

Le sevrage d'alcool en externe: une formation en ligne à l'intention des médecins

Dre Annie-Claude Privé

13 mars 2020

Conflits d'intérêts

- Je n'ai aucun conflit d'intérêt

Objectifs

- Se familiariser avec les démarches relatives à l'élaboration de la formation en ligne
- Nommer le public cible de cette formation
- Connaître les points essentiels de l'évaluation et de la prise en charge du sevrage d'alcool en externe

Démarche



Début du projet en **2017**



Évaluation des besoins



CPMD : Aide au développement des connaissances pour les médecins en dépendance



Développement d'un outil spécifique pour le **transfert de connaissance** en première ligne

Évaluation des besoins

Constats des premiers sondages et recension des écrits scientifiques, 2016-2017 :

- Le traitement de la dépendance à l'alcool a été identifié parmi les besoins de formation les plus courants des médecins en soins primaires

(Perreault et Archambault, 2015. Besoins de formation en toxicomanie des médecins en soins primaires. Recension des écrits)

- **89 %** des médecins consultés avaient offert des soins à des personnes aux prises avec une dépendance, mais **73 %** des répondants ne se sentaient pas à l'aise de prendre en charge ces personnes;
- Principale barrière à la prise en charge : ne pas posséder les connaissances et les outils nécessaires (**79 %** des répondants) sur le continuum de services en dépendance et le traitement médical de la dépendance à l'alcool.

(Sondage sur les besoins de formation des médecins de première ligne en matière de dépendance, 2016. Centre de recherche et d'expertise en évaluation (CREXE) de l'École nationale d'administration publique (ENAP).)

Évaluation des besoins

- Étude de besoins effectuée par la FMOQ en septembre 2017, ***l'évaluation et la gestion du patient alcoolique au bureau*** (sevrage externe et traitement de maintien de l'abstinence) se place en position 7 sur 41 parmi les priorités de formation identifiées par les médecins omnipraticiens

(Étude de besoins de formation sur le thème de la Santé mentale et la dépendance, sondage réalisé par la FMOQ en septembre 2017.)

Population cible



Les médecins qui travaillent en première
ligne



Les résidents

Objectifs attendus

1. **Soutenir les médecins de première ligne dans la prise en charge du TU alcool** dans un contexte de consultations externes et ainsi faire diminuer les craintes face à la prise en charge de ce problème de santé qui est fréquemment rencontré dans la pratique
2. **Améliorer l'accès aux services de sevrage d'alcool à risque léger en externe en première ligne**, et ainsi décharger la deuxième et la troisième ligne pour les cas requérant réellement leur intervention, tels les sevrages à risque de complications modérées à sévères et autres problématiques liées aux TU et aux troubles concomitants
3. **Permettre le transfert des connaissances** d'un groupe de médecins experts vers les médecins de première ligne non experts et les résidents et étudiants
4. **Répondre à un besoin souvent mentionné par les médecins** pour lesquels **aucun outil** complet et rapide n'est encore disponible en contexte québécois



La prise en charge médicale du sevrage d'alcool à l'externe

Introduction

DÉBUTER

Points essentiels

Évaluation

- Dresser un historique de la problématique de consommation
- Calculer la quantité d'alcool consommée quotidiennement
- Interpréter l'échelle CIWA-Ar (état du niveau de sevrage)
- Rechercher les complications physiques liées à la prise chronique d'alcool
- Identifier les facteurs de risque d'un sevrage compliqué
- Déterminer les indications pour effectuer un sevrage sécuritaire en externe (vs interne) pour le patient

Rencontre 1

Accueil

Pour la première fois, vous accueillez M. Bouchard, qui a été envoyé par le GAMF.
Consultez les informations sur son profil et ses antécédents qui sont consignées à son dossier avant de poursuivre



Bonjour M. Bouchard!



Bonjour!




SUIVANT

Scénarios différents

Menu | Narration Quitter

Rencontre 3

Accueil





Comment vous sentez-vous depuis la dernière fois?

