

SEVRAGE D'ALCOOL ET PRÉVENTION DES RECHUTES

Le présent guide d'usage optimal s'adresse aux professionnels de la santé. Il est fourni à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du clinicien qui exerce les activités qui lui sont réservées par la loi ou par un règlement. Les recommandations s'adressent aux personnes de 18 ans ou plus, à l'exception des femmes enceintes ou qui allaitent. Elles ont été élaborées à l'aide d'une démarche systématique; elles sont soutenues par la littérature scientifique ainsi que par le savoir et l'expérience de cliniciens et d'experts québécois. Pour plus de détails, consulter la section sur le [Trouble lié à l'usage d'alcool](#) du site inesss.qc.ca.

GÉNÉRALITÉS

- ▶ Le trouble lié à l'usage d'alcool¹ (TUA) est une maladie chronique et récurrente qui nécessite une prise en charge interdisciplinaire continue et personnalisée.
- ▶ Même en l'absence d'un TUA, la réduction ou l'arrêt subit d'une consommation importante et prolongée d'alcool peut entraîner un syndrome de sevrage qui, s'il n'est pas traité, peut générer des complications graves.
- ▶ La prise en charge du TUA comprend à la fois le traitement du sevrage et celui visant à prévenir les rechutes, qui devraient, lorsqu'applicable, être offerts au même moment afin d'assurer un continuum de soins.

1. L'utilisation du terme « alcool » dans ce document se réfère spécifiquement à l'éthanol.

ÉVALUATION INITIALE

- ▶ Lors de l'évaluation initiale de la personne atteinte d'un TUA, les éléments suivants devraient être considérés pour évaluer le mésusage d'alcool ainsi que le risque de syndrome de sevrage et pour guider le choix d'un traitement.
 - Patron de consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives :
 - Quantité, fréquence
 - Moment de la dernière consommation
 - Contexte et conséquences de la consommation
 - Facteurs de risque de complications liées au sevrage
 - Antécédents et objectifs de traitement ainsi que préférences par rapport aux éléments du traitement
 - Présence ou antécédents d'autres problèmes de santé physique ou mentale, y compris les signes de dépression ou les idées suicidaires
 - Environnement social
- ▶ Le mésusage de l'alcool pourrait être évalué avec une échelle validée telle que l'**AUDIT** (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) ou l'outil de dépistage et d'évaluation du besoin d'aide concernant l'alcool (DÉBA-Alcool). Cependant, le diagnostic du TUA est établi selon les critères du DSM-5.
- ▶ Le mésusage d'autres substances psychoactives pourrait être évalué avec l'outil **ASSIST** (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*).

ANALYSES DE LABORATOIRE

- ▶ Les analyses suivantes devraient être effectuées lors de l'évaluation de l'état de la personne ou dès que possible. Cependant, le début du traitement ne devrait pas être retardé si un sevrage d'alcool est suspecté et que les résultats des tests de laboratoire ne sont pas disponibles.

BILAN DE BASE	
<input type="checkbox"/> Formule sanguine complète (FSC)	<input type="checkbox"/> Alanine aminotransférase (ALT)
<input type="checkbox"/> Ratio normalisé international (RNI)	<input type="checkbox"/> Phosphatase alcaline
<input type="checkbox"/> Profil électrolytique	<input type="checkbox"/> Albumine
<input type="checkbox"/> Bilirubine totale	<input type="checkbox"/> Créatinine
<input type="checkbox"/> Aspartate aminotransférase (AST)	<input type="checkbox"/> Glucose
	<input type="checkbox"/> Magnésium

AU BESOIN SELON LES SITUATIONS CLINIQUES
Pour les femmes en âge de procréer :
<input type="checkbox"/> Hormone chorionique gonadotrope (β-HCG)
En présence de facteurs de risque ² :
<input type="checkbox"/> Hépatite B
<input type="checkbox"/> Hépatite C
<input type="checkbox"/> Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
<input type="checkbox"/> Syphilis

- ▶ Un test de dosage de la GGT (gamma-glutamyl transférase) pourrait parfois être considéré pour compléter l'évaluation de la consommation d'alcool.
- ▶ Considérer un test de toxicologie urinaire uniquement en cas de forte suspicion de mésusage d'autres substances.

2. Pour plus d'information concernant les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), consulter le tableau des [ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés](#) et le [Guide québécois de dépistage des ITSS](#) du MSSS, le [GUO ITSS-Syphilis](#) de l'INESSS ou encore les [algorithmes de sérodiagnostic de la syphilis](#) de l'INSPQ.

PRÉSENTATION CLINIQUE

- ▶ Des outils validés sont disponibles et devraient être utilisés lors de l'évaluation de l'état de la personne, y compris :
 - Pour évaluer le risque de complication du sevrage d'alcool : l'échelle [PAWSS](#) (*Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale*);
 - Pour évaluer la sévérité d'un syndrome de sevrage d'alcool actif¹
 - L'échelle [CIWA-Ar](#) (*Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised*) combinée à la mesure des signes vitaux, notamment la fréquence cardiaque,
 - Ou l'échelle [CIWA-modifiée](#) lorsque le contexte des soins limite l'utilisation de l'échelle CIWA-Ar.
- ▶ Évaluer la présence d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke selon les critères de Caine.

