www.ccsa.ca/fr>
 - Centre de toxicomanie et de santé mentale : <http://www.camh.ca/fr>
 - British Columbia Centre on Substance Use, Alcohol Use Disorder (en anglais seulement) : <https://www.bccsu.ca/alcohol-use-disorder>
-

Opioides



Opioides

Les méfaits liés aux opioïdes ont atteint des proportions épidémiques au Canada ; en 2018, on a compté 4614 décès apparemment liés aux opioïdes et 5349 hospitalisations pour intoxication³². Plus du tiers des décès et plus de la moitié des hospitalisations qui sont liés aux opioïdes surviennent chez des personnes ayant reçu une ordonnance d'opioïdes^{33,34}. Les médecins de famille jouent un rôle de premier plan dans la prise en charge du trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO) et des méfaits liés aux opioïdes³⁵.

Dépistage de l'usage problématique

Le TCO est une conséquence potentielle de la thérapie aux opioïdes prolongée de la douleur chronique non cancéreuse. Il est important de faire le dépistage de l'usage problématique d'opioïdes chez tous les patients sous thérapie aux opioïdes prolongée et de parler de la possibilité d'usage problématique. Les critères du DSM-5 guident le diagnostic et établissent la gravité du trouble.

Consultez la section Introduction pour connaître les renseignements sur l'intervention.

Recommandations pour prendre en charge le TUO chez les patients sous thérapie aux opioïdes prolongée

Envisagez les options ci-dessous^{36,37,38} :

- Discuter avec le patient des préoccupations liées au diagnostic de TUO
- Offrir une trousse de naloxone à emporter chez soi et de l'information sur la formation
- Offrir des conseils de réduction des méfaits
- Offrir de faire la transition au traitement par agonistes opioïdes (TAO) avec la buprénorphine (de préférence) ou la méthadone
- Prendre les mesures pour réduire les méfaits potentiels en cas de refus du TAO ou si celui-ci est inaccessible. Ces mesures sont notamment le passage à un opioïde à action prolongée pouvant être dispensé plus fréquemment, y compris tous les jours avec témoin, et une réduction graduelle structurée de la dose d'opioïdes. Étant donné les risques de morbidité et de mortalité après le sevrage des opioïdes, il faut en règle générale réduire la dose lentement et garder l'option de passer à un TAO à n'importe quel moment. Il est toutefois possible de réduire la dose plus rapidement (un à trois mois) en distribuant quotidiennement le médicament dans les cas de soupçons d'injection, de détournement ou d'usage illégal, surtout s'il y a de clairs méfaits (p. ex., surdoses répétitives, sédation manifeste).

- Perles cliniques :
 - Exécution fréquente (jusqu'à tous les jours) de l'ordonnance, sans renouvellement avant la date prévue
 - Surveillance étroite à l'aide de tests de dépistage de substances dans l'urine, décompte des comprimés, visites au bureau du médecin
 - Objectif de réduire graduellement la dose d'opioïde à zéro
 - Si le patient souffre d'une affection douloureuse justifiant une thérapie aux opioïdes, envisager le traitement d'entretien par morphine à action prolongée (Kadian), dispensé tous les jours à une dose unique maximale de 50 mg
 - Durant la réduction de la dose, reparler du counseling sur la réduction des méfaits et de l'option du TAO
- Pour les personnes qui ne veulent pas le TAO, on peut envisager la naltrexone par voie orale (ou la naltrexone à libération retardée dès qu'elle est facilement accessible) pour prévenir les rechutes et les surdoses lorsque le patient est sevré des opioïdes. Il est important de noter qu'il ne faut pas instaurer la naltrexone avant la fin d'une période d'abstinence (en général de trois à sept jours, mais parfois plus longue dans le cas des préparations à action prolongée) pour veiller à l'élimination de toute quantité résiduelle d'opioïdes ; sinon, elle causera le syndrome de sevrage des opioïdes.

