



Mise à jour Ados et troubles d'usage de substances (TUS)

Nicholas Chadi, MD MPH FRCPC FAAP

Pédiatre et clinicien-investigateur
spécialisé en médecine de
l'adolescence et toxicomanie
Professeur agrégé de clinique

Section de médecine de l'adolescence
Département de pédiatrie
CHU Sainte-Justine

Université de Montréal

5 juin 2026

Objectifs

- Identifier les dernières tendances épidémiologiques chez les adolescents
- Nommer les bonnes pratiques cliniques concernant les sevrages chez les jeunes;
- Décrire les approches thérapeutiques à privilégier chez les ados

Conflits d'intérêts

- Aucun
- Note: Cette présentation aborde l'utilisation de thérapies médicamenteuses hors indication chez les adolescents. Les données et recommandations présentées visent à soutenir la pratique clinique et les discussions lors de cette séance, et ne constituent pas des directives officielles ni des indications approuvées par les autorités réglementaires.



Image générée par intelligence artificielle

Vignette clinique: Jay

- 16 ans, secondaire 4, en bonne santé, identité non-binaire, pronom iel
- Aime le k-pop, les mangas, socialise surtout via SnapChat et Instagram
- Réussit bien à l'école, mais en conflit perpétuel avec ses parents
- Vapote de la nicotine quotidiennement depuis 3 ans, a une « 20k » qui lui dure 1 semaine, « de la 50 », utilisation de sachets de nicotine
- Utilisation quotidienne de cannabis fumé et sous forme de « wax pen » rapporte des épisodes de dissociation et 1 ou 2 « bad trip »
- Période d'utilisation d'alcool et de « Xanax » quotidienne l'été dernier, actuellement opioïdes en comprimés, cocaïne et MDMA lorsque accès
- Dit être incapable d'arrêter ou de diminuer sa consommation « je suis beaucoup trop stressé »

Dernières tendances



Image générée par intelligence artificielle

Usage de substances psychoactives à l'adolescence


Consommation de drogues (en pourcentage) au cours de l'année écoulée parmi l'échantillon total, selon le sexe[†] et l'année d'études, SCDSEO 2025 (N = 11 108)

	Total	Garçons	Filles	7 ^e	8 ^e	9 ^e	10 ^e	11 ^e	12 ^e
7^e - 12^e année									
Alcool	31,9	29,7	34,1 *	8,0	12,4	21,3	36,8	46,3	55,7 *
Opioides sur ordonnance (NM)	13,6	11,3	16,0 *	12,9	14,8	17,9	12,1	16,3	8,4 *
Cannabis	12,3	10,5	14,1 *	1,5	2,9	5,8	12,3	19,2	26,5 *
Cigarettes électroniques (vapeuses)	10,5	7,0	14,0 *	3,0	4,3	6,3	12,4	16,3	17,3 *
Antitussifs et antirhumes (NM)	7,5	7,9	7,0	13,7	9,9	7,0	5,8	5,4	4,6 *
Sachets de nicotine	5,8	6,7	4,8	s	s	2,6	6,2	9,3	11,7 *
Cigarettes de tabac	3,5	3,4	3,6	s	s	1,2	s	7,1	6,3 *
Médicaments pour le TDAH (NM)	1,9	1,9	1,9	2,3	1,8	1,8	1,6	2,6	1,3
9^e - 12^e année^{††}									
Champignons (psilocybine) ou mescaline	2,7	3,2	2,1 *	--	--	s	2,0	4,0	3,5 *
Tranquillisants ou sédatifs (NM)	1,2	0,8	1,6	--	--	1,5	1,2	1,7	0,6
Ecstasy (MDMA)	0,7	0,5	s	--	--	s	s	s	s
Cocaïne	0,6	0,5	0,7	--	--	s	s	s	s
Méthamphétamine	0,6	s	s	--	--	s	s	s	s
LSD	0,5	0,5	s	--	--	s	s	s	s
Tout médicament sur ordonnance (NM)	14,6	12,8	16,7	--	--	18,3	14,2	17,9	9,3 *
Toute drogue	16,8	15,8	17,8	--	--	17,8	14,8	19,2	15,5

Nota : † sexe à la naissance; †† questions non posées aux élèves de 7^e et 8^e année; * différence statistiquement significative entre les sexes ou années d'études ($p < 0,05$), sans tenir compte d'autres facteurs; N = taille de l'échantillon; s = estimation supprimée pour raison de fiabilité; les estimations pour l'alcool excluent « une gorgée »; les estimations pour les cigarettes de tabac et les cigarettes électroniques (vapeuses) excluent « quelques bouffées »; NM = usage non médical, sans ordonnance d'un médecin; « Opioides sur ordonnance (NM) » renvoie à l'usage non médical d'opioïdes comme Percocet, Percodan, Tylenol 3, Demerol, Dilaudid, la codéine, l'hydromorphone, l'oxycodone, le tramadol et la morphine; « Tout médicament sur ordonnance (NM) » renvoie à l'usage non médical d'opioïdes, de médicaments contre le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et de tranquillisants ou sédatifs au cours de l'année écoulée; « Toute drogue » renvoie à l'usage de l'une quelconque des 11 drogues (sauf l'alcool, le tabac ou la nicotine et le cannabis) au cours de l'année écoulée; les estimations pour l'héroïne et le fentanyl ont été supprimées pour raison de fiabilité.


La cigarette perd en popularité au profit de la cigarette électronique

La proportion d'élèves fumant la cigarette diminue.

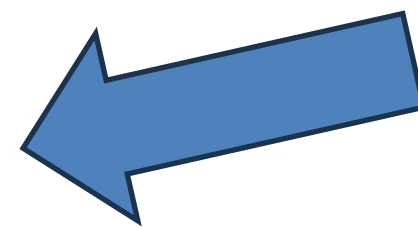


	2010-2011	2016-2017	2022-2023
Total	11%	5% ↓	2,3% ↓
Filles	11%	5%	2,3% ↓
Garçons	10%	6%	2,3% ↓

Proportion d'élèves ayant utilisé la cigarette électronique au cours des 30 jours précédant l'enquête



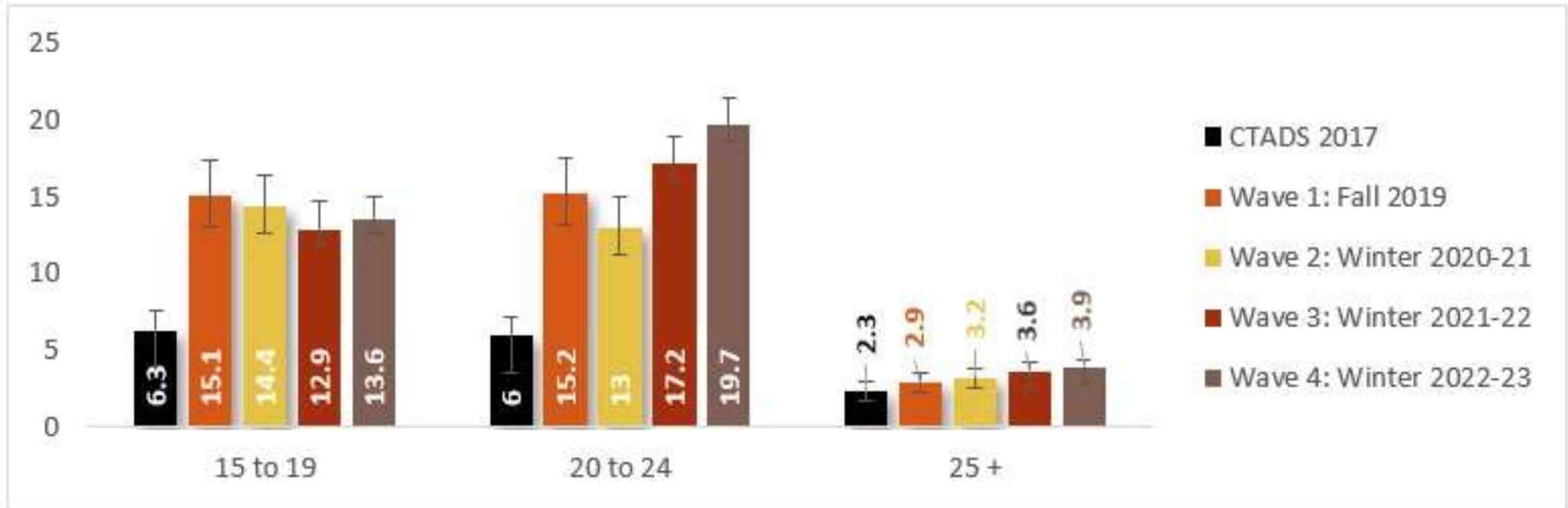
	2016-2017	2022-2023
Total	11%	16% ↑
Filles	8%	19% ↑
Garçons	13%	13%



Enquête québécoise sur la santé des jeunes au secondaires, <https://statistique.quebec.ca/fr/document/sante-jeunes-secondaire-2022-2023/publication/sante-physique-habitudes-vie-jeunes-secondaire>

Le vapotage chez les ados atteint un plateau depuis 2019-2020

FIGURE 1B: PREVALENCE OF PAST-MONTH VAPING BY AGE GROUP: CTADS 2017, CTNS 2019 TO 2023



Les sachets de nicotine rattrapent les cigarettes traditionnelles

Table 2 Prevalence of lifetime and current nicotine product use among adolescents at 33 participating secondary schools in Quebec, Canada ($n = 11,017$) 2023

	Lifetime ^a use		Current ^a use	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
→ E-cigarettes (Vapes, E-cigs, Vape Pens)	3004	27.3	1435	13.0
→ Cigarettes	1116	10.1	332	3.0
→ Nicotine pouches (e.g., ZYN, ZONNIC)	404	3.7	283	2.6
Grey tobacco powder pouches (SNUS)	119	1.1	104	0.9
Other smokeless tobacco products (Chewing Tobacco, Snuff, Mouth Snuff, etc.)	194	1.8	115	1.0
Heated tobacco products (e.g., IQOS, HEETS or Heatstick)	128	1.2	111	1.0

a “Lifetime” use is defined as having ever tried the product; “current” use is defined as use on at least one day in the last 30 days



Thèmes de santé ▾

Pays ▾

Centre des médias ▾

Urgences sanitaires ▾

Données ▾

À propos ▾

Page d'accueil / Communiqués de presse / L'OMS met en garde les marques de sachets de nicotine qui ciblent les jeunes alors que les ventes explosent



L'OMS met en garde les marques de sachets de nicotine qui ciblent les jeunes alors que les ventes explosent

English

العربية

中文

Español

Consommation d'alcool et de cannabis dans les 12 mois précédant l'enquête



	2010-2011	2016-2017	2022-2023
Total	60%	53% ↓	47% ↓
Filles	59%	53% ↓	50% ↓
Garçons	60%	52% ↓	43% ↓



	2010-2011	2016-2017	2022-2023
Total	25%	18% ↓	16% ↓
Filles	24%	17% ↓	18%
Garçons	26%	19% ↓	14% ↓

Les sachets de nicotine



Sachet proportionné de nicotine (synthétique ou dérivée du tabac), poudre de cellulose, saveurs, sucrant, alcalinisant

Sachet de nicotine

- 1 seule marque autorisée par Santé Canada (Zonnic ©)
- Seulement en pharmacie (au Québec, derrière le comptoir)
- Saveur de menthe, menthol
- 4mg/sachet (1-2 cigarettes)
- Coût: Environ 0.50\$/sachet

Fig. 13. Examples of nicotine pouches with exceptionally high nicotine content



Source: SRITA original research product (3).