Choisissez la réponse de M. Bouchard

Beaucoup mieux. Même si j'ai un peu de difficulté à dormir, je n'ai plus mal à l'estomac. **A**

Ça ne va vraiment pas bien. Je n'ai pas fermé l'œil de la nuit. J'étais tout trempé, tremblant comme une feuille. J'avais l'impression qu'il y avait des insectes qui couraient sur moi. **B**





<SUIVANT

Outils développés

DOSSIER :

NOM :
PRÉNOM :
N.A.M. :
D.D.N. :
PÈRE :
MÈRE :

**DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC
TROUBLE D'USAGE D'ALCOOL**

CPMD
Communauté de pratique médicale en dépendance

DÉPISTAGE

Homme / Femme _____ ans

#1- Buvez-vous de la bière, du vin ou du fort? Oui Non

#2- Combien de consommations buvez-vous dans une journée typique? _____

#3- Combien de jours par semaine buvez-vous? X _____

Nombre de consommations par semaine = _____

Équivalence aux questions 1 à 3 : AUDIT rempli par le patient = _____

CONDUITE SELON RÉSULTAT DU DÉPISTAGE

<p>ABSTINENCE</p> <p>♀ : ≤ 10 verres par semaine et ≤ 2 verres par jour ou AUDIT ≤ 5</p> <p>♂ : ≤ 15 verres par semaine et ≤ 3 par jour ou AUDIT ≤ 6</p> <p>CONTRE-INDICATIONS À CONSIDÉRER :</p> <p><input type="checkbox"/> PRISE D'UNE MÉDICAMENT QUI INTERAGIT AVEC L'ALCOOL</p> <p><input type="checkbox"/> GROSSESSE</p> <p><input type="checkbox"/> UTILISE UN VÉHICULE, MACHINE OU OUTIL</p> <p><input type="checkbox"/> SPORT OU AUTRE ACTIVITÉ POTENTIELLEMENT DANGEREUSE</p> <p><input type="checkbox"/> SOUFFRENT D'UNE GRAVE MALADIE PHYSIQUE OU MENTALE</p>	<p><input type="checkbox"/> Aucune intervention, encourager votre patient à continuer</p> <p>ABSENCE DE CONTRE-INDICATION</p> <p><input type="checkbox"/> Encourager le patient à respecter les recommandations D'Éduc'alcool</p> <p>PRÉSENCE D'UNE CONTRE-INDICATION À LA CONSOMMATION D'ALCOOL</p> <p><input type="checkbox"/> Intervention brève de type FRAMES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Feedback : situer le patient dans sa catégorie de risque • Responsabilité : mentionner au patient que lui seul peut décider de changer • Avis professionnel clair et spécifique sur les répercussions de sa consommation • Menu d'options : <ul style="list-style-type: none"> ○ Diminuer ○ En reparler au prochain RV ; ○ Faire une pause de X temps sans consommer • Empathie • Sentiment d'efficacité personnelle : rappeler les succès antérieurs
<p>♀ : > 10 verres par semaine ou > 2 verres par jour ou AUDIT > 5</p> <p>♂ : > 15 verres par semaine ou > 3 verres par jour ou AUDIT > 6</p>	<p><input type="checkbox"/> Passer au DSM-5 à la page suivante pour préciser le diagnostic</p>

DOCUMENT A – CPMD 1 de 1

2019-03 Rév.:

DOSSIER :

NOM :
PRÉNOM :
N.A.M. :
D.D.N. :
PÈRE :
MÈRE :

**DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC
TROUBLE D'USAGE D'ALCOOL**

CPMD
Communauté de pratique médicale en dépendance

DIAGNOSTIC

<p>CRITÈRES DU DSM-5</p> <p><input type="checkbox"/> MODE D'UTILISATION INADAPTÉE D'UNE SUBSTANCE QUI CONDUIT À UNE ALTÉRATION DU FONCTIONNEMENT OU UNE SOUFFRANCE SIGNIFICATIVE AU COURS D'UNE PÉRIODE DE 12 MOIS ASSOCIÉE À AU MOINS 2 CRITÈRES PLUS BAS :</p> <p><input type="checkbox"/> TOLÉRANCE</p> <p><input type="checkbox"/> SEVRAGE</p> <p><input type="checkbox"/> QUANTITÉ PLUS IMPORTANTE QUE PRÉVUE</p> <p><input type="checkbox"/> ESSAI D'ARRÊT INFRUCTUEUX</p> <p><input type="checkbox"/> BEAUCOUP DE TEMPS À L'USAGE OU RÉCUPÉRATION</p> <p><input type="checkbox"/> CRAVING</p> <p><input type="checkbox"/> INCAPACITÉ DE REMPLIR SES OBLIGATIONS</p> <p><input type="checkbox"/> CONSOMMATION MALGRÉ LES CONSÉQUENCES</p> <p><input type="checkbox"/> ABANDON D'ACTIVITÉS</p> <p><input type="checkbox"/> SITUATIONS DANGEREUSES EN CONSOMMATION</p> <p><input type="checkbox"/> POURSUIT USAGE MÊME SI SAIT AVOIR UN PROBLÈME</p>	<p>CONCLUSION</p> <p><input type="checkbox"/> CONSOMMATION À RISQUE ÉLEVÉE SANS TUA</p> <ul style="list-style-type: none"> • FAIRE UNE INTERVENTION BRÈVE DE TYPE FRAMES • ÉVALUATION DE LA MOTIVATION AU CHANGEMENT • RÉFÉRENCE VERS ALCO-CHOIX SI LE PATIENT LE DÉSIRE <p><input type="checkbox"/> TROUBLE D'USAGE D'ALCOOL (TUA)</p> <p><input type="checkbox"/> TUA LÉGER (2 à 3 CRITÈRES)</p> <p><input type="checkbox"/> TUA MODÉRÉ (4 à 5 CRITÈRES)</p> <p><input type="checkbox"/> TUA SÉVÈRE (> 6 CRITÈRES)</p> <ul style="list-style-type: none"> • FAIRE UNE INTERVENTION BRÈVE DE TYPE FRAMES • ÉVALUATION DE LA MOTIVATION AU CHANGEMENT
---	--

Motivation au changement

PRÉ-CONTEMPLATION CONTEMPLATION PRÉPARATION ACTION MAINTIEN

Niveau d'importance : _____ /10 Niveau de confiance : _____ /10

Déclencheur : _____

Motivation : _____

Objectif du patient : _____

Prochaine rencontre : _____

POUR LES PATIENTS AVEC TUA MODÉRÉ À SÉVÈRE, N'OUBLIEZ PAS DE NOMMER À VOTRE PATIENT DE NE PAS CESSER PAR LUI-MÊME SA CONSOMMATION D'ALCOOL TANT QUE L'ÉVALUATION FORMELLE DES RISQUES DE SEVRAGE N'A PAS ÉTÉ FAITE (DOCUMENT B – NOTE D'ÉVALUATION DU TUA)

Signature _____

N° permis _____ Date _____

DOCUMENT A – CPMD 2 de 2

2019-03 Rév.:

Outils développés

DOSSIER :

CPMD
Communauté de pratiques médicales en dépendance

**NOTE D'ÉVALUATION
TROUBLE D'USAGE D'ALCOOL (TUA)**

NOM : _____
PRÉNOM : _____
PÈRE : _____
MÈRE : _____

Homme / Femme _____ ans

ALCOOL				
Type	Volume	%	# de jour / semaine	Dernière consommation
			/7	
			/7	
			/7	

Calcul du total des consommations par jour = _____

AUTRES SUBSTANCES

Benzodiazépines	Non	Oui -> Préciser : _____
GHB	Non	Oui -> Préciser : _____
Opiacés	Non	Oui -> Préciser : _____
Autres	Non	Oui -> Préciser : _____