1. L'échelle SAWS (*Short Alcohol Withdrawal Scale*) est aussi disponible et le questionnaire peut être rempli par la personne ou par un évaluateur externe.

FACTEURS DE RISQUE DE COMPLICATIONS LIÉES AU SEVRAGE

Le risque de complications associées au sevrage augmente avec la présence de plusieurs facteurs, qui représentent chacun un risque supplémentaire. En complément à l'évaluation initiale de l'état de la personne, les éléments suivants devraient donc être recherchés :

- Présence d'un syndrome de sevrage actif modéré ou sévère lors de la présentation;
- Antécédent de sevrage sévère ou de complications liées au sevrage (p. ex. hallucinations, convulsions, delirium tremens);
- Sevrages antérieurs multiples, surtout si rapprochés;
- Personne de plus de 65 ans;
- Hyperactivité marquée du système nerveux autonome (p. ex. tachycardie, diaphorèse, hypertension);
- Présence de comorbidités physiques ou médicales ou de traumatisme craniocérébral;
- Dépendance physiologique aux benzodiazépines, barbituriques ou autres agents GABAergiques;
- Consommation concomitante d'autres substances psychoactives.

PRINCIPES DE TRAITEMENT

- ▶ Un traitement pharmacologique pour le sevrage
 - Doit être administré en présence :
 - D'un syndrome de sevrage actif de modéré à sévère (score CIWA-Ar ≥ 8 ou CIWA-modifiée ≥ 7); **OU**
 - D'un risque élevé de complications liées au sevrage (score PAWSS ≥ 4).
 - Devrait être considéré en présence :
 - D'un faible risque de complications liées au sevrage (score PAWSS < 4); **ET**
 - D'un syndrome de sevrage actif léger (score CIWA-Ar < 8 ou CIWA-modifiée < 7); **OU**
 - D'un risque de développer un syndrome de sevrage à l'arrêt ou à la réduction de la consommation.
 - **Pour ces personnes, une prise en charge en milieu ambulatoire devrait être considérée.**
- ▶ En milieu ambulatoire
 - Un fractionnement de doses ainsi qu'une fréquence élevée de service à la pharmacie devraient être envisagés, et ce, autant pour les benzodiazépines que pour la gabapentine, afin d'en surveiller l'usage (limiter le potentiel d'abus et le risque de surdose ou de détournement) et d'assurer un meilleur suivi des personnes traitées;
 - Afin de permettre un suivi adéquat, amorcer le traitement selon la disponibilité du personnel traitant et s'assurer de la disponibilité d'une personne affectée au soutien pendant la durée du sevrage.
- ▶ En milieu hospitalier
 - Lorsque possible, un schéma posologique en fonction des symptômes devrait être favorisé pour les benzodiazépines;
 - L'administration de doses décroissantes de benzodiazépines, selon un horaire fixe, pourrait toutefois être considérée, notamment dans les situations suivantes :
 - Lorsqu'une surveillance étroite et adaptée à la condition de la personne n'est pas possible,
 - Pour les personnes qui prennent déjà quotidiennement des benzodiazépines,
 - En présence d'une comorbidité psychiatrique instable ou d'une dépendance concomitante,
 - En présence d'antécédents de sevrage avec complications (*delirium tremens*, convulsions liées à un sevrage).

TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DU SEVRAGE

	Gabapentine ^{1,2}	Benzodiazépines	
		Diazépam	Lorazépam ¹
Début d'action (PO)	Lent	Rapide (30 min)	Intermédiaire (30-60 min)
Durée d'action	Intermédiaire	Longue	Intermédiaire
Métabolites actifs	Non	Oui	Non
Syndrome de sevrage de léger à modéré avec faible risque de complications (CIWA-Ar < 19 ou CIWA-modifiée < 12 et PAWSS < 4) OU Faible risque de développer un syndrome de sevrage	100-300 mg PO TID (+/- PRN), augmenter graduellement jusqu'à un maximum de 1 800 mg par jour selon la tolérance Insuffisance rénale : Clcr 30 à 59 ml/min : Limiter à 300 mg PO BID Clcr 15 à 29 ml/min : Limiter à 300 mg PO DIE Clcr < 15 ml/min : Débuter et limiter à 100 mg PO DIE Ajuster la dose pour les personnes de plus de 65 ans ³	5-10 mg PO toutes les 4 à 6 h PRN OU 5-10 mg PO TID ou QID (+/- HS PRN) Ajuster la dose et éviter, lorsque possible, pour les personnes de plus de 65 ans, surtout en milieu ambulatoire. ³	1-2 mg PO/SL toutes les 4 à 6 h PRN OU 1-2 mg PO/SL TID ou QID (+/- HS PRN) Ajuster la dose pour les personnes de plus de 65 ans ³
Syndrome de sevrage sévère⁴ (CIWA-Ar ≥ 19 ou CIWA-modifiée ≥ 12)	✘	10-20 mg toutes les 1 à 2 h PRN (Privilégier la voie parentérale ⁵)	2-4 mg toutes les 1 à 2 h PRN (Privilégier la voie parentérale)
Risque élevé de syndrome de sevrage sévère ou de complications⁴	✘	Amorcer très rapidement un traitement pour éviter le syndrome de sevrage sévère	
Dose limite nécessitant une réévaluation	Sans objet	> 60 mg en 12 h	> 12 mg en 12 h
Diminution des doses lorsque l'état est stabilisé (p. ex. CIWA-Ar < 8 ou CIWA-modifiée < 7 durant 12-24 h)	Par paliers de 100-200 mg PO TID durant 3 à 7 jours, sauf si poursuite pour la prévention des rechutes		Diminuer durant 3 à 7 jours en réduisant la dose ou la fréquence
Durée du traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 7 à 10 jours ▶ La prolongation de la période de traitement jusqu'à un maximum de 4 semaines pourrait toutefois être considérée dans les cas de symptômes de sevrage persistants, de rechute brève et ponctuelle ou de dépendance aux benzodiazépines. 		
PRÉCAUTIONS ET CONTRE-INDICATIONS			
Insuffisance hépatique légère ou modérée	✔	⚠ ⁶	⚠ ⁶
Insuffisance hépatique sévère	✔	✘	⚠
Insuffisance pulmonaire sévère ou chronique	✔	✘	⚠
Insuffisance rénale (ClCr en ml/min)	⚠ (< 60)	⚠ ⁶	⚠ ⁶
Personnes de plus de 65 ans	⚠	⚠	⚠
Apnée du sommeil	✔	✘	⚠
Glaucome aigu à angle fermé	✔	✘	✘
Myasthénie grave	✔	✘	✘
Interactions médicamenteuses	Pour une liste non exhaustive, voir le tableau des principales interactions médicamenteuses en annexe I .		

Légende : ✔ : Recommandé; ⚠ : Peut être considéré avec prudence en fonction des risques et bénéfices; ✘ : Non recommandé.

1. Ces médicaments ne sont pas homologués par Santé Canada pour le traitement du sevrage d'alcool, mais ils sont couramment prescrits à cette fin et constituent des options de traitement valables selon l'expertise clinique des membres du comité consultatif.

2. La gabapentine est un choix d'autant plus favorable pour le traitement du sevrage lorsque son usage est également envisagé pour la prévention des rechutes.

3. Chez les personnes de plus de 65 ans, débuter avec des doses plus faibles pour réduire le risque de chute ou de dépression respiratoire.

4. Le phénobarbital n'est pas homologué par Santé Canada pour le traitement du sevrage d'alcool. Il est toutefois parfois prescrit à cette fin et constitue une option de traitement valable du syndrome de sevrage sévère et compliqué selon l'expertise clinique des membres du comité consultatif. Son usage devrait toutefois être réservé à un prescripteur expérimenté qui exerce en milieu hospitalier.

5. Pour l'administration de fortes doses de diazépam, la voie intrarectale pourrait être préférable à la voie IM lorsque la voie IV n'est pas disponible.

6. Pour ces conditions, amorcer le traitement avec des doses plus faibles et privilégier l'usage du lorazépam par rapport au diazépam.

VITAMINES ET SUPPLÉMENTS COMPLÉMENTAIRES

- ▶ Thiamine¹ 100 à 500 mg/jour PO, IV ou IM durant 1 semaine. Ajuster la dose selon l'état de la personne (p. ex. sévérité du syndrome de sevrage, capacité à s'alimenter, trouble de l'absorption, diarrhée ou encéphalopathie de Wernicke).
- ▶ En présence de carences confirmées, corriger les anomalies électrolytiques, notamment en ce qui concerne le magnésium (nécessaire pour l'absorption intracellulaire de la thiamine).

1. En raison de la faible absorption de la thiamine par voie orale, la voie parentérale est à privilégier (en milieu hospitalier, favoriser d'abord la voie IV, ensuite la voie IM). Si la voie PO est utilisée, la dose quotidienne peut être fractionnée pour favoriser une meilleure absorption.