Pharmacothérapie

Buprénorphine/naloxone					
Mode d'action	Posologie	Efficacité	Effets indésirables courants	Contre-indications	Durée du traitement
La buprénorphine est un agoniste partiel/antagoniste du récepteur opioïde qui remplace les opioïdes. La naloxone est un dissuasif de la consommation anormale. La naloxone est inactive lorsqu'elle est avalée ou utilisée sous la langue, mais elle s'active lorsqu'elle est reniflée (« sniffée ») ou injectée.	Dose d'induction (de départ) initiale : 2–4 mg en prise sublinguale. La dose d'entretien habituelle est de 16–24 mg, et la dose maximale est de 32 mg/jour.	NPT de 4 pour la rétention.	Somnolence, étourdissements, dépression respiratoire, prurit, nausées et constipation.	Prudence dans les cas de cirrhose, d'emploi concomitant de sédatifs, y compris l'alcool et les médicaments en vente libre ; quoique plus sécuritaire avec ces substances que la méthadone et la morphine à libération prolongée par voie orale.	Aussi longtemps que nécessaire et généralement à long terme.

Méthadone					
Mode d'action	Posologie	Efficacité	Effets indésirables courants	Contre-indications	Durée du traitement
La méthadone est un agoniste complet des récepteurs opioïdes à action prolongée utilisé dans le cadre du TAO.	Posologie initiale : 10–30 mg/j par voie orale. Posologie habituelle : 60–120 mg/jour. En théorie, il n'y a pas de dose maximale, mais la plupart des lignes directrices conseillent la prudence à des doses supérieures à 120 mg/jour.	NPT de 2 pour la rétention.	Somnolence, étourdissements, dépression respiratoire, prurit, nausées et constipation. Il faut trois à cinq demi-vies pour atteindre les concentrations sériques maximales.	Prudence dans les cas d'insuffisance hépatique, de dépression respiratoire, d'allongement de l'intervalle QT (prudence à > 450 ms ; discuter des risques/ réduire la dose si \geq 500 ms), d'emploi concomitant de sédatifs, y compris l'alcool et les médicaments en vente libre.	Aussi longtemps que nécessaire et généralement à long terme.
Morphine par voie orale à libération prolongée					
Agoniste complet des récepteurs opioïdes à action prolongée (morphine) qui remplace les opioïdes	La dose initiale dépend de l'apport actuel d'opioïdes, mais peut être de 60–200 mg/j par voie orale. La dose habituelle est de 60–1200 mg/j. En théorie, il n'y a pas de dose maximale.	Information sur l'efficacité non publiée. La morphine par voie orale à libération prolongée est en général prescrite par les spécialistes, et les données probantes qui l'étayent pour le moment sont de faible qualité.	Somnolence, étourdissements, dépression respiratoire, prurit, nausées et constipation. Il faut trois à cinq demi-vies pour atteindre les concentrations sériques maximales.	Prudence dans les cas d'insuffisance rénale et de cirrhose, de dépression respiratoire et d'emploi concomitant de sédatifs, y compris l'alcool et les médicaments en vente libre.	Aussi longtemps que nécessaire et généralement à long terme.

Naltrexone					
Mode d'action	Posologie	Efficacité	Effets indésirables courants	Contre-indications	Durée du traitement
Naltrexone est un antagoniste des récepteurs opioïdes à action moyenne qui bloque les récepteurs opioïdes Remarque : Non recommandé en raison du manque de données probantes, mais peut être considéré comme une protection contre les surdoses en cas de traitement basé sur l'abstinence.	Dose initiale : 12,5–25 mg/j par voie orale ; dose habituelle : 50–100 mg/j par voie orale, et dose maximale de 150 mg/j en une dose ou répartis.	NPT de 13 pour la rétention.	Troubles gastro-intestinaux.	Prudence dans les cas d'insuffisance hépatique grave, de grossesse (peu de données probantes sur l'innocuité), et contre-indiquée à l'emploi concomitant d'opioïdes.	Habituellement 3-12 mois.
Naloxone					
Mode d'action	Posologie	Efficacité	Effets indésirables courants	Contre-indications	Durée du traitement
Antagoniste des récepteurs opioïdes à action rapide qui bloque les récepteurs opioïdes et est utilisé pour renverser la toxicité opioïde (surdose). Note : Elle est un médicament d'urgence et non un traitement du TUO.	Dose : 0,4 mg par voie intramusculaire ou par vaporisateur nasal ; la dose peut être répétée au besoin ; il n'y a pas de dose maximale.	NPT de 54–412 (prévention des décès). ^{39,40}	Effets indésirables du syndrome de sevrage des opioïdes.	Aucune, puisqu'il s'agit d'un traitement d'urgence de la surdose d'opioïdes.	Emploi d'urgence seulement.