ANTÉCÉDENTS ET SYMPTÔMES PERTINENTS

ANTÉCÉDENTS	SYMPTÔMES ACTUELS
Complication de sevrage <input type="checkbox"/> DELIRIUM TREMENS <input type="checkbox"/> CONVULSIONS DE SEVRAGE	<input type="checkbox"/> NAUSÉES <input type="checkbox"/> VOMISSEMENTS <input type="checkbox"/> TREMBLEMENTS <input type="checkbox"/> SUDATION <input type="checkbox"/> CÉPHALÉES <input type="checkbox"/> ANXIÉTÉ <input type="checkbox"/> INSOMNIE <input type="checkbox"/> HALLUCINATIONS
MÉDICAUX <input type="checkbox"/> MALADIE CHRONIQUE MAL CONTRÔLÉE (EX : DIABÈTE, US CORVARIUS) <input type="checkbox"/> MALADIE CHRONIQUE À RISQUE D'EXACÉRBATION PENDANT LE SEVRAGE (EX : MPOC, APNÉE DU SOMMEIL, ÉPILEPSIE) <input type="checkbox"/> CONDITION CHRONIQUE À RISQUE DE NUIRE AU BON FONCTIONNEMENT DU SEVRAGE EN EXTERNE (EX : TROUBLE NEUROCOGNITIF OU ITINÉRIANCE)	<input type="checkbox"/> IDÉES SUICIDAIRES <input type="checkbox"/> CONVULSION RÉCENTE <input type="checkbox"/> TRAUMATISME RÉCENT : _____ <input type="checkbox"/> CARDIO : _____ <input type="checkbox"/> PNEUMO : _____ <input type="checkbox"/> GASTRO : _____ <input type="checkbox"/> URO : _____
Psychiatriques <input type="checkbox"/> TENTATIVE DE SUICIDE <input type="checkbox"/> SCHIZOPHRÉNIE <input type="checkbox"/> PSYCHOSE TOXIQUE <input type="checkbox"/> AUTRE : _____	<input type="checkbox"/> MAB TYPE _____ <input type="checkbox"/> TROUBLE ANXIEUX _____ <input type="checkbox"/> DÉPRESSION MAJEURE _____

DOCUMENT B – CPMD

2019-03 Rév.: _____ 1 de 2

DOSSIER :

CPMD
Communauté de pratiques médicales en dépendance

**NOTE D'ÉVALUATION
TROUBLE D'USAGE D'ALCOOL (TUA)**

NOM : _____
PRÉNOM : _____
PÈRE : _____
MÈRE : _____

EXAMEN PHYSIQUE

TA : _____ FC : _____ RR : _____ Sat : _____ T : _____

APPARENCE : NORMALE HALEINE ÉTHYLIQUE ICTÈRE HYGIÈNE NÉGLIGÉE DÉSHYDRATATION
 SENSORIUM : CLAIR DÉSORIENTÉ : _____ HALLUCINATIONS : _____
 DÉMARCHE : NORMALE ATAXIE ROMBERG : _____
 MOUVEMENT EXTRA-OCULAIRE NORMAL NYSTAGMUS _____
 CŒUR : _____
 POUMON : _____
 ABDOMEN : _____
 STIGMATES DE CIRRHOSE : ANGIOMES STELLAIRES ÉRYTHÈME PALMAIRE HYPERTROPHIE DES PAROTIDES
 ASTÉRUX HÉPATO-SPLÉNOMÉGALIE ASCITE ECCHYMOSES OMI CAPUT MEDUSAE

CIWA-AR : _____

LABORATOIRES

RÉÉVALUATION DU STADE DE CHANGEMENT : _____

IMPRESSIONS

TROUBLE D'USAGE D'ALCOOL (TUA) PETIT TABLEAU DES CI SEVRAGE EXTERNE?

PHASE DE CHANGEMENT : _____
 CIWA-AR < 15 SANS CONTRE-INDICATION DE SEVRAGE EN EXTERNE
 CONTRE-INDICATION DE SEVRAGE EN EXTERNE : _____

PLAN

Conseil au patient : ne pas arrêter complètement sa consommation d'ici le prochain rendez-vous
 Prises de sang demandées : _____
 Prises en charge psychosociale : _____
 Prescription de la médication pour le sevrage en externe (DOCUMENT F COMPLÉTÉ)
 Prescription de la médication pour le maintien de l'abstinence
 Documentation sur la médication de sevrage et instructions données au patient (DOCUMENT _____)
 RÉFÉRENCE VERS CH OU CRD (DOCUMENT E COMPLÉTÉ)