De la caféine sous différentes formes

Sachets de caféine

- Disponible un peu partout
- Aucune réglementation spécifique
- Multitude de saveurs
- 25-100mg/caféine par sachet (0.25-1 café)
- Coût: environ 0,50\$/sachet

Poudre de caféine

- Selon la compagnie:
 - « Boost ton énergie instantanément en inhalant notre poudre Sniffy. »
 - « Grâce à son absorption rapide par la muqueuse nasale, Sniffy te procure un regain d'énergie instantané. »
 - « Plus le sniff est grand plus l'effet sera grand. L'effet dure généralement 20 à 30 minutes. »
- Poudre à « sniffer » composée de produits « 90% naturels »
 - **Stimulants: Caféine, taurine**
 - Acides aminés: l-Arginine, l-citrulline, beta-alanine
 - Maltodextrine
 - Créatine



Consommation de cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête selon l'âge

Population de 15 ans et plus, Québec, 2021-2022 et 2023-2024

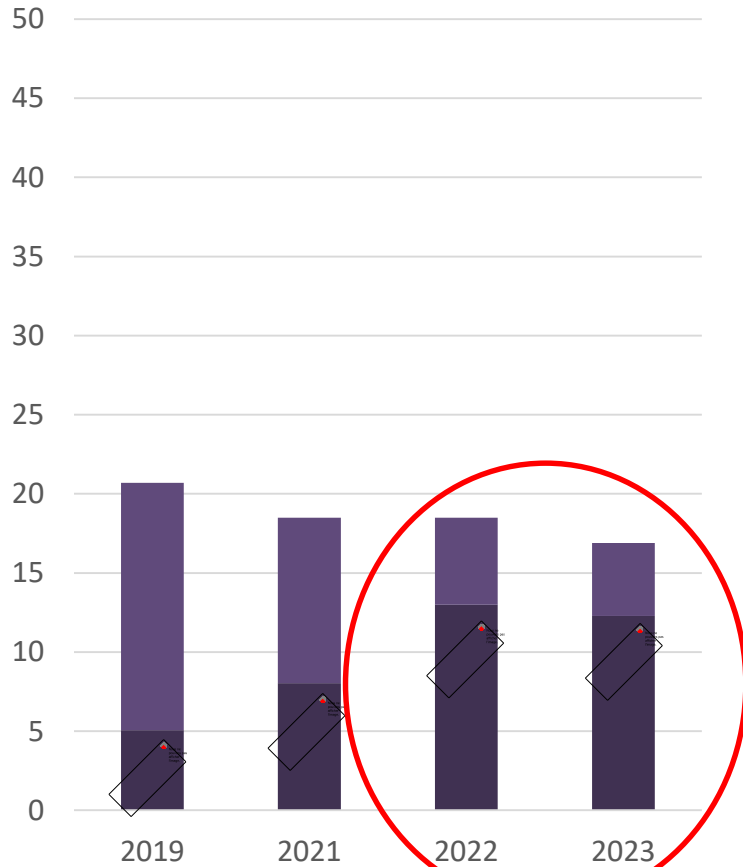


Source

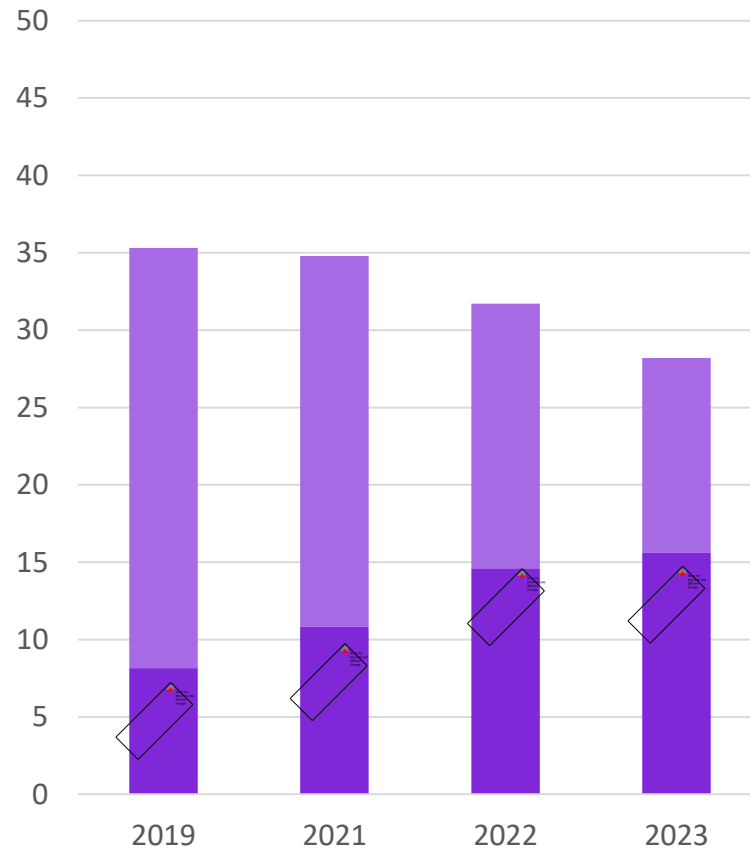
Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur le cannabis*, 2021-2022 et 2023-2024.

Consommation de cannabis par groupe d'âge, 12 derniers mois (Enquête québécoise sur le cannabis 2019-2023)