Exemple de l'instauration standard du traitement par buprénorphine/naloxone — peut avoir lieu au bureau avec une ordonnance que le patient a déjà, ou à domicile avec de la buprénorphine/naloxone à emporter chez soi :

Jour 1 : [Le patient ne doit pas prendre le volant cette journée-là]

1. Ne pas instaurer la buprénorphine avant que le patient en soit :
 - a) À au moins 12 heures depuis sa dernière dose d'opioïde (à l'exclusion du fentanyl et de la méthadone ; voir les commentaires sur le microdosage)
 - a) Au sevrage modéré des opioïdes, selon l'échelle COWS (*Clinical Opioid Withdrawal Scale* ; > 12)⁴¹
2. Première dose = 4 mg en prise sublinguale
3. Envisager une dose initiale plus faible de 2 mg dans les cas de faible tolérance, d'abstinence récente ou d'emploi concomitant significatif de sédatifs.

4. Réévaluer au minimum 60 minutes après la dose précédente.
 - a) Si les symptômes de sevrage se sont atténués, mais qu'ils persistent :
 - i) Administrer 2 ou 4 mg supplémentaires
 - ii) Répéter au besoin, jusqu'à une dose totale maximale de 12 mg au jour 1
 - b) Si les symptômes de sevrage sont beaucoup plus intenses après la première dose, équivalant à un sevrage précipité :
 - i) Envisager le traitement d'appoint par un médicament non opioïde (clonidine, ibuprofène, lopéramide)
 - iii) Offrir de mettre fin à l'induction et de recommencer le lendemain

OU

 - iv) Poursuivre l'induction. Remarque : Il n'y a aucun danger si le patient consomme des opioïdes après l'induction, mais la consommation de fentanyl pourrait causer d'autres symptômes de sevrage. Envisager la méthode bernoise (ci-dessous) auprès des personnes qui consomment le fentanyl régulièrement.

Jour 2 + :

1. La dose matinale équivaut à la dose quotidienne totale de la veille.
2. Augmenter de 2 à 4 mg par jour au besoin si les symptômes de sevrage persistent.

La dose cible prévient le sevrage pendant un intervalle posologique de 24 heures tout en évitant les effets indésirables problématiques, y compris la sédation.

Chez les patients qui consomment le fentanyl ou la méthadone, recommander le microdosage ou la méthode bernoise pour instaurer la buprénorphine/naloxone; plus de détails sur le site Web META:PHI⁴².

Traitement non pharmacologique

Il **n'est pas recommandé** de prendre en charge le syndrome de sevrage des opioïdes (c.-à-d. désintoxication) ou d'arrêter soudainement la thérapie aux opioïdes prolongée en raison de la hausse connexe de la morbidité et de la mortalité. Cette augmentation s'explique par le taux élevé de rechute après la désintoxication, associé à la perte rapide de la tolérance aux opioïdes, ce qui entraîne un taux élevé de surdoses⁷.

Les données étayant l'efficacité de l'ajout d'interventions psychosociales au TAO pour améliorer les résultats chez les patients aux prises avec un TCO sont contradictoires, et les données étayant le bienfait du traitement résidentiel sont limitées. Il faut offrir des interventions psychosociales (counseling, thérapie cognitivo-comportementale, organisation des contingences, entraide entre pairs, traitement). Cependant, vu le peu de données probantes, les patients qui refusent les interventions psychosociales ne doivent pas être exclus du TAO.

Ressources pour le patient

- Entraide entre pairs
 - SMART Recovery (en anglais seulement) : <https://www.smartrecovery.org>
 - Narcotiques Anonymes : <https://naquebec.org/>

- In The Rooms (en anglais seulement) : <https://www.intherooms.com/home>
- Santé Canada, Obtenez de l'aide concernant la consommation problématique de substances : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/obtenir-aide/obtenir-aide-consommation-problematique-substances.html>

Ressources pour les fournisseurs de soins

- Réseau Portico, Traitements : https://www.porticonetwork.ca/fr_CA/treatments
 - Temerty Faculty of Medicine, Université de Toronto, Safer Opioid Prescribing (en anglais seulement) : <https://www.cpd.utoronto.ca/opioidprescribing>
 - META:PHI (en anglais seulement) : <https://www.metaphi.ca/provider-education.html>
 - British Columbia Centre on Substance Use, Alcohol Use Disorder (en anglais seulement) : <https://www.bccsu.ca/alcohol-use-disorder>
 - Alberta Health Services, Alberta Opioid Dependency Treatment (ODT) Virtual Training Program (en anglais seulement) : <https://www.albertahealthservices.ca/info/page16083.aspx>
 - Machealth, Opioids Clinical Primer (en anglais) : https://machealth.ca/programs/opioids_clinical_primer
 - Collaborative Mentorship Network for Chronic Pain and Addiction (en anglais seulement) : <https://cmnalberta.com>
-