Prochaine rencontre : _____

Signature _____

N° permis _____ Date _____

DOCUMENT B – CPMD

2019-03 Rév.: _____ 2 de 2

Points essentiels

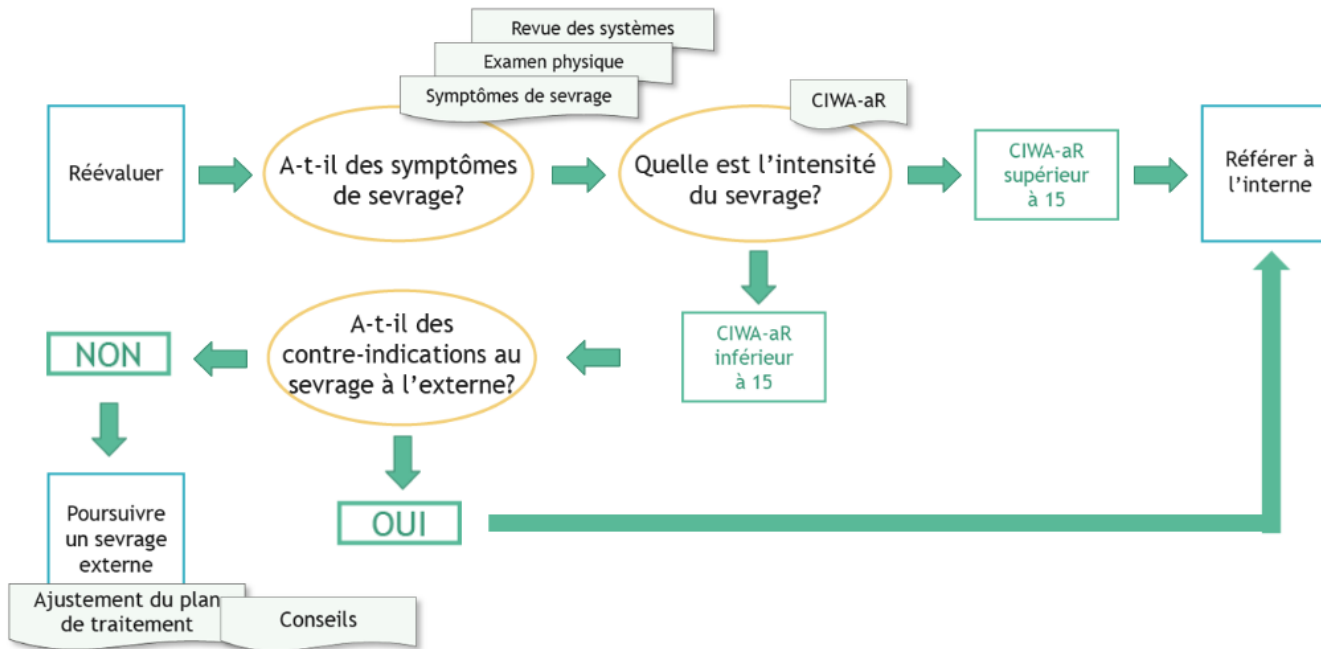
Prise en charge du sevrage en externe

- Respecter les étapes d'un processus de sevrage en externe
- Prescrire une médication pour atténuer les symptômes du sevrage
- Évaluer l'évolution du sevrage
- Déterminer le milieu adéquat vers lequel orienter le patient si le sevrage se complique
- Prescrire une médication pour favoriser le maintien de l'abstinence

Algorithme

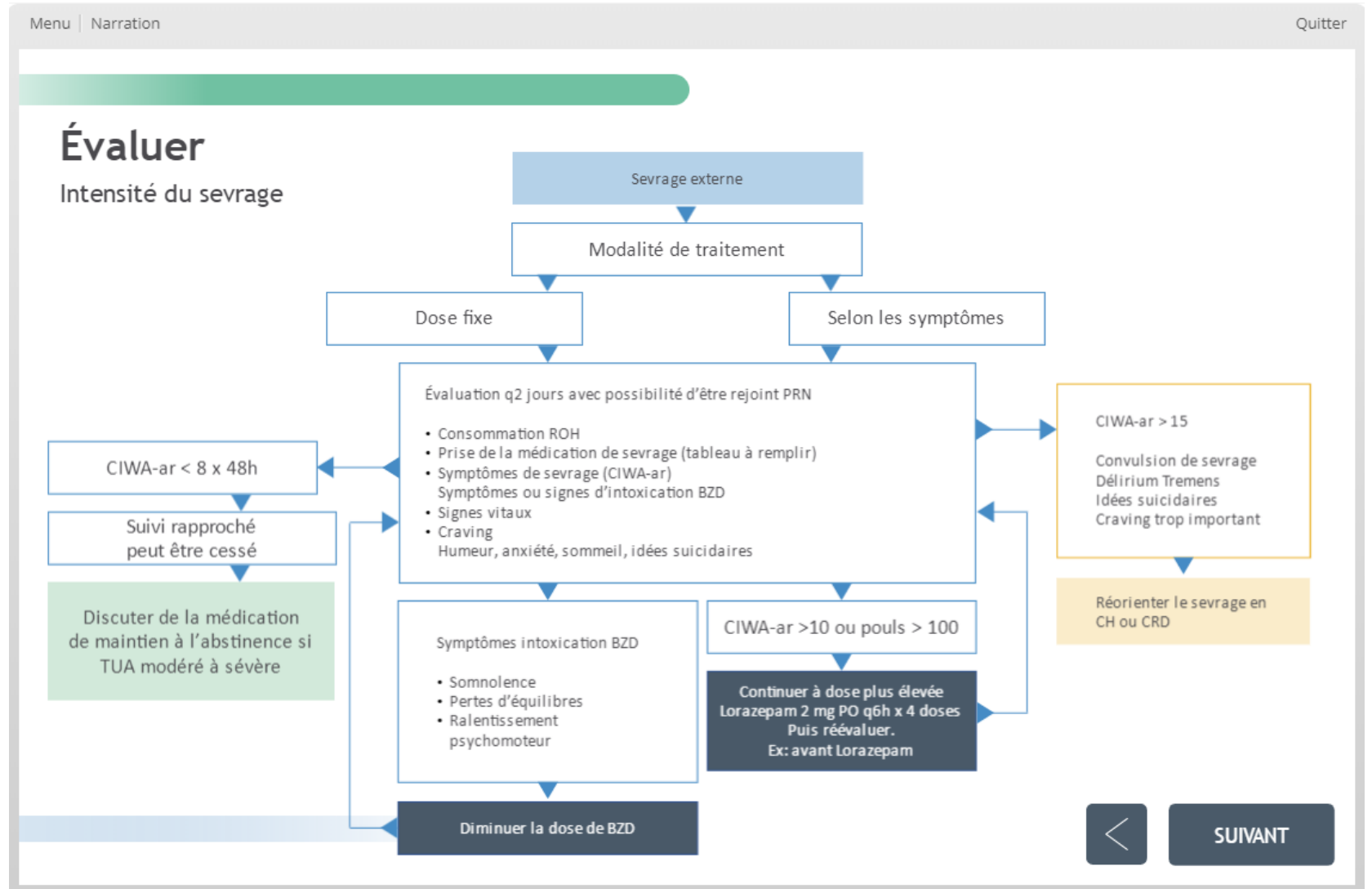
Rencontre 3

Se situer dans le processus de sevrage d'alcool




SUIVANT

Algorithme



Outils développés

DOSSIER : _____


 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 PÈRE : _____
 MÈRE : _____

**NOTE DE SUIVI SEVRAGE EXTERNE
TROUBLE D'USAGE D'ALCOOL**

Homme / Femme _____ ans ; Date de la dernière consommation d'alcool _____

CONSOMMATION			
Alcool	Non	Oui	-> Préciser : _____
Benzodiazépines (non prescrit)	Non	Oui	-> Préciser : _____
Autres :	Préciser : _____		

PRISE DE LA MÉDICATION PRESCRITE			
Quantité de Benzo utilisée _____			
Amélioration des symptômes de sevrage		Oui	Non
Heure de la dernière prise de médication : _____			
Effets secondaires	Non	Oui	-> Préciser : _____

SYMPTÔMES DE SEVRAGE			
Tremblements	Non	Oui	-> Préciser : _____
Cravache	Non	Oui	-> Préciser : _____
Insomnie	Non	Oui	-> Préciser : _____
Anxiété	Non	Oui	-> Préciser : _____
Humeur	Non	Oui	-> Préciser : _____

ADAPTATION AU CHANGEMENT	
<input type="checkbox"/> IDÉES SUICIDAIRES	DIFFICULTÉS VÉCUES : _____
<input type="checkbox