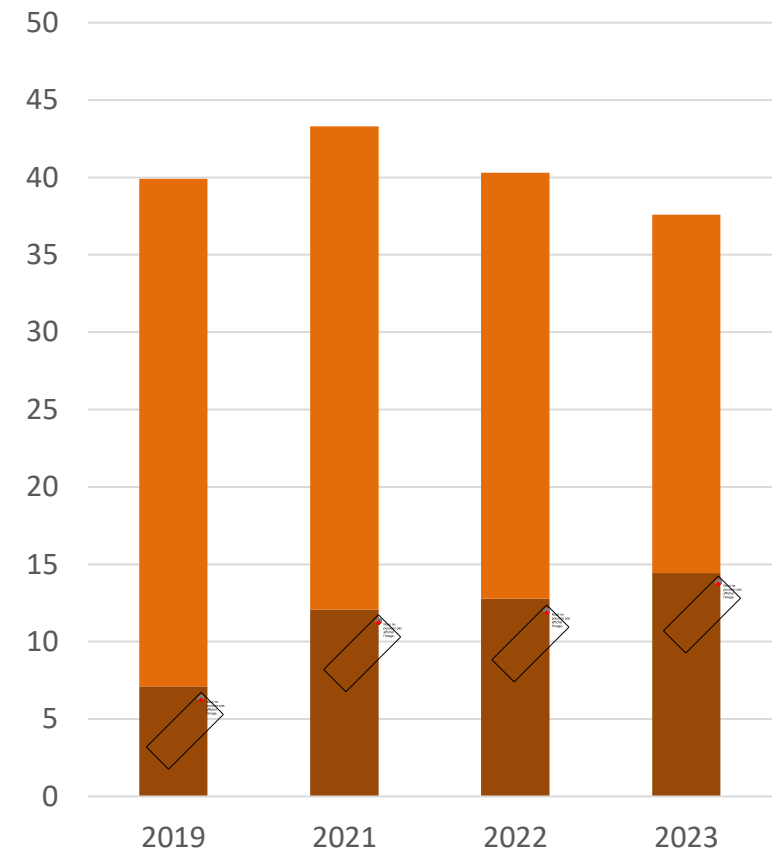
15-17 ans



18-20 ans



21-24 ans

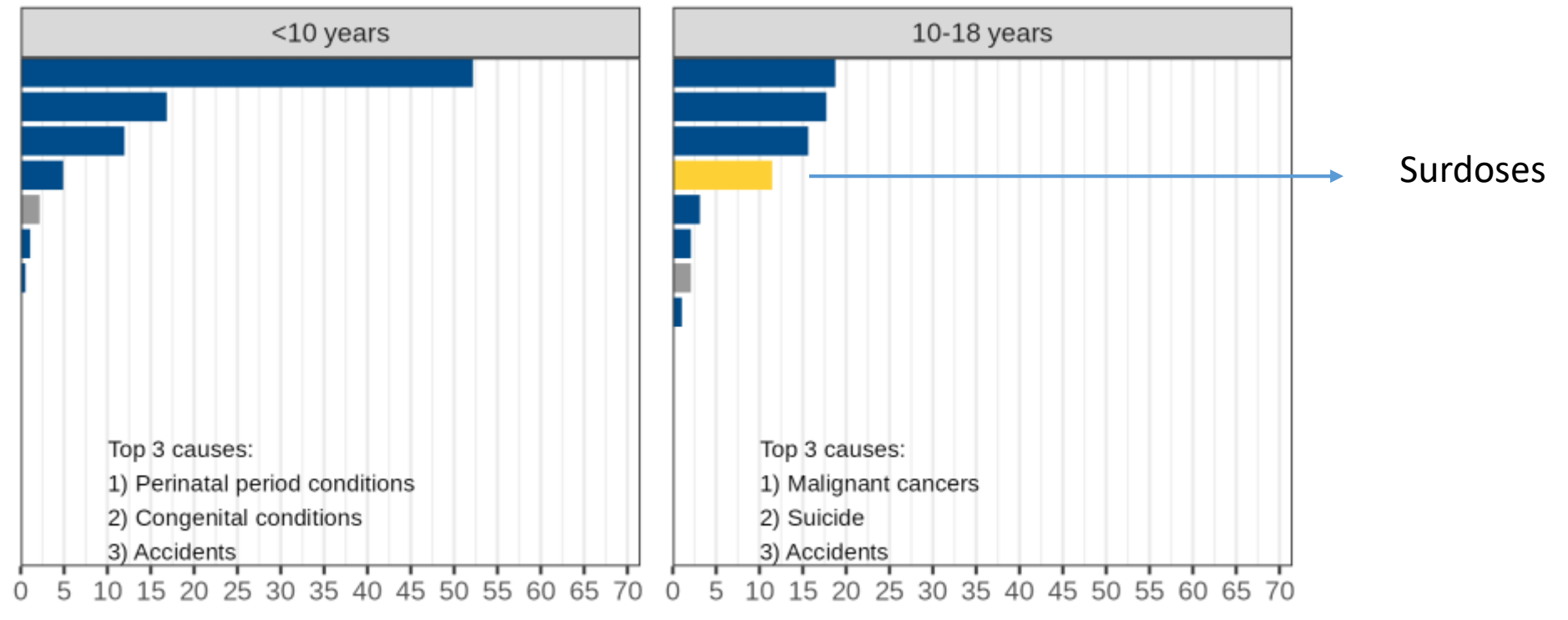


■ Vapotage ■ Non vapotage

■ Vapotage ■ Non vapotage

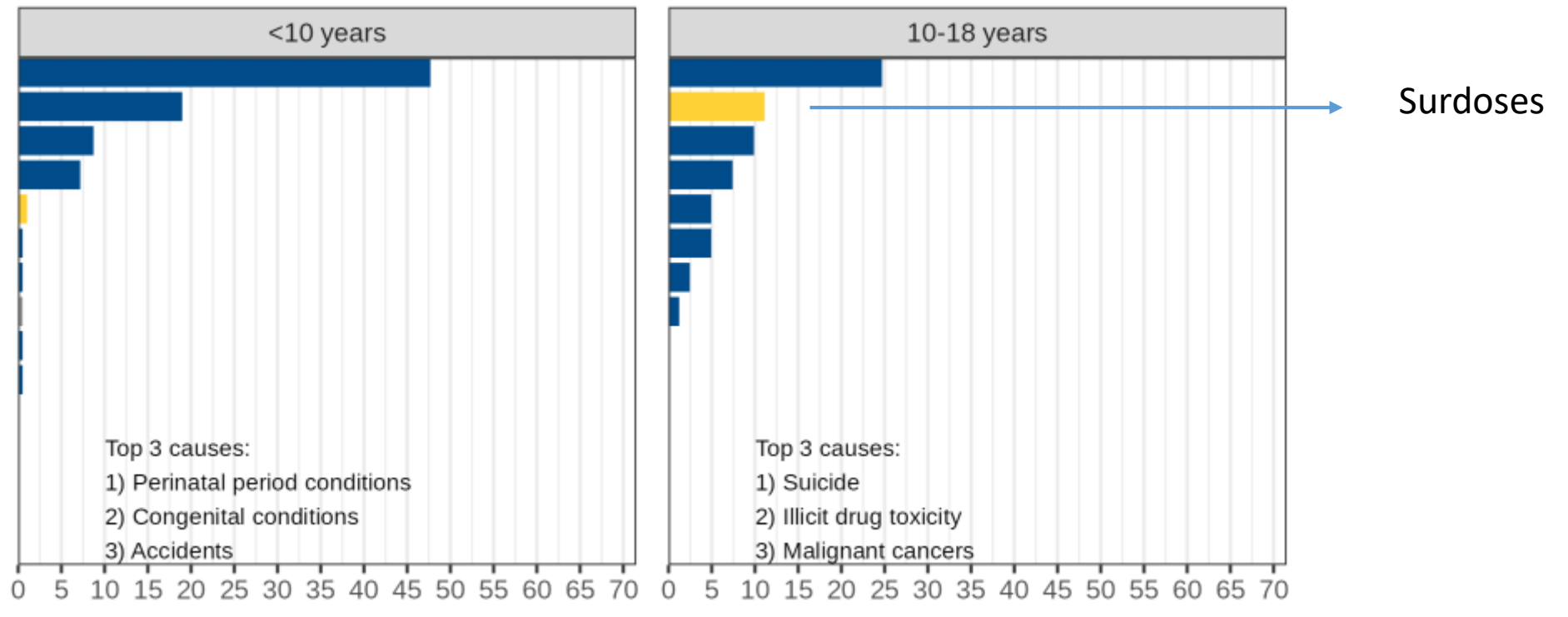
■ Vapotage ■ Non vapotage

Pendant ce temps... les causes de mortalité pédiatriques en Colombie-Britannique en 2019



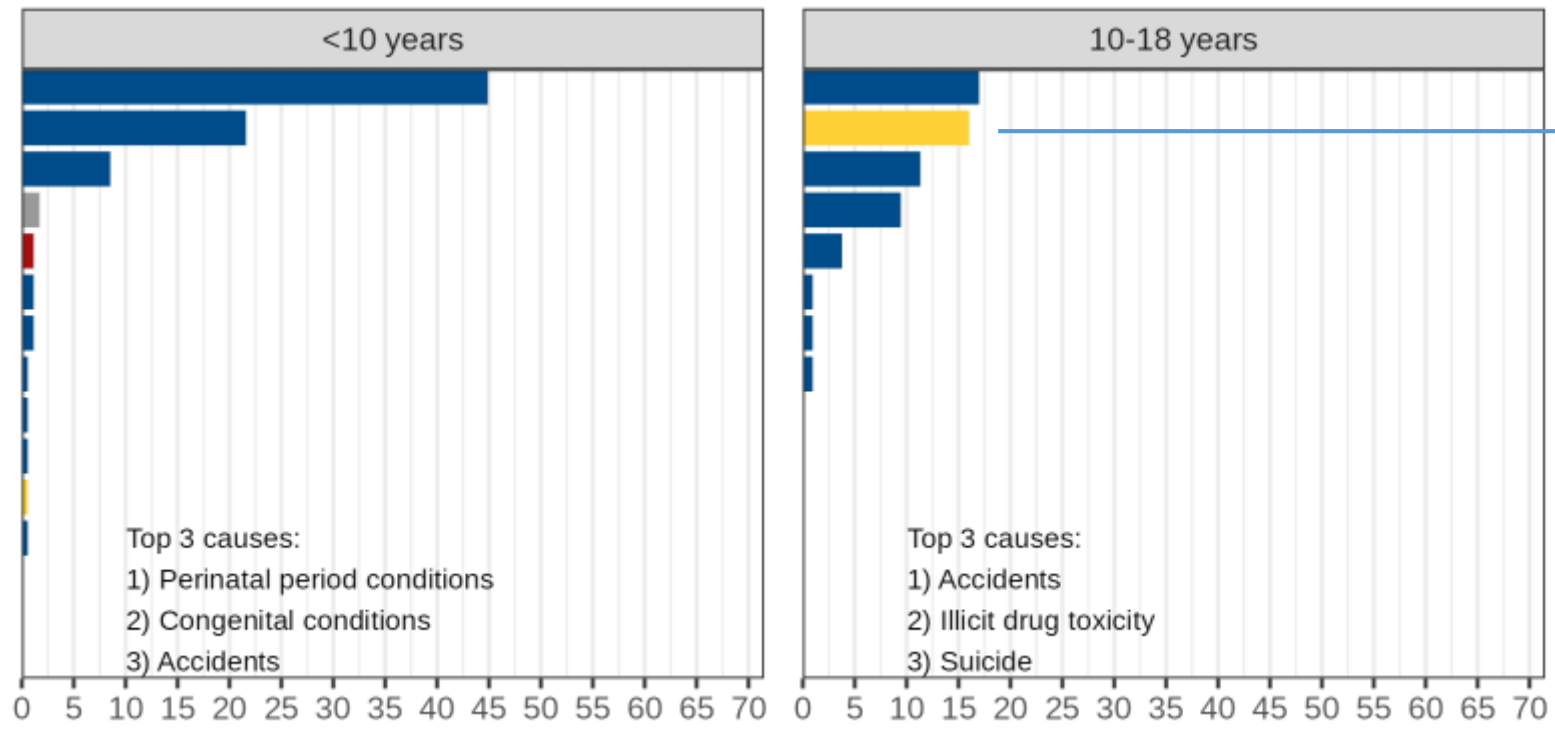
BCCDC. https://bccdc.shinyapps.io/Mortality_Context_ShinyApp/

En 2020...



BCCDC. https://bccdc.shinyapps.io/Mortality_Context_ShinyApp/

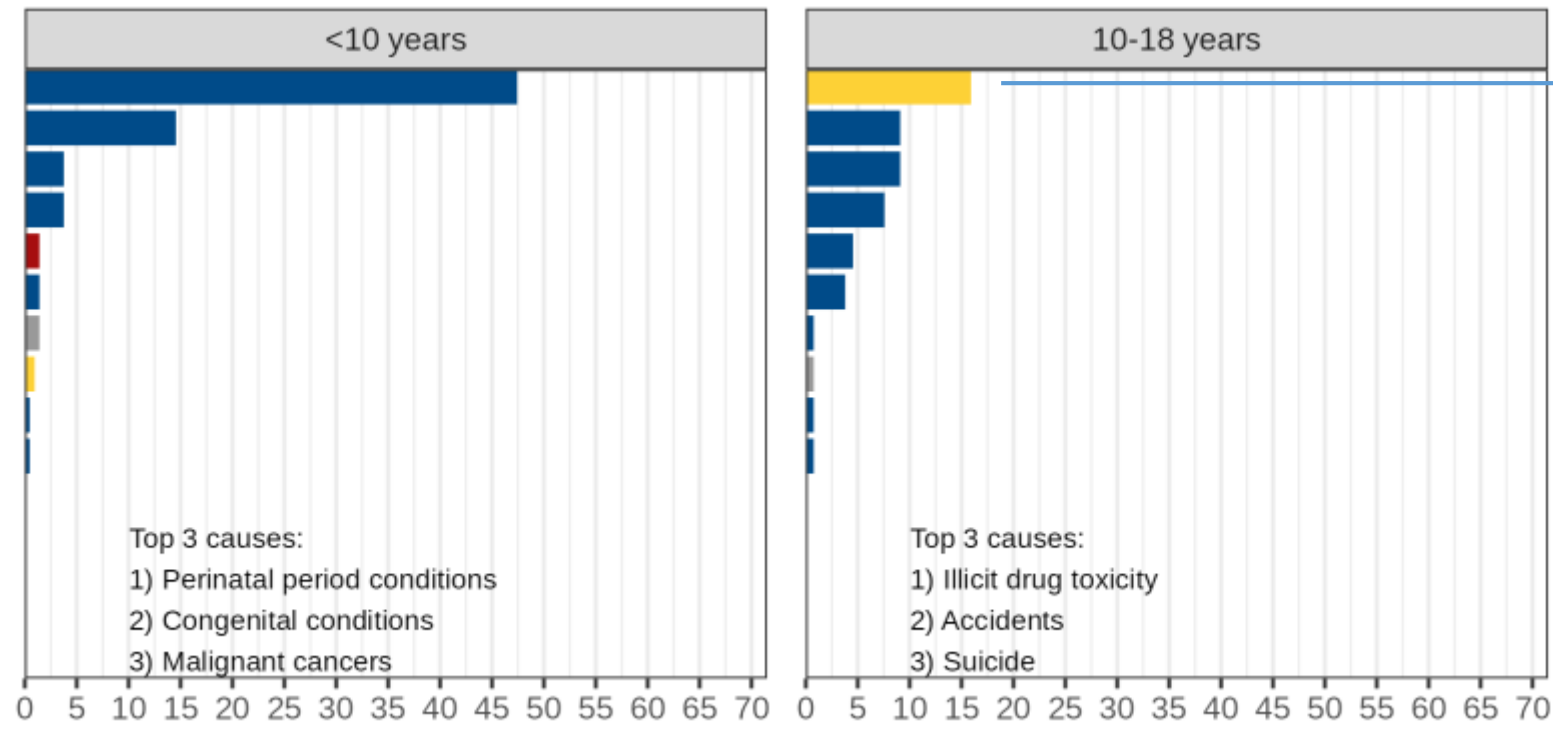
En 2021...



Surdoses

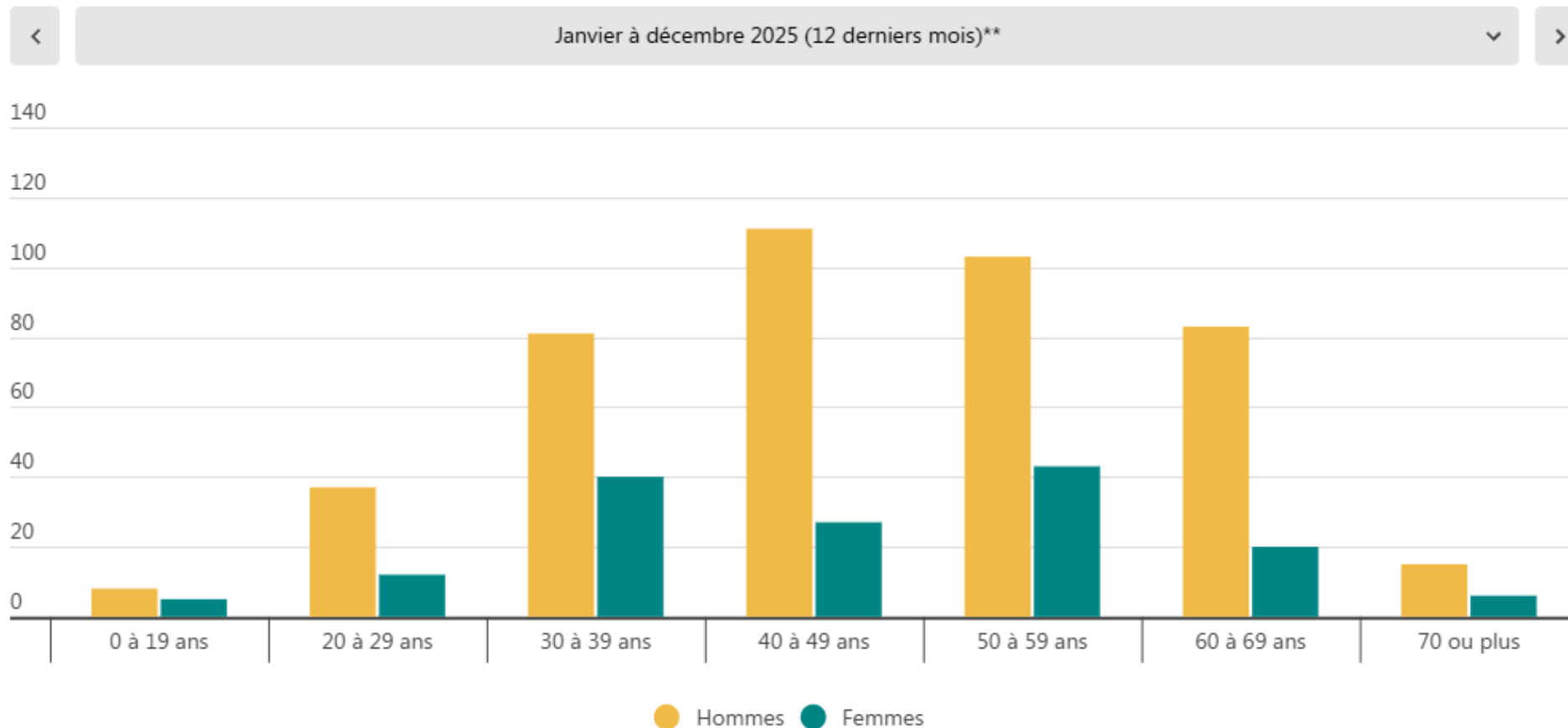
BCCDC. https://bccdc.shinyapps.io/Mortality_Context_ShinyApp/

Et en 2022



BCCDC. https://bccdc.shinyapps.io/Mortality_Context_ShinyApp/

Figure 5 - Décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues au Québec
selon le groupe d'âge* et le sexe



Pas de données
disponibles
avant 2025

Décès reliés à une intoxication suspectée aux opioïdes ou autres drogues au Québec, juillet 2017 à décembre 2025, INSPQ:
<https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/opioides/surdose/decès-intoxication/intoxication-suspectee>

Sevrage



Image générée par intelligence artificielle

Considérations pour les jeunes en situation de (ou à risque de) sevrage

Pharmacothérapie

- Usage hors indication, mais généralement les mêmes médicaments basés sur les données adultes
- Besoins souvent moins importants au niveau de la gestion du sevrage (usage plus sporadique, durée plus courte)
- Prudence : ne pas sur-traiter ni sous-traiter — le sevrage non traité est un risque réel de rechute

Troubles de santé mentale concomitants

- Problèmes de santé mentale fréquents chez les jeunes qui utilisent des substances psychoactives (2/3)
- Les symptômes de santé mentale non traités peuvent amplifier le tableau de sevrage
- Importance de l'évaluation du risque suicidaire



CONSEIL : Se concentrer sur les signes objectifs de sevrage tout en étant à l'écoute des plaintes subjectives

Implication de la famille



Confidentialité

De nombreux aidants ignorent que des médicaments sont disponibles pour la gestion du sevrage



Inquiétudes des familles

Crainte que les médicaments utilisés pour la gestion du sevrage soient addictifs ou causent davantage de problèmes



Consommation chez les proches

Les aidants peuvent fournir des substances au jeune ou en consommer eux-mêmes



Capacité et traitement involontaire

Capacité et traitement involontaire à considérer selon la situation (peu fait au Québec – de plus en plus discuté dans d'autres provinces)



Services de protection de l'enfance

Implication possible des services de protection de la jeunesse (DPJ)



Services juridiques

Implication possible des services juridiques

Prise en charge hospitalière du sevrage aigu lié à l'usage de substances



Littérature pédiatrique

- Littérature pédiatrique très limitée
- Protocoles adaptés principalement des données adultes



Niveau de risque souvent incertain

Ex. durée, fréquence et intensité de la consommation difficiles à établir



Accès aux services : à qui appartient ce patient?



Urgence vs suivi externe

Difficultés d'accès aux soins via l'urgence et aux services externes



Hôpital pédiatrique vs adulte

Quelle institution prend en charge le patient?



Pédiatrie/médecine vs psychiatrie

Admission en pédiatrie/médecine ou en psychiatrie?

Référence :



CHBC Provincial Guideline

GUIDELINE

C-05-07-63066

Provincial Child and Youth Substance Intoxication and Withdrawal Guideline for Acute Care Settings

Provincial Child and Youth Substance Intoxication and Withdrawal Guideline for Acute Care Settings | CHBC Provincial Guideline C-05-07-63066

Nicotine: effets vs sevrage

Effets

- Simulant (court terme)
- Réduction de l'appétit
- Palpitations
- Augmentation de la pression et du rythme cardiaque

vs

Sevrage

- Maux de tête
- Anxiété, irritabilité
- Difficultés de concentration
- Agitation
- Faim
- Tremblements
- Diaphorèse
- Étourdissements

Sevrage: début des symptômes 2-4 heures après dernière consommation (parfois moins), dure jusqu'à 4-6 semaines

Thérapie de remplacement à la nicotine

- Peut être utilisée pour aider à cesser ou diminuer de fumer/vapoter
- Outil important pour le soulagement des symptômes de sevrage en contexte hospitalier
 - Courte action: **gommes et pastilles**
 - Longue action: **timbres**
 - Inhalateurs et spray nasal **moins recommandés (mais utilisés dans certaines provinces)**
 - Cigarettes électroniques et sachets de nicotine **non recommandés**
- Sécuritaire chez les ados, effets secondaires mineurs
 - Irritation de la peau, bouche sèche

FOPR nicotine – CHU Sainte-Justine

CHU SAINTE-JUSTINE
3175, Côte-Ste-Catherine, Montréal, Qué. H3T 1C5
Tél. : 514-345-4931



ORDONNANCES MÉDICALES EXTERNES

Aucune allergie connue : []

Allergies : _____

Intolérances : _____

Poids (kg)	Taille (cm)	Surface corporelle (m ²)
------------	-------------	--------------------------------------

Feuille d'ordonnance pré-rédigée EXTERNE

FOPRE – 1532 – Cessation tabagique (1 de 1)

N.B. La présence de carrés (☐) indique un choix à cocher obligatoirement lorsqu'applicable. Veuillez cocher et inscrire la dose pour valider le choix. Les ordonnances non choisies (non cochées) sont raturées par le médecin prescripteur afin de confirmer leur non validité (donc non servies au patient). L'absence de carré devant une ordonnance indique que celle-ci est valide pour le patient et doit être servie.