Références

- ¹ Stanaway JD, Afshin A, Gakidou E, Lim SS, Abate D, Abate KH et coll. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1923-1994.
- ² American Society of Addiction Medicine. *Definition of Addiction*. Rockville (MD) : American Society of Addiction Medicine ; 2019. Dans : <https://www.asam.org/Quality-Science/definition-of-addiction>. Date de consultation : le 9 février 2021.
- ³ American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e éd.* Issy-les-Moulineaux (France) : Elsevier Masson ; 2015.
- ⁴ Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, Cummings KM, Jazayeri M-A, Morris PB et coll. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment. *J Am Coll Cardiol*. 2018;72(25):3332-3365.
- ⁵ Miller SC, Fiellin DA, Rosenthal RN, Saitz R. *The ASAM Principles of Addiction Medicine*. Philadelphia (PA) : Wolters Kluwer ; 2019.
- ⁶ Tonstad S, Tønnesen P, Hajek P, Williams KE, Billing CB, Reeves KR et coll. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2006;296(1):64-71.
- ⁷ Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(5):CD006103.
- ⁸ Williams JM, Anthenelli RM, Morris CD, Treadow J, Thompson JR, Yunis C et coll. A randomized, double-blind, placebo-controlled study evaluating the safety and efficacy of varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(5):654-660.
- ⁹ U.S. Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: FDA revises description of mental health side effects of the stop-smoking medicines Chantix (varenicline) and Zyban (bupropion) to reflect clinical trial findings [communiqué de presse]. Silver Spring (MD) : U.S. Food and Drug Administration. 2016. Dans : <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-fda-revises-description-mental-health-side-effects-stop-smoking>. Date de consultation : le 23 février 2020.
- ¹⁰ Allan GM, Ivers N, Els C. Pharmacotherapy for smoking. *Can Fam Phys*. 2011;57(1):47. Dans : <https://www.cfp.ca/content/57/1/47>. Date de consultation : le 1^{er} mars 2020.
- ¹¹ Karnieg T, Wang X. Cytisine for smoking cessation. *CMAJ*. 2018;190(19):E596.
- ¹² Prochaska JJ, Benowitz NL. Current advances in research in treatment and recovery: Nicotine addiction. *Sci Adv*. 2019;5(10):eaay9763.
- ¹³ Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(5):CD000165.
- ¹⁴ Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(11):CD004492.
- ¹⁵ Matkin W, Ordóñez-Mena JM, Hartmann-Boyce J. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;(5):CD002850.
- ¹⁶ Institut canadien d'information sur la santé. Méfaits de l'alcool au Canada [site Web]. 2017. <https://www.cihi.ca/fr/mefaits-de-lalcool-au-canada>. Date de consultation : le 1^{er} novembre 2019.
- ¹⁷ Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(7):1208–1217.