SUIVI

- ▶ Les doses de médicaments et la fréquence d'évaluation de la personne devraient être ajustées en cours de traitement selon l'évolution des symptômes de sevrage (p. ex. selon une échelle validée) ainsi qu'en fonction de l'état de santé, des antécédents de complications, du soutien social et de l'environnement de la personne.
- ▶ En milieu ambulatoire, informer la personne des particularités liées à son traitement (voir la [feuille de suivi](#)) :
 - Un suivi devrait être assuré 2 à 3 fois par semaine (minimalement dans les 24 à 72 heures après le début du traitement) par un membre de l'équipe traitante, y compris, notamment, le pharmacien, et devrait inclure une recherche :
 - De la consommation d'alcool ou d'autres substances psychoactives;
 - De preuves de sous-dosage (symptômes de sevrage importants), de surdosage ou d'intoxication avec la médication ou avec d'autres substances;
 - De l'observance thérapeutique;
 - De modifications de l'état émotionnel (p. ex. idées suicidaires).
 - Une surveillance supplémentaire devrait être considérée chez les personnes avec un trouble lié à l'usage des benzodiazépines (actuel ou passé).
- ▶ En établissement, un suivi rapproché devrait être assuré au moins après les 2 ou 3 premières doses du traitement, et ce, jusqu'à ce que les signes et symptômes de sevrage soient contrôlés.
 - Le niveau de sédation devrait être évalué (p. ex. *Richmond Agitation Sedation Scale* ([RASS](#))).
- ▶ Une ordonnance visant à prévenir les rechutes devrait être considérée dans l'attente de la prise en charge pour le suivi du traitement.

ORIENTATION VERS LE MILIEU HOSPITALIER ou CONSULTATION AVEC UN COLLÈGUE EXPÉRIMENTÉ

- ▶ Une orientation vers le milieu hospitalier devrait être considérée dans les situations suivantes :
 - Syndrome de sevrage sévère (p. ex. hallucinations, CIWA-Ar ≥ 19 ou CIWA-modifiée ≥ 13) ou à risque élevé de complications (PAWSS > 4);
 - Suspicion d'encéphalopathie de Gayet-Wernicke;
 - Aggravation de l'état général (p. ex. sédation prononcée, signes vitaux instables).
- ▶ Une consultation avec un collègue expérimenté devrait être considérée dans les situations suivantes :
 - Antécédents de syndrome de sevrage sévère ou de complications de sevrage;
 - Absence de réponse après 24 à 48 heures de traitement (CIWA-Ar ≥ 8 ou CIWA-modifiée ≥ 7);
 - Comorbidités physiques ou psychiatriques multiples, sévères ou instables (idées suicidaires incluses);
 - Trouble concomitant lié à l'usage d'une autre substance, sauf le tabac.
- ▶ Un seuil d'admission moins élevé en milieu hospitalier pourrait être considéré dans certaines situations, notamment pour les personnes âgées de plus de 65 ans ou en cas d'instabilité psychosociale.

PRÉVENTION DES RECHUTES

PRINCIPES DE TRAITEMENT

- ▶ Une pharmacothérapie pour la prévention des rechutes devrait être offerte aux personnes atteintes d'un TUA.
 - ▶ La sélection du traitement pharmacologique devrait notamment considérer les éléments suivants :
 - Les objectifs du traitement (p. ex. réduction de la consommation¹ ou abstinence, traitement de l'anxiété ou des troubles du sommeil), ceux-ci pouvant évoluer en cours de route;
 - Les expériences antérieures de traitement (y compris la tolérance et la dose maximale atteinte), les besoins et les préférences de la personne traitée.
 - ▶ La diversité devrait être considérée dans la prise en charge de la personne, autant pour certaines particularités physiologiques que socioculturelles (p. ex. perception à l'égard des traitements).
 - ▶ Il est sécuritaire d'introduire la médication pour la prévention des rechutes pendant que les personnes consomment de l'alcool, mais l'efficacité peut être plus grande lorsqu'elle est administrée à la fin d'une période de gestion du sevrage.
 - Il est toutefois préférable d'avoir éliminé la majorité des effets du sevrage avant de commencer un traitement afin de ne pas confondre le tableau clinique et les effets secondaires des médicaments, et d'adapter la prise en charge en fonction des symptômes de sevrage résiduels.
 - ▶ Le traitement pharmacologique devrait être accompagné :
 - D'interventions brèves et de conseils pour outiller la personne face aux difficultés liées à la consommation;
 - De soutien à la motivation dans l'atteinte des objectifs et visant à favoriser l'adhésion au traitement;
 - D'une proposition d'interventions psychosociales et d'accompagnement², sans que ces interventions soient perçues comme conditionnelles ou obligatoires pour accéder au traitement du TUA.
 - ▶ Le fractionnement des ordonnances et la fréquence élevée du service à la pharmacie devraient être envisagés, en particulier en début de traitement et surtout pour la gabapentine et le topiramate, afin d'en surveiller l'usage et d'assurer un meilleur suivi des personnes traitées.
- ⚠ Il est important de rappeler aux femmes enceintes ou en âge de procréer que l'usage de topiramate pendant la grossesse comporte des risques importants pour le fœtus (soutenir les besoins de contraception, s'il y a lieu).

1. Tout objectif de réduction de la consommation moyenne d'alcool est susceptible d'être bénéfique et mérite d'être valorisé.

2. Au besoin, consulter le [Répertoire des ressources en dépendances du MSSS](#).

TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES³

	1 ^{er} choix	2 ^e choix		
Posologie	Naltrexone 25 mg PO DIE durant 2 à 4 jours suivis de 50 mg PO DIE	Acamprosate ⁴ 666 mg PO TID < 60 kg: 666 mg AM, 333mg PM et 333 mg HS	Gabapentine ⁵ 100-300 mg PO TID, augmenter graduellement jusqu'à 1 200-1 800 ⁶ mg PO par jour selon la tolérance	Topiramate ⁵ 25 mg PO DIE, augmenter graduellement (p. ex. par paliers de 25 mg par semaine) jusqu'à 100 -150 mg PO BID selon la tolérance
		Clcr 30 à 49 ml/min : 333 mg PO TID	Clcr 30 à 59 ml/min : limiter à 300 mg PO BID Clcr 15 à 29 ml/min : limiter à 300 mg PO DIE Clcr < 15 ml/min : débuter et limiter à 100 mg PO DIE	Clcr < 70 ml/min : dose visée de 50 à 75 mg PO BID

3. Les données probantes actuelles ne permettent pas de recommander l'usage du baclofène pour la prévention des rechutes.

4. L'acamprosate, un choix intéressant lorsque l'abstinence est l'objectif du traitement de la personne, est un médicament d'exception inscrit à la liste de médicaments de la RAMQ. L'indication pour le paiement est reconnue pour le maintien de l'abstinence chez les personnes souffrant de dépendance alcoolique, qui sont abstinentes à l'alcool depuis au moins cinq jours et qui font partie d'un programme de prise en charge complet axé sur l'abstinence à l'alcool. La durée maximale de chaque autorisation est de 3 mois, pour une durée totale maximale d'autorisation de 12 mois.

5. La gabapentine et le topiramate ne sont pas homologués par Santé Canada pour la prévention des rechutes. Ils sont toutefois couramment prescrits à cette fin et constituent des options de traitement valables selon l'expertise clinique des membres du comité consultatif.

6. La gabapentine peut être efficace à 900 mg / jour chez certaines personnes, mais l'efficacité semble supérieure à une dose de 1 200 mg / jour. À la suite d'un sevrage d'alcool réalisé avec la gabapentine, ajuster au besoin jusqu'à la dose de traitement visée pour la prévention des rechutes.

PRÉCAUTIONS ET CONTRE-INDICATIONS

	Naltrexone	Acamprosate	Gabapentine	Topiramate
Insuffisance hépatique	✗	⚠ (Child-Pugh C)	✓	⚠
Usage actuel ou attendu, sevrage ou trouble lié à l'usage d'opioïdes	✗ ¹	✓	⚠	✓
Insuffisance rénale (Clcr en ml/min)	⚠ (< 60)	✗ (≤ 30) ⚠ (30-49)	⚠ (< 60)	⚠ (< 70)
Personnes de plus de 65 ans	✓	✓	⚠	⚠
Interactions médicamenteuses	Pour une liste non exhaustive, consulter le tableau des principales interactions médicamenteuses en annexe I .			
Durée du traitement	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Le traitement pour la prévention des rechutes devrait être poursuivi minimalement durant trois mois. ▶ En l'absence de bénéfices détectables après trois mois de traitement, celui-ci devrait être réévalué et des options de remplacement envisagées. ▶ Six mois après le début du traitement, l'utilité de poursuivre la médication devrait être réévaluée en collaboration avec la personne traitée, selon les avantages et les effets indésirables perçus ou ressentis. <p>⚠ L'administration de la gabapentine et du topiramate ne devrait pas être interrompue brusquement.</p>			

Légende : ✓ : Recommandé; ⚠ : Peut être considéré avec prudence en fonction des risques et bénéfices; ✗ : Non recommandé.

1. Y compris la prise d'opioïdes durant les dix derniers jours, même sans une consommation active.

SUIVI

- ▶ En début de traitement, les personnes devraient bénéficier d'une surveillance étroite (p. ex. une fois par semaine) comprenant notamment l'observation des éléments suivants :
 - L'apparition ou l'intensification de troubles du sommeil, de symptômes dépressifs, anxieux ou d'idées suicidaires, et ce, même sans consommation d'alcool;
 - L'apparition de symptômes de sevrage, en particulier pour les personnes sans gestion préalable du sevrage;
 - La tolérance et l'observance du traitement ainsi que l'envie de consommer de l'alcool.
- ▶ Par la suite, un suivi devrait être effectué au moins une fois par mois durant six mois par un membre de l'équipe multidisciplinaire (sauf les intervenants psychosociaux) et à fréquence réduite mais régulière si le traitement est poursuivi plus de six mois.
- ▶ Il peut être bénéfique de mettre en application des mesures pour favoriser l'observance thérapeutique :
 - En cas d'observance du traitement (plutôt que de cesser la médication);
 - En cas d'instabilité ou de précarité sociale (p. ex. itinérance).
- ▶ Suivis complémentaires en fonction de la médication :
 - Topiramate : surveiller l'apparition d'acidose métabolique;
 - Naltrexone : un bilan hépatique devrait être effectué 4 à 6 semaines après le début du traitement puis tous les 6 mois par la suite.
- ▶ L'orientation vers un milieu spécialisé ou l'intensification du suivi ambulatoire, le cas échéant, pourraient être considérées dans les situations suivantes :
 - Apparition ou détérioration d'un trouble de santé physique ou mentale sévère, instable ou complexe (par exemple trouble bipolaire ou psychotique tel que la schizophrénie);
 - Apparition ou détérioration d'un autre trouble lié à l'usage d'une substance, sauf le tabac et le cannabis;
 - Détérioration de l'environnement social ou déstabilisation psychosociale;
 - Aucun avantage obtenu malgré plusieurs tentatives adéquates de traitement.
- ▶ À la suite d'un traitement, l'absence de critères de TUA durant une période de plus de 3 mois mais de moins de 12 mois est considérée comme une rémission précoce alors qu'une période de plus de 12 mois sans symptômes est considérée comme une rémission prolongée.

RÉFÉRENCES

Pour consulter les références, voir le [rapport en soutien](#) au GUO et [l'état des connaissances](#).

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES DES MÉDICAMENTS RECOMMANDÉS POUR LE SEVRAGE ET LA PRÉVENTION DES RECHUTES

Médicaments	Interactions médicamenteuses les plus significatives	
	Médicaments concernés	Effet ou façon de gérer l'interaction
Benzodiazépines • Diazépam • Lorazépam	Toutes benzodiazépines • Dépresseurs du système nerveux central (p. ex. opioïdes, alcool, anesthésiques, antidépresseurs, antihistaminiques sédatifs, antipsychotiques, hypnotiques)	Augmentation du risque de dépression respiratoire
	Diazépam • Inhibiteurs du CYP2C19 ou du CYP3A4 tels que : – Antifongiques azolés (itraconazole, kétokonazole, voriconazole) – Fluvoxamine – Inhibiteurs de la protéase du VIH – Bocéprévir (inhibiteur de la protéase NS3/A4 de l'hépatite C) – Cimétidine – Pamplemousse	Augmentation possible des concentrations de diazépam
	Diazépam • Phénytoïne • Digoxine	Déséquilibre des concentrations sériques de phénytoïne ou de digoxine
Gabapentine	Dépresseurs du SNC, y compris les opioïdes, les benzodiazépines et l'alcool	Intensification des effets sur les fonctions cognitives, la motricité globale et augmentation du risque de sédation et de dépression respiratoire.
	Antiacides à base d'hydroxyde d'aluminium ou de magnésium	Diminution des niveaux de gabapentine (espacer leur administration de deux heures).
Naltrexone	Autres médicaments potentiellement hépatotoxiques	Augmentation du risque d'hépatotoxicité
	Opioïdes	Diminution de l'effet des opioïdes et possible précipitation d'un syndrome de sevrage aux opioïdes
Topiramate	Contraceptifs oraux	Diminution des concentrations et de l'efficacité des contraceptifs oraux
	Plusieurs autres interactions médicamenteuses importantes existent avec le topiramate	Consulter un membre de l'équipe interprofessionnelle au besoin

ÉCHELLE STANDARDISÉE D'IDENTIFICATION DES TROUBLES LIÉS À L'USAGE D'ALCOOL (AUDIT)

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 réponse choisie dans la case à droite.

<p>1. À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool?</p> <p>(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</p>	<p>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?</p> <p>(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</p>
<p>2. Combien de verres d'alcool consommez-vous habituellement en une journée où vous buvez?</p> <p>(0) un ou deux (1) trois ou quatre (2) cinq ou six (3) sept à neuf (4) dix ou plus</p>	<p>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?</p> <p>(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</p>
<p>3. À quelle fréquence consommez-vous six verres ou plus en une même occasion?</p> <p>(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</p>	<p>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?</p> <p>(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</p>
<p>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?</p> <p>(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</p>	<p>9. Avez-vous été blessé(e) ou une autre personne l'a-t-elle été à la suite de votre consommation d'alcool?</p> <p>(0) non (2) oui, mais pas dans l'année passée (4) oui, au cours de l'année dernière</p>
<p>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?</p> <p>(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</p>	<p>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?</p> <p>(0) non (2) oui, mais pas dans l'année passée (4) oui, au cours de l'année dernière</p>

Score total : _____ (Score maximum = 40)

Traduction officielle de l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). Source : <https://auditscreen.org/translations/>

ÉCHELLE DE PRÉDICTION DU RISQUE DE SYNDROME DE SEVRAGE D'ALCOOL COMPLIQUÉ (PAWSS)

Partie A : Critères de seuil	Oui ou non (sans points)
Avez-vous consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours?	
Le patient présentait-il une alcoolémie positive à l'admission?	
Si la réponse à l'une des questions est oui, procéder au test.	
Partie B : Basé sur un entretien avec le patient	(1 point/énoncé)
Avez-vous été en état d'ivresse au cours des 30 derniers jours?	
Avez-vous déjà bénéficié d'un suivi, d'une cure de sevrage ou d'un traitement pour l'alcoolodépendance?	
Avez-vous déjà fait dans le passé un syndrome de sevrage d'alcool, quelle que soit sa sévérité?	
Avez-vous déjà eu des périodes où vous ne vous ne souveniez plus de ce qui s'était passé à la suite de consommation d'alcool?	
Avez-vous fait des crises convulsives lors d'un sevrage?	
Avez-vous déjà fait un delirium tremens?	
Avez-vous associé l'alcool à d'autres toxiques déprimeurs comme les benzodiazépines durant les 90 derniers jours?	
Avez-vous associé l'alcool à d'autres drogues durant les 90 derniers jours?	
Partie C : Basé sur des éléments cliniques	(1 point/énoncé)
L'alcoolémie du patient à l'admission était-elle supérieure ou égale à 43 mmol/l?	
Existe-t-il des signes d'hyperactivité du système nerveux sympathique (fréquence cardiaque supérieure à 120 /minutes, hypersudation, agitation, nausées) ?	
Score total	
<p>Notes : Score maximal de 10. Cet outil est conçu à des fins de dépistage. Le risque de développement d'un syndrome de sevrage d'alcool augmente avec le nombre d'éléments positifs.</p> <p>Un score ≥ 4 suggère un risque élevé de survenue d'un syndrome de sevrage de modéré à sévère.</p>	

Source : NOUI S., DERVAUX, A. Adaptation transculturelle d'une version française de la PAWSS (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale) : « Échelle de prédiction du risque de syndrome de sevrage d'alcool compliqué », French Journal of Psychiatry, volume 1, supplément, novembre 2018, page S136.

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE LA SÉVÉRITÉ DU SYNDROME DE SEVRAGE D'ALCOOL ACTIF (CIWA-Ar)

Fréquence cardiaque : _____ / min

Tension artérielle : _____ / _____

Nausées et vomissements : Demander : « Avez-vous des nausées? Avez-vous vomi? » Observer.

- 0 Ni nausée ni vomissement
- 1 Nausées légères sans vomissements
- 2
- 3
- 4 Nausées intermittentes avec haut-le-cœur
- 5
- 6
- 7 Nausées constantes, fréquents haut-le-cœur et vomissements

Troubles des perceptions tactiles : Demander : « Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillement, de brûlure? Des engourdissements? Ou avez-vous l'impression que des insectes grouillent sur ou sous votre peau? »

- 0 Aucun trouble de ce registre
- 1 Très peu de démangeaisons, de sensations de fourmillement, de brûlure ou d'engourdissement
- 2 Peu de troubles cités ci-dessus
- 3 Troubles cités ci-dessus modérés
- 4 Hallucinations modérées
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

Tremblements : Évaluer bras tendus et doigts en face de l'examineur. Observer.

- 0 Pas de tremblements
- 1 Invisibles, mais sentis du bout des doigts
- 2
- 3
- 4 Modérés lorsque les bras sont tendus
- 5
- 6
- 7 Sévères, même avec les bras non tendus

Troubles des perceptions auditives : Demander : « Êtes-vous plus sensibles aux sons qui vous entourent? Sont-ils plus stridents? Vous font-ils peur? Entendez-vous un son qui vous perturbe? Entendez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là? »

- 0 Aucun son troublant
- 1 Sons très peu stridents ou effrayants
- 2 Sons peu stridents ou effrayants
- 3 Sons modérément stridents ou effrayants
- 4 Hallucinations modérées
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

Sueurs paroxystiques : Observer.

- 0 Pas de sueur visible
- 1 Sueur à peine perceptible, paumes moites
- 2
- 3
- 4 Front perlé de sueur
- 5
- 6
- 7 Sueurs profuses

Troubles de perceptions visuelles : Demander : « La lumière vous paraît-elle trop vive? Sa couleur est-elle différente? Vous fait-elle mal aux yeux? Voyez-vous des choses qui vous perturbent? Voyez-vous des choses que vous savez ne pas être réellement là? »

- 0 Aucun trouble de ce registre
- 1 Troubles très peu sensibles
- 2 Peu sensibles
- 3 Modérément sensibles
- 4 Hallucinations modérées
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

Anxiété : Demander : « Vous sentez-vous nerveux? » Observer.

- 0 Pas d'anxiété. Détendu.
- 1 Légèrement anxieux
- 2
- 3
- 4 Modérément anxieux, sur ses gardes, on devine une anxiété.
- 5
- 6
- 7 Équivalent d'état de panique aiguë, tel que l'on peut le voir dans les états délirants sévères ou les réactions schizo-phréniques aiguës.

Céphalées : Demander : « Avez-vous des sensations anormales au niveau de la tête? Avez-vous l'impression d'avoir la tête serrée dans un étau? » Ne pas évaluer les étourdissements ni les sensations de tête vide. S'attacher plutôt à la sévérité.

- 0 Céphalée absente
- 1 Très légère
- 2 Légère
- 3 Modérée
- 4 Modérément sévère
- 5 Sévère
- 6 Très sévère
- 7 Extrêmement sévère

Agitation : Observer.

- 0 Activité normale
- 1 Activité légèrement accrue par rapport à la normale
- 2
- 3
- 4 S'agite et gigote, modérément
- 5
- 6
- 7 Marche de long en large pendant l'évaluation, ou s'agite violemment

Troubles de l'orientation : Demander : « Quel jour sommes-nous? Où êtes-vous? Qui suis-je? »

- 0 Orienté(e) et peut faire des additions en série
- 1 Ne peut faire des additions en série ou est incertain(e) de la date
- 2 Erreur sur la date de moins de 2 jours
- 3 Erreur sur la date de plus de 2 jours
- 4 Désorienté(e) dans l'espace et/ou par rapport aux personnes

Score total : _____ (Score maximum = 67)

L'interprétation du score doit tenir compte des données de l'évaluation clinique ou des facteurs confondants (p. ex. l'effet des médicaments, des conditions médicales, des difficultés à communiquer).

Sévérité du syndrome de sevrage d'alcool selon l'échelle CIWA-Ar

Sévérité	Léger	Modéré	Sévère
Score	Inférieur à 8	De 8 à 18	Égal ou supérieur à 19

ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE LA SÉVÉRITÉ DU SYNDROME DE SEVRAGE D'ALCOOL ACTIF (CIWA-MODIFIÉE)

Échelle CIWA-modifiée	
Fréquence cardiaque	
Inférieure à 80	0
De 80 à 90	1
Supérieure à 90	2
Tension artérielle	
Inférieure à 150/90	0
De 150/90 à 180/95	2
Supérieure à 180/95	3
Nausées ou vomissements	
Aucune nausée ni aucun vomissement	0
Nausée légère avec haut-le-cœur	1
Nausée constante avec vomissements	2
Tremblements	
Aucun tremblement	0
Palpable au bout des doigts seulement	1
Modéré et visible	2
Sévère même avec les bras le long du corps	3
Anxiété	
Pas d'anxiété ou d'agitation	0
Légèrement anxieux avec hyperactivité	1
Modérément anxieux avec agitation	2
Sévèrement anxieux avec réaction de quasi-panique	3
Désorientation/confusion	
Orienté	0
Légère — incertain de la date ou du lieu	1
Modérée — désorienté quant au temps, au lieu et aux circonstances	2
Sévère — complètement désorienté quant au temps, au lieu et aux personnes ou perceptions auditives, tactiles, visuelles altérées	3
Sueurs	
Aucune	0
Légères – à peine perceptibles, avec mains moites	1
Sévères — abondantes	2
Score total (Score maximum = 18)	

Adaptation en français de Clinical Institute Withdrawal Assessment - Alcohol modified (CIWA-modifiée).

Source : WOJTECKI CA, MARRON J, ALLISON EJ JR, KAUL P, TYNDALL G. *Systematic ED assessment and treatment of alcohol withdrawal syndromes: a pilot project at a Veterans Affairs Medical Center. J Emerg Nurs. 2004 Apr; 30(2):134-40.*

Sévérité du syndrome de sevrage d'alcool selon l'échelle CIWA-modifiée

Sévérité	Léger	Modéré	Sévère
Score	De 0 à 6	De 7 à 12	Égal ou supérieur à 13

ÉCHELLE DE VIGILANCE-AGITATION DE RICHMOND (RASS)

Instruction	Description/Définition	Niveau
Observer le patient sans faire de bruit		
S'il manifeste une activité motrice spontanée, quantifier le niveau d'agitation :	Combatif : danger immédiat pour l'équipe	+ 4
	Très agité : tire, arrache les tuyaux ou cathéters et/ou agressif envers l'équipe	+ 3
	Agité : mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur	+ 2
	Ne tient pas en place : anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs	+ 1
S'il est calme et répond ou non aux ordres simples :	Éveillé et calme : calme et les yeux ouverts Conscient : RASS 0 + répond aux ordres simples	0
S'il est calme, les yeux fermés : quantifier le niveau d'hypovigilance (ou d'endormissement) en s'adressant au patient par son nom sans le toucher, en utilisant une voix de plus en plus forte et d'autant plus forte que le patient est susceptible d'être sourd (sujet âgé, séjour prolongé en réanimation : bouchon de cérumen, toxicité des antibiotiques et du furosémide) :	Somnolent : pas complètement éveillé, mais reste éveillé au contact visuel à l'appel (> 10 s)	- 1
	Diminution légère de la vigilance : reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10 s)	- 2
	Diminution modérée de la vigilance : n'importe quel mouvement à l'appel (ouverture des yeux), mais pas de contact visuel	- 3
Si le patient ne fait aucun mouvement, y compris en l'appelant d'une voix forte : frictionner d'abord l'épaule puis le sternum sans être nociceptif :	Diminution profonde de la vigilance : aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)	- 4
	Non réveillable : aucun mouvement, ni à l'appel ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum).	- 5

Adaptation en français de la *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS).

Source : CMQ, 2015. *La sédation-analgésie, lignes directrices*.