- Nicotine timbre transdermique** (Habitrol^{md}, Nicoderm^{md}) (timbres de 7 mg, 14 mg ou 21 mg)
- _____ mg/jour à appliquer sur la peau DIE pendant _____ semaines, puis
- _____ mg/jour à appliquer sur la peau DIE pendant _____ semaines, puis
- _____ mg/jour à appliquer sur la peau DIE pendant _____ semaines, puis cesser
- Nicotine gomme** (Nicorette^{md}, Thrive^{md}) _____ mg (**2 ou 4 mg, max 20 gommes/jour**)
- 1 gomme à mâcher aux 1 – 2 heures régulièrement pendant _____ semaines, puis sevrage selon calendrier
- OU**
- 1 gomme à mâcher aux heures PRN
- Nicotine pastille** (Thrive^{md}) _____ mg (**1 ou 2 mg, max 25 pastilles de 1 mg/jour ou 15 pastilles de 2 mg/jour**)
- 1 pastille à laisser dissoudre dans la bouche aux 1 – 2 heures régulièrement pendant _____ semaines, puis sevrage selon calendrier
- OU**
- 1 pastille à laisser dissoudre dans la bouche aux heures PRN
- Autre : _____
- Ajustement ultérieur de la thérapie par le pharmacien communautaire selon son évaluation clinique

Renouvellements : 1 2 3 4 5 6 11 NR

Prescripteur (nom en lettres moulées)	Signature et numéro de permis	Date
--	-------------------------------	------

CHU SAINTE-JUSTINE
3175, Côte-Ste-Catherine, Montréal, Qué. H3T 1C5
Tél. : 514-345-4931
ORDONNANCES MÉDICALES



ANNEXE

Associée à la FOPRE – 1532 – Cessation tabagique

Thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) initiales recommandées

- Premier choix : thérapie combinée (timbres + TRN à courte durée d'action) (permet d'éviter de sous-estimer la dose)
- Deuxième choix : timbres en monothérapie
- Troisième choix : TRN à courte durée d'action en monothérapie

Thérapies de remplacement de la nicotine (TRN) remboursées par la RAMQ

	Formulations	Dose initiale suggérée et sevrage	Contre-indications liées à la formulation
Timbre	Timbres (Nicoderm ^{md} ou Habitrol ^{md} , 21, 14 et 7 mg)	<ul style="list-style-type: none"> - Cigarettes/produits du tabac* <ul style="list-style-type: none"> < 10 cigarettes/jour : débiter par 14 mg/24h 10-29 cigarettes/jour : débiter par 21 mg/24h 30-39 cigarettes/jour : débiter par 28 mg/24h ≥ 40 cigarettes/jour : débiter par 35 mg ou 42 mg/24h - Vapotage* <ul style="list-style-type: none"> 0-20 mg de sel de nicotine/jour : débiter par 7 mg/24h 20-40 mg de sel de nicotine/jour : débiter par 14 mg/24h > 40 mg de sel de nicotine/jour : débiter par 21 mg/24h - Certains experts recommandent d'ajouter 7 mg à la dose de départ si première cigarette fumée < 30 minutes après le réveil - Sevrage graduel par paliers de 7 mg, pour un total de 8 à 12 semaines (2 à 6 semaines par étape) 	<ul style="list-style-type: none"> - Allergie aux diachylons - Maladie cutanée généralisée
TRN à courte durée d'action	Gommes (Nicorette ^{md} ou Thrive ^{md} , 2 et 4 mg)	<ul style="list-style-type: none"> - Dose standard : 2 mg/gomme - Si forte dépendance** : 4 mg/gomme - Monothérapie : Débiter par 1 gomme aux 1-2 h régulier - Posologie initiale suggérée (monothérapie) : 4-6 semaines d'utilisation régulière, puis diminution graduelle aux 1-2 semaines - Thérapie combinée avec timbre : prn durant tout le traitement 	<ul style="list-style-type: none"> - Maladie bucco-dentaire sévère
	Pastilles (Thrive ^{md} , 1 et 2 mg)	<ul style="list-style-type: none"> - Dose standard : 1 mg/pastille - Si forte dépendance** : 2 mg/pastille - Monothérapie : Débiter par 1 pastille aux 1-2 h régulier - Posologie initiale suggérée (monothérapie) : 4-6 semaines d'utilisation régulière, puis diminution aux 1-2 semaines - Thérapie combinée avec timbre : prn durant tout le traitement 	<ul style="list-style-type: none"> - Maladie bucco-dentaire sévère

* Estimation de la dose requise de TRN : 1 cigarette ≈ 1 mg de nicotine TRN (1-2,5 mg)

Vapotage : 1 mg de sel de nicotine ≈ 0,5 mg de nicotine TRN (0,25-1 mg)

Exemple : 2% nicotine = 20 mg/mL, soit 20 mg de sel de nicotine pour chaque mL consommé

** Forte dépendance : > 20 cigarettes par jour ou première cigarette fumée < 30 minutes après le réveil

- Adolescents : il n'y a pas d'âge minimal pour la TRN, mais celle-ci devrait être réservée aux adolescents avec usage régulier de nicotine ou qui présentent des signes de sevrage
- Remboursement par la RAMQ : par période de 12 mois, les timbres sont couverts pendant un maximum de 12 semaines consécutives. Durant ces 12 semaines, un maximum de 840 gommes ou de pastilles peut être remboursé (en plus des timbres). Le calcul de la période de 12 semaines se fait à partir du moment où la première TRN est achetée.
- Timbre : Dans certains cas particuliers, il est possible d'utiliser des doses plus élevées que les doses usuelles suggérées. Dose maximale absolue : 84 mg/jour.
- Durée de traitement optimale : varie de 8 à 12 semaines, mais peut être plus longue. Il faut ajuster la dose et la durée du traitement selon la clinique. La période de sevrage peut être plus longue que 12 semaines, mais la RAMQ ne rembourse que 12 semaines consécutives par période de 12 mois.

Cannabis: effets vs sevrage

Effets

- Euphorie
- Augmentation du rythme cardiaque
- Chaleur ou fraîcheur des extrémités
- Rougeur des yeux
- Sécheresse de la bouche
- Augmentation de l'appétit
- Diminution de la coordination
- Jugement altéré
- Troubles de mémoire
- Pensées paranoïdes
- Hallucinations



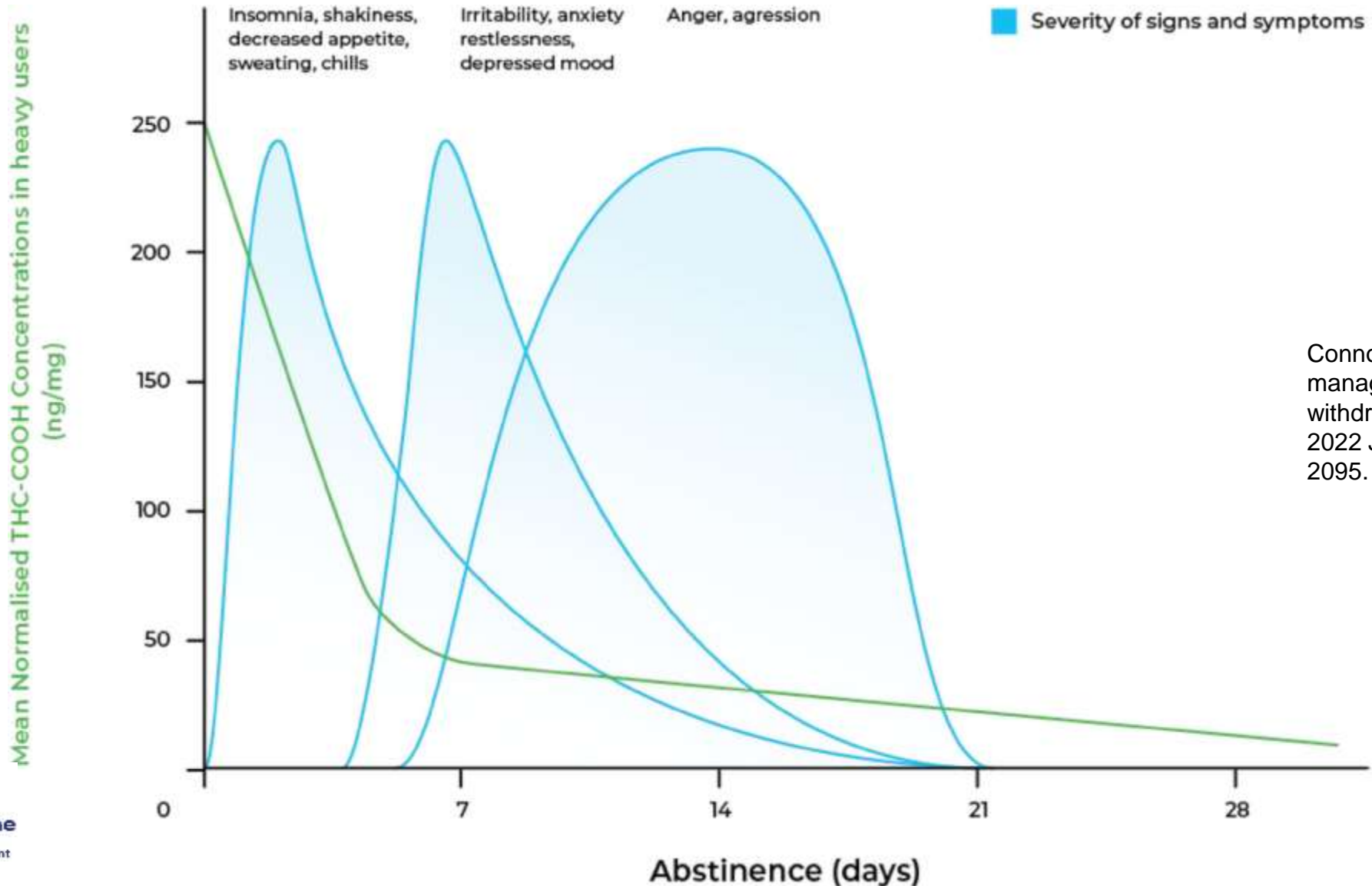
Sevrage

- Fringales intenses
- Irritabilité
- Anxiété
- Agressivité
- Agitation
- Difficultés de sommeil
- Humeur dépressive
- Diminution de l'appétit
- Sudation
- Tremblements
- Maux de tête
- Douleurs abdominales
- Nausées

- Premiers symptômes de sevrage: 12+ heures après l'arrêt
- Durée: plusieurs jours/semaines

Connor JP et al. Clinical management of cannabis withdrawal. *Addiction*. 2022 Jul;117(7):2075-2095.

Sevrage de cannabis: évolution



Connor JP et al. Clinical management of cannabis withdrawal. *Addiction*. 2022 Jul;117(7):2075-2095.

Traitement de la dépendance et du sevrage au cannabis chez les adolescents

- Actuellement, pas de médication démontrée efficace pour le traitement de la dépendance et du sevrage au cannabis chez les ados
- **Première ligne:** Approche motivationnelle/counseling
- **Traitements expérimentaux:**
 - Prometteurs: N-acetylcystéine (NAC),
 - Évidence limitée: gabapentine, oxytocine, topiramate, nabilone, antipsychotiques
 - Peu/pas d'effet démontré: ISRS (mais très utile pour le traitement des enjeux de santé mentale), bupropion, atomoxétine
- **Approche réduction des méfaits:**
 - Cannabis à faible teneur en THC, peu d'évidence chez les ados



GHB (très courte durée d'action)
-Traitement avec benzos
-**Plus rare** chez les ados

Sevrage au potentiel mortel

- Trois types de substances peuvent mener à un sevrage sévère chez les ados
 - **Alcool: échelle CIWA-Ar**
 - Peut aller jusqu'au delirium tremens (convulsion, coma, décès)
 - Période d'utilisation quotidienne minimale chez les ados inconnue, mais risque probable après plusieurs mois de consommation quotidienne
 - Traitement: Benzos longue action (ex. diazepam, lorazepam),
 - **Benzodiazépines: échelle CIWA-B**
 - Sevrage peut mener aux convulsions, voir au décès
 - Sevrage peut apparaître après quelques semaines/mois d'utilisation quotidienne
 - Traitement: Benzos longue action (ex. diazepam, lorazepam) et sevrage prolongé
 - **Opiïdes: échelle COWS**
 - Sevrage pouvant être sévère, déplaisant, mais non mortel
 - Utilisation d'agonistes partiels/complets (ex. buprénorphine, méthadone) et médicaments de confort (ex. clonidine), peut aider avec les symptômes

Name: _____

Échelles de sevrage (adultes)

Objective physiological assessment

For each of the following items, please circle the number which best describes the severity of each symptom or sign.

1	Observe behaviour for restlessness and agitation	0 None, normal activity	1	2 Restless	3	4 Paces back and forth, unable to sit still
2	Ask patient to extend arms with fingers apart, observe tremor	0 No tremor	1 Not visible, can be felt in fingers	2 Visible but mild	3 Moderate, with arms extended	4 Severe, with arms not extended
3	Observe for sweating, feel palms	0 No sweating visible	1 Barely perceptible sweating, palms moist	2 Palms and forehead moist, reports armpit sweating	3 Beads of sweat on forehead	4 Severe drooling sweats

Patient self-report

For each of the following items, please circle the number which best describes how you feel.

4	Do you feel irritable?	0 Not at all	1	2
5	Do you feel fatigued (tired)?	0 Not at all	1	2
6	Do you feel tense?	0 Not at all	1	2
7	Do you have difficulties concentrating?	0 No difficulty	1	2
8	Do you have any loss of appetite?	0 No loss	1	2
9	Have you any numbness or burning in your face, hands or feet?	0 No numbness	1	2
10	Do you feel your heart racing (palpitations)?	0 No disturbance	1	2
11	Does your head feel full or achy?	0 Not at all	1	2
12	Do you feel muscle aches or stiffness?	0 Not at all	1	2
13	Do you feel anxious, nervous or jittery?	0 Not at all	1	2
14	Do you feel upset?	0 Not at all	1	2
15	How restful was your sleep last night?	0 Very restful	1	2
16	Do you feel weak?	0 Not at all	1	2
17	Do you think you had enough sleep last night?	0 Yes, very much so	1	2
18	Do you have any visual disturbances? (sensitivity to light, blurred vision)	0 Not at all	1	2
19	Are you fearful?	0 Not at all	1	2
20	Have you been worrying about possible misfortunes lately?	0 Not at all	1	2
21	How many hours of sleep do you think you had last night?			
22	How many minutes do you think it took you to fall asleep last night?			

Interpretation of scores: Sum of items 1-20
 1-20 = mild withdrawal
 21-40 = moderate withdrawal
 41-60 = severe withdrawal
 61-80 = very severe withdrawal

Source: Butts UE, Sykora K, Sellers EM, A et al. Journal of Clinical Psychopharmacology. 1998

Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)

Resting Pulse Rate _____ beats/minute <i>Measured after patient is sitting or lying for one minute</i> 0 pulse rate 80 or below 1 pulse rate 81-100 2 pulse rate 101-120 4 pulse rate greater than 120	GI Upset over last ½ hour 0 no GI symptoms 1 stomach cramps 2 nausea or loose stool 3 vomiting or diarrhea 5 multiple episodes of diarrhea or vomiting
Sweating over past ½ hour not accounted for by room temperature or patient activity 0 no report of chills or flushing 1 subjective report of chills or flushing 2 flushed or observable moistness on face 3 beads of sweat on brow or face 4 sweat streaming off face	Tremor observation of outstretched hands 0 no tremor 1 tremor can be felt, but not observed 2 slight tremor observable 4 gross tremor or muscle twitching
Restlessness observation during assessment 0 able to sit still 1 reports difficulty sitting still, but is able to do so 3 frequent shifting or extraneous movements of legs/arms 5 unable to sit still for more than a few seconds	Yawning observation during assessment 0 no yawning 1 yawning once or twice during assessment 2 yawning three or more times during assessment 4 yawning several times/minute
Pupil Size 0 pupils pinned or normal size for room light 1 pupils possibly larger than normal for room light 2 pupils moderately dilated 5 pupils so dilated that only the rim of the iris is visible	Anxiety or Irritability 0 none 1 patient reports increasing irritability or anxiousness 2 patient obviously irritable anxious 4 patient so irritable or anxious that participation in the assessment is difficult
Bone or Joint Aches <i>If patient was having pain previously, only the additional component attributed to opiates withdrawal is scored</i> 0 not present 1 mild diffuse discomfort 2 patient reports severe diffuse aching of joints/muscles 4 patient is rubbing joints or muscles and is unable to sit still because of discomfort	Gooseflesh Skin 0 skin is smooth 3 piloerection of skin can be felt or hairs standing up on arms 5 prominent piloerection
Runny Nose or Tearing <i>Not accounted for by cold symptoms or allergies</i> 0 not present 1 nasal stuffiness or unusually moist eyes 2 nose running or tearing 4 nose constantly running or tears streaming down cheeks	<p style="text-align: right;">Total Score _____</p> <p style="text-align: center;"><i>The total score is the sum of all 11 items.</i></p> <p>Initials of person completing assessment: _____</p>

Score: 5-12 = mild; 13-24 = moderate; 25-36 = moderately severe; more than 36 = severe withdrawal

Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, revised (CIWA-Ar)

NAUSEA AND VOMITING Ask "Do you feel sick to your stomach? Have you vomited?" Observation 0 no nausea and no vomiting 1 2 3 4 intermittent nausea with dry heaves 5 6 7 constant nausea, frequent dry heaves & vomiting	AGITATION Observation 0 normal activity 1 somewhat more than normal activity 2 3 4 moderately fidgety and restless 5 6 7 paces back and forth during most of the interview, or constantly thrashes about
TREMOR Arms extended and fingers spread apart Observation 0 no tremor 1 not visible, but can be felt fingertip to fingertip 2 3 4 moderate, with patient's arms extended 5 6 7 severe, even with arms not extended	TACTILE DISTURBANCES Ask "Have you any itching, pins and needles sensations, any burning, any numbness, or do you feel bugs crawling on your skin?" Observation 0 none 1 very mild itching, pins and needles, burning or numbness 2 mild itching, pins and needles, burning or numbness 3 moderate itching, pins and needles, burning or numbness 4 moderately severe hallucinations 5 severe hallucinations 6 extremely severe hallucinations 7 continuous hallucinations
PAROXYSMAL SWEATS Observation 0 no sweat visible 1 barely perceptible sweating, palms moist 2 3 4 beads of sweat obvious on forehead 5 6 7 drizzling sweats	AUDITORY DISTURBANCES Ask "Are you more aware of sounds around you? Are they harsh? Do they frighten you? Are you hearing anything that is disturbing to you? Are you hearing things you know are not there?" Observation 0 not present 1 very mild harshness or ability to frighten 2 mild harshness or ability to frighten 3 moderate harshness or ability to frighten 4 moderately severe hallucinations 5 severe hallucinations 6 extremely severe hallucinations 7 continuous hallucinations
ANXIETY Ask "Do you feel nervous?" Observation 0 no anxiety, at ease 1 mildly anxious 2 3 4 moderately anxious, or guarded, so anxiety is inferred 5 6 7 equivalent to acute panic states as seen in severe delirium or acute schizophrenic reactions	VISUAL DISTURBANCES Ask "Does the light appear to be too bright? Is its colour different? Does it hurt your eyes? Are you seeing anything that is disturbing to you? Are you seeing things you know are not there?" Observation 0 not present 1 very mild sensitivity 2 mild sensitivity 3 moderate sensitivity 4 moderately severe sensitivity 5 severe hallucinations 6 extremely severe hallucinations 7 continuous hallucinations
HEADACHE, FULLNESS IN HEAD Ask "Does your head feel different? Does it feel like there is a band around your head?" Do not rate for dizziness or light-headedness. Otherwise, rate severity. Observation 0 not present 1 very mild 2 mild 3 moderate 4 moderately severe 5 severe 6 very severe 7 extremely severe	ORIENTATION AND CLOUDING OF SENSORIUM Ask "What day is this? Where are you? Who am I?" Observation 0 oriented and can do serial additions 1 cannot do serial additions or is uncertain about date 2 disoriented for date by no more than 2 calendar days 3 disoriented for date by more than 2 calendar days 4 disoriented for place and/or person
0-9 absent/very mild 10-15 mild 16-20 moderate 21-67 severe CIWA-Ar Score _____	

Protocole adapté de sevrage à l'alcool en milieu hospitalier

- **Environnement** : Chambre calme, environnement apaisant, rappels d'orientation dans le temps et l'espace (p. ex. horloges, numéro de chambre) – approche tenant compte des traumatismes
- **Surveillance** : Signes vitaux et surveillance neurologique q4h, évaluation CIWA-Ar q4h
- **Alimentation** : Aucune restriction, maintenir une bonne hydratation
- **Sommeil** : Mélatonine 3 à 10 mg PO au coucher au besoin
- **Nausées** : Ondansétron 8 mg toutes les 8 heures au besoin, pantoprazole 40 mg une fois par jour
- **Prise en charge du sevrage nicotinique avec TRN (si nécessaire)** : Timbre de nicotine 7 à 21 mg die, gomme de nicotine (2 à 4 mg) ou pastilles (1 à 2 mg) toutes les 1 à 2 heures au besoin
- **Supplémentation vitaminique** : Thiamine 100 mg trois fois par jour pendant 1 semaine, puis deux fois par jour pendant 2 mois; acide folique 1 mg die
- **Investigations de laboratoire** : Bilan hépatique, bilan de coagulation, FSC, CK, électrolytes, dépistage urinaire de drogues, alcoolémie, dépistage des ITSS si indiqué
- **Investigation paraclinique** : Électrocardiogramme
- **Sevrage progressif à dose fixe de benzodiazépines avec diazépam (alternative : protocole selon les symptômes)** :
 - 10 mg quatre fois par jour au jour 1
 - 10 mg trois fois par jour au jour 2
 - 10 mg deux fois par jour au jour 3
 - 10 mg une fois par jour, au coucher, aux jours 4 et 5

Severe Benzodiazepine Use Disorder in a 16-Year-Old Adolescent: A Rapid and Safe Inpatient Taper

Camille Fournier, MD,^a Olivier Jamouille, MD,^a Alexandre Chadi, PharmD,^b Nicholas Chadi, MD, MPH^a

PEDIATRICS Volume 147, number 1, January 2021:e20201085

TABLE 1 Doses of Diazepam Received During Rapid Inpatient Benzodiazepine Taper Protocol

Day	8 AM, mg	12 PM, mg	5 PM, mg	9 PM, mg	Total Daily Dose, mg
1–2	10	10	10	10	40
3	10	5	10	10	35
4	10	5	5	10	30
5	5	5	5	10	25
6	5	—	5	10	20
7	5	—	—	10	15
8	5	—	—	5	10
9–10	—	—	—	5	5
11	—	—	—	—	—

- Hospitalisation de 13 jours au total
- Soulagement adéquat des symptômes de sevrage et réduction significative des envies de consommer
- Suivi externe 6 mois post admission: aucune consommation de sédatif

Opioïdes - sevrage

- Admissions hospitalières possibles pour induire la TAO et traiter les symptômes de sevrage.
- Soulagement des symptômes de sevrage essentiel pour obtenir la collaboration des patient.es.
 - Hydromorphone : doses proposées aux urgences souvent nettement inférieures aux besoins des jeunes car ont développé une tolérance.
 - Si désiré, induction directement avec traitement agoniste aux opioïdes (TAO)
 - Buprénorphine/naloxone (Suboxone^{MC}) recommandée en première intention chez les adolescents.
 - Forme injectable (Sublocade^{MC}) de plus en plus utilisée dans l'ouest du Canada chez les ados.
 - Méthadone utilisée moins fréquemment chez les ados, mais à considérer si profil de consommation plus chronique.
- Traitement symptomatique:
 - Clonidine, quétiapine, odansetron, diphenhydramine, AINS
 - Ne pas oublier le sevrage d'autres substances (e.g nicotine!)
- Souvent seul contact récent avec système de santé : penser au dépistage de carences nutritionnelles (suppléments thiamine, ...), ITSS, grossesse, troubles psychiatriques concomitants...
- Hospitalisation = occasion de solidifier le réseau d'aide
- Ne pas oublier de prescrire, remettre, recommander la naloxone au congé... trousse de naloxone maintenant disponibles à l'urgence du CHU Sainte-Justine



A Case Report: Rapid Micro-Induction of Buprenorphine/ Naloxone to Administer Buprenorphine Extended-Release in an Adolescent With Severe Opioid Use Disorder

Pouya Azar, MD, FRCPC,¹ James S.H. Wong, BSc ,² Sara Jassemi, MD, FRCPC,³
Eva Moore, MD, MSPH,³ Dzung X. Vo, MD, FAAP, FSAHM,³ Mohammadali Nikoo, MD ,²
Samantha Young, MD, FRCPC^{4,5}

	Hydromorphone (PO)		Buprenorphine/naloxone (SL)		BUP-XR (SC)
Jour 1	1-3 mg q3h	15 mg	0.5 mg q3h	3 mg	
Jour 2	1-3 mg q3h	5 mg	1 mg q3 h	7 mg	
Jour 3	Cessé		8 mg DIE	8 mg	
Jour 4			Cessé		300 mg

Approche thérapeutique



Image générée par intelligence artificielle

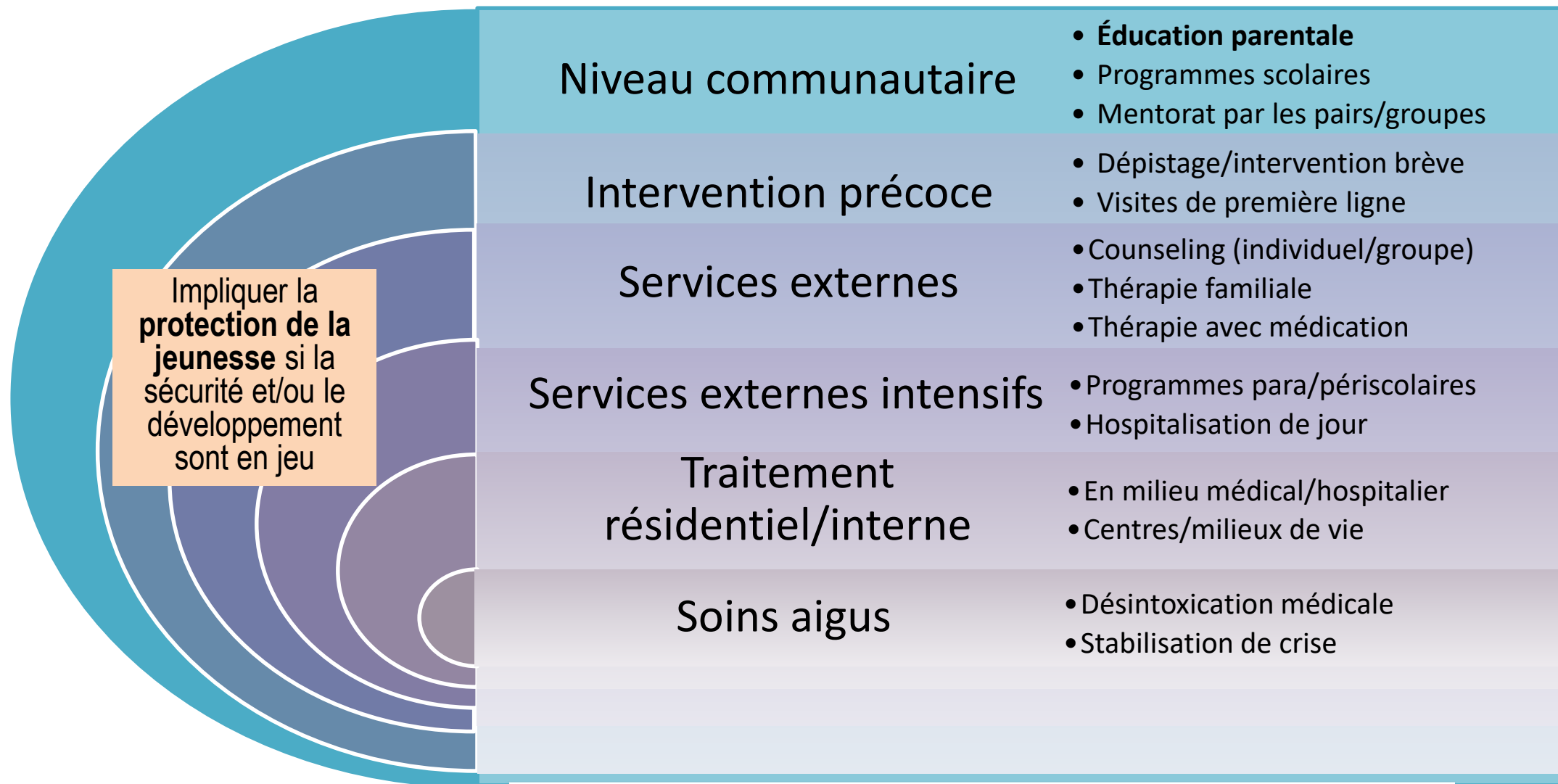
Rencontrer les ados là où ils sont

Comment offrir des soins:

- Centrés sur l'ado
- Centrés sur les besoins de la famille
- Tenant compte des traumatismes
- Impliquant la communauté
- Basés sur l'évidence (ou informés par l'évidence)
- Culturellement adaptés
- Collaboratifs
- ... dans un moment de crise aiguë?

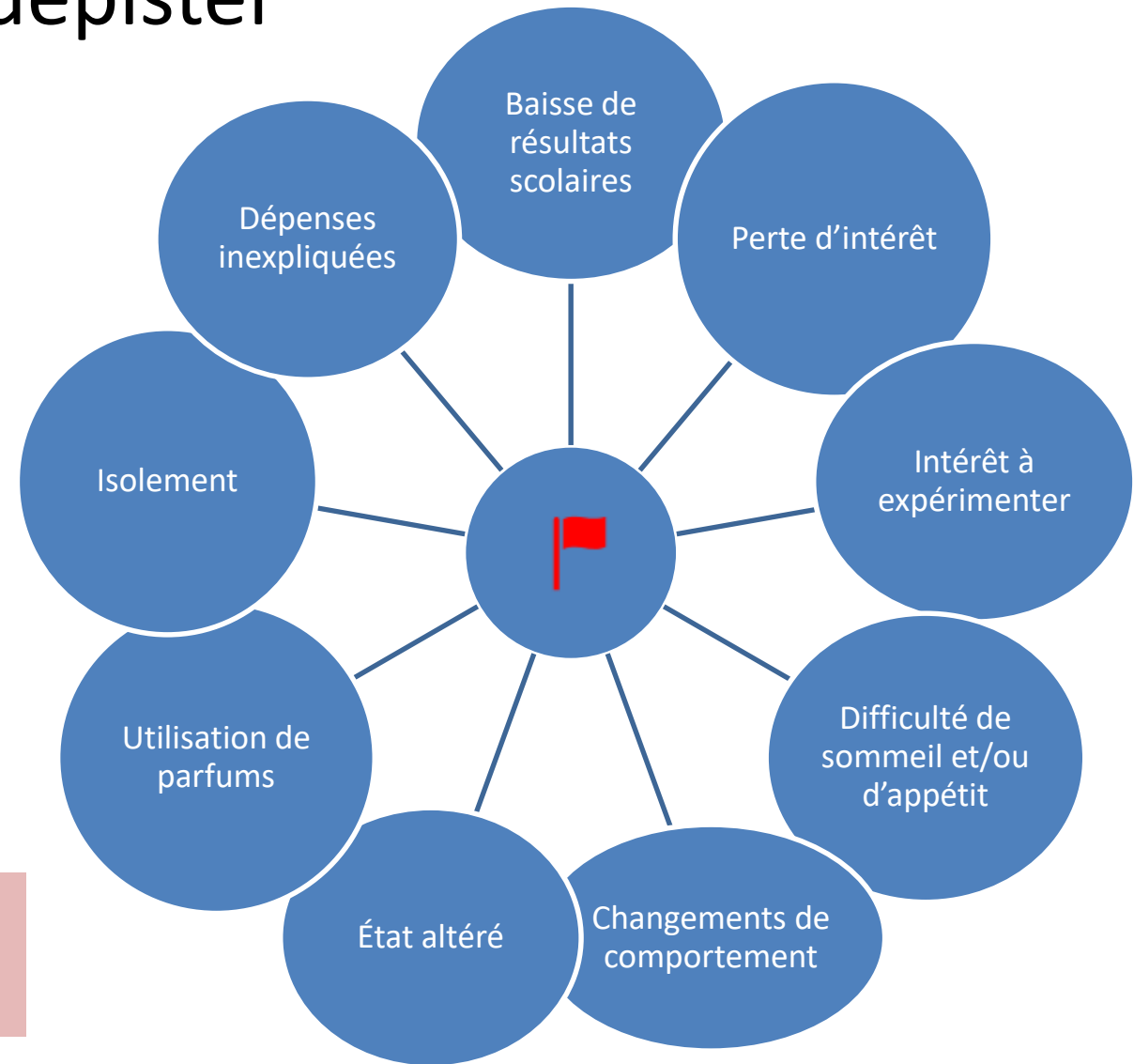


Continuum de soins en dépendance



Quand s'inquiéter, quand dépister

- Selon la Société canadienne de pédiatrie: 12 ans +, au moins annuellement
- Durant des visites de routine: une fois par année
- Durant des visites urgentes/semi urgentes surtout si liées à la santé mentale ou à des situations psychosociales



Mais la plupart de ces éléments sont non spécifiques et pourraient être expliqués par d'autres raisons

Outils de dépistage validés

- **CRAFFT** (version 2.1 N) - (Knight, 2002)*
- **S2BI** (Screening to Brief Intervention) (*Levy, 2014*)
- Au Québec: **Le Dep-Ado**

**Disponible et validé en français*



Principes de l'entrevue motivationnelle (EM) chez les adolescents

Approche collaborative, centrée sur le patient, visant à éliciter et renforcer la motivation à changer.

La philosophie



Respect de l'autonomie



Approche collaborative



Encourager le patient à exprimer ses propres raisons pour changer

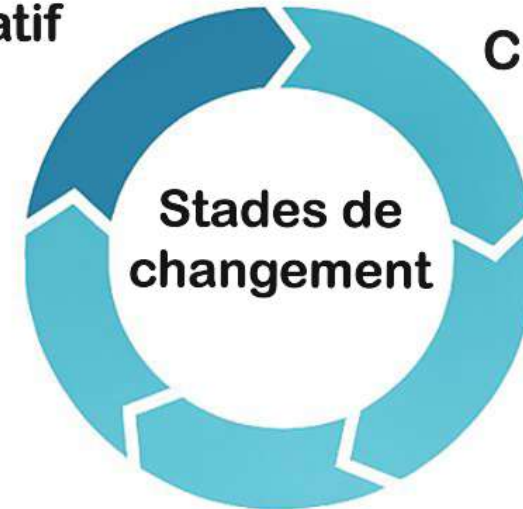
Les stratégies

- Questions ouvertes
- Écoute réflexive
- Valoriser
- Négocier
- Recadrer

L'objectif:

Pré-contemplatif

Contemplatif



Stades de changement

Préparation

Action

Maintien

Intervention brève avec les ados: points clés



Utiliser une approche motivationnelle basée sur les **forces**



Encourager la **cessation ou diminution** de la consommation de nicotine (et autres substances si applicable)



Fournir de **l'information** sur les conséquences pour la santé



Utiliser une approche **sans jugement**



Déterminer les **intentions/motivations** (échelle de 1 à 10)

Pharmacothérapie – molécules utilisées

Médicament	Indication
Naltrexone	TLU ROH, TLUO
Acamprosate	TLU ROH
Buprénorphine (SL, SC, XR) Méthadone	TLUO
Varenicline, Bupropion Thérapie de remplacement à la nicotine	TLU nicotine
N-acetylcysteine (1200mg PO BID) Nabilone 1-2mg BID-TID	TLU cannabis
Gabapentine	TLU cannabis, TLU ROH
Quétiapine	TLU cannabis
Mirtazapine	TLU cannabis

Usage non médical de médicaments sous ordonnance (UNMSO)

1



Rôle du professionnel — Interroger et éduquer

- Questionner patients et familles sur tous les médicaments présents à la maison, peu importe le prescripteur
- Fournir une éducation appropriée sur les risques de l'UNMSO

2



Guidance universelle aux familles

- Sécuriser les médicaments à domicile; accès supervisé
- Élimination adéquate des médicaments inutilisés
- Aborder le partage/vente de médicaments; rôle de la naloxone

3



Lors de la prescription aux jeunes

- Suivre les guides de pratique (TDAH, douleur chronique, santé mentale); peser risques/bénéfices
- Dépister la consommation de substances
- Prescriptions courtes avec renouvellements fréquents; prescrire la naloxone (opioïdes)

4

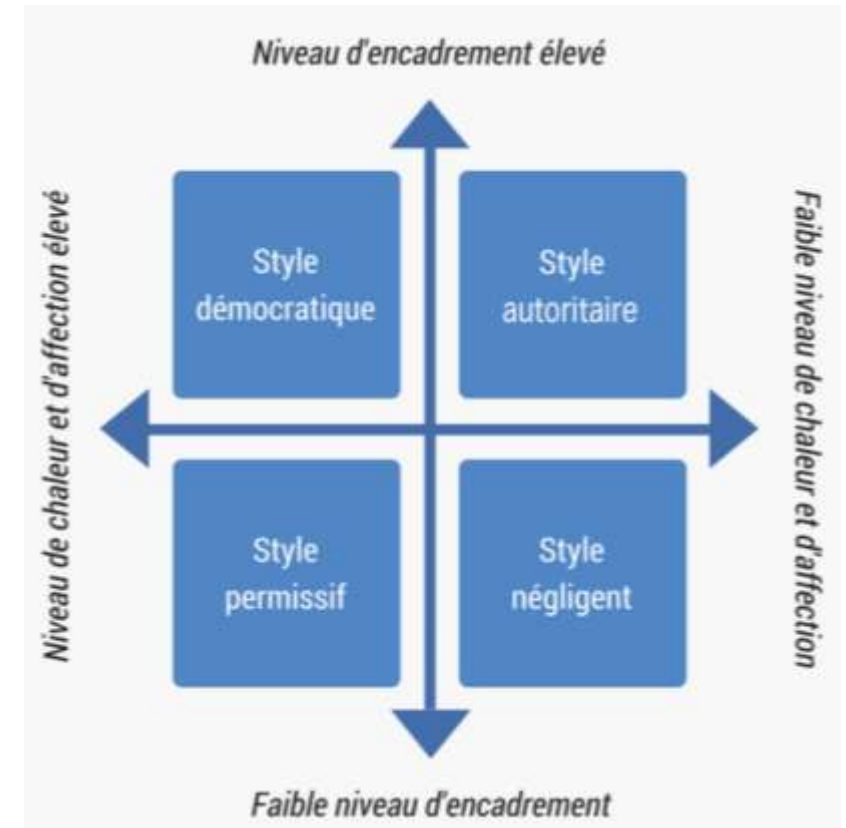


Lorsque l'UNMSO est identifié

- Dépister les comorbidités (anxiété, dépression, trauma, douleur, insomnie, TDAH)
- Prescrire et enseigner l'utilisation de la naloxone aux patients et familles

Impliquer les parents

- Les parents peuvent jouer un rôle important dans la **prévention** et le traitement
- Le style parental à préconiser est le **style « démocratique »** avec un haut niveau d'encadrement ET d'affection
- Importance des **règles constantes** à la maison (ex. couvre-feu, argent, conduite)
- **Quoi dire aux parents?**
 - Il peut parfois être utile de garder certains détails **confidentiels** pour maintenir l'alliance thérapeutique
 - Il est souvent aidant de **travailler avec les ados** pour impliquer/informer les parents sur leur consommation
 - Si la **sécurité est à risque** immédiat, obligation de déclaration aux parents, mais la ligne n'est pas toujours claire...
- Les parents peuvent avoir **besoin d'aide**: des ressources existent (groupes de soutien)



Quand briser la confidentialité/impliquer la DPJ?

- Certains ados se présenteront avec des problèmes de dépendance sévères et sans avoir accès à un milieu de vie sécuritaire
- Hauts taux d'utilisation de substances parmi les ados vivant en centre jeunesse/foyer d'accueil
- Si la DPJ n'est pas déjà impliquée, à considérer si...
 - Utilisation de substance et bris de fonctionnement (ex. arrêt de scolarisation)
 - Parents ne peuvent garder leur enfant en sécurité
 - Utilisation de drogues illicites ou problématique à la maison
 - Enfants plus jeunes exposés aux substances
- Idéalement: aviser les ados que la DPJ sera avisée, car un signalement « surprise » peut être un événement très traumatique

Conclusion



Image générée par intelligence artificielle

Messages clés

Plusieurs tendances à surveiller chez les ados: émergence de nouveaux produits à base de nicotine (ex. sachets) et de caféine très populaires chez les ados. Vapotage de cannabis en augmentation. Utilisation de médicaments non prescrits en augmentation.

L'usage de plusieurs substances psychoactives peut mener à un tableau clinique de sevrage. Le sevrage de nicotine devrait être abordé d'emblée avec utilisation de thérapie de remplacement à la nicotine chez les ados. Approches adultes avec adaptation centrée sur les besoins de l'ados sont à préconiser.

Plusieurs outils de dépistage brefs et validés existent pour utilisation chez les adolescents. Garder en tête les facteurs de risque pour l'usage de substances psychoactives et l'importance des approches motivationnelles. En générale, la pharmacothérapie utilisée chez l'adulte peut l'être chez les ados.

Merci!



Diapositives supplémentaires

Où et comment référer?

- La pierre angulaire: **Centres de réadaptation en dépendance**
 - Évaluation et suivi individuel, soutien pour les parents
 - Approche motivationnelle, réduction des méfaits, soutien psychologique
 - Sur l'île de Montréal: Services d'intervention précoce
 - Lien avec les organismes communautaires (ex. AA/NA, placements)
 - Fonctionnement **par auto-référence**: pas de référence médicale requise!
- Pour un suivi psychosocial et en santé mentale
 - Guichet d'accès en santé mentale
 - Cliniques/services privés: offre de service variable
- Pour une prise en charge médicale (ex. sevrage, médication)
 - Cliniques de médecine de l'adolescence (ex. CHUSJ)
 - Cliniques jeunesse en médecine de famille (selon la région)
- Penser **au lignes d'écoute/texto** (24/7):
 - Tel-Jeunes, Jeunesse J'écoute, Suicide-Action Montréal, Interligne

Prise en charge à l'interne

- Placement en **centre résidentiel**
 - Aucun placement fermé/forcé possible au Québec: admissions volontaires
 - Aucun centre n'accepte les patients mineurs à risque de complications médicales sur sevrage aigu
 - Les centres de réadaptation en dépendance coordonnent habituellement les admissions
- Principaux centres acceptant les adolescents:
 - Grand Montréal: Grand Chemin, Portage, Nouveau Point de Vue
 - Outaouais: Jellinek
 - Mauricie et Centre du Québec: Grand Chemin (St Célestin)
 - Québec: Grand Chemin (Lévis)
 - Saguenay: Havre du Fjord