- ¹⁸ Centre for Effective Practice. Alcohol Use Disorder [tool] [site Web]. 2019. <https://cep.health/clinical-products/alcohol-use-disorder/>. Date de consultation : le 26 février 2020.
- ¹⁹ Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med*. 1998;158(16):1789-1795.
- ²⁰ Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada [brochure] | Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. <https://www.ccsa.ca/fr/directives-de-consommation-dalcool-faible-risque-du-canada-brochure>. Date de publication : 2018. Date de consultation : le 1^{er} mars 2020.
- ²¹ Trousse à outils sur le traitement de la toxicomanie en soins primaires. Conduite à tenir face aux problèmes d'alcool [site Web]. 2015. <https://www.porticonetwork.ca/web/alcohol-toolkit?forcedownload=true>. Date de consultation : le 26 février 2020.
- ²² Bayard M, McIntyre J, Hill KR, Woodside Jr J. Alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician*. 2004;69(6):1443-1450.
- ²³ Centre de toxicomanie et de santé mentale. L'alcool [site Web]. 2018. <https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/l'alcool>. Date de consultation : le 28 février 2020.
- ²⁴ Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict*. 1989;84(11):1353-1357.
- ²⁵ Knight E, Lappalainen L. Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol—Revised might be an unreliable tool in the management of alcohol withdrawal. *Can Fam Physician*. 2017;63(9):691-695.
- ²⁶ Maldonado JR, Sher Y, Ashouri JF, Hills-Evans K, Swendsen H, Lolak S et coll. The "Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale" (PAWSS): Systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol*. 2014;48(4):375-390.
- ²⁷ Maldonado JR, Sher Y, Das S, Kelsey Hills-Evans K, Anna Frenklach A, Sermsak Lolak S et coll. Prospective Validation Study of the Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) in Medically Ill Inpatients: A New Scale for the Prediction of Complicated Alcohol Withdrawal Syndrome. *Alcohol*. 2015;50(5):509-518.
- ²⁸ MDCalc. Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale [site Web]. 2021. <https://www.mdcalc.com/prediction-alcohol-withdrawal-severity-scale>. Date de consultation : le 9 février 2021.
- ²⁹ Stockwell T, Murphy D, Hodgson R. The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. *Br J Addict*. 1983;78(2):145-155.
- ³⁰ MDApp. Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ) [site Web]. 2021. <https://www.mdapp.co/severity-of-alcohol-dependence-questionnaire-sadq-calculator-518/>. Date de consultation : le 9 février 2021.
- ³¹ MDCalc. CIWA-Ar for Alcohol Withdrawal [site Web]. 2021. <https://www.mdcalc.com/ciwa-ar-alcohol-withdrawal>. Date de consultation : le 9 février 2021.
- ³² Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Rapport national : Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioïdes-stimulants>. Date de publication : décembre 2019. Date de consultation : le 24 février 2020.
- ³³ Gomes T, Khuu W, Martins D, Tadrous M, Mamdani MM, Paterson JM et coll. Contributions of prescribed and non-prescribed opioids to opioid related deaths: Population based cohort study in Ontario, Canada. *BMJ*. 2018;362:k3207.
- ³⁴ Gomes T, Khuu W, Craiovan D, Martins D, Hunt J, Lee K et coll. Comparing the contribution of prescribed opioids to opioid-related hospitalizations across Canada: A multi-jurisdictional cross-sectional study. *Drug Alcohol Depend*. 2018;191:86-90.

- ³⁵ Korownyk C, Perry D, Ton J, Kolber MR, Garrison S, Thomas B et coll. Prise en charge du trouble de consommation d'opioïdes en première ligne. *Médecin de famille canadien*. 2019;65(5):e173-e184.
- ³⁶ Clarke S, Franklyn M, Kahan M, Leary T, Nikodem P. Clinical Best Practices in Addicton Medicine – A Guide for RAAM Clinicians. Toronto (ON) : Women's College Hospital ; 2019. Dans : http://www.metaphi.ca/assets/documents/provider%20tools/RAAM_BestPractices.pdf. Date de consultation : le 24 février 2020.
- ³⁷ Kahan M. Safe prescribing practices for addictive medications and management of substance use disorders in primary care: a pocket reference for primary care providers. Toronto (ON) : Women's College Hospital ; 2019. Dans : http://www.metaphi.ca/assets/documents/provider%20tools/PCP_PocketReference.pdf. Date de consultation : le 24 février 2020.
- ³⁸ Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances. Lignes directrices nationales de l'ICRAS sur la prise en charge clique du trouble lié à l'usage d'opioïdes. Ottawa (ON) : Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances ; 2018. Dans : https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM_NationalGuideline_OUD-FRENCH.pdf. Date de consultation : le 24 février 2020.
- ³⁹ Coffin PO, Sullivan SD. Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal in Russian cities. *J Med Econ*. 2013;16(8):1051-1060.
- ⁴⁰ Coffin PO, Sullivan SD. Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal. *Ann Intern Med*. 2013;158(1):1-9.
- ⁴¹ MDCalc. COWS Score for Opiate Withdrawal [site Web]. 2021. <https://www.mdcalc.com/cows-score-opiate-withdrawal>. Date de consultation : le 9 février 2021.
- ⁴² Patel P, Dunham K, Lee K. *Buprenorphine/Naloxone Microdosing: The Bernese Method – A Brief Summary for Primary Care Clinicians*. Toronto (ON) : META:PHI ; 2019. Dans : http://www.metaphi.ca/assets/documents/provider%20tools/PCP_Microdosing_TVfHT.pdf. Date de consultation : le 9 août 2020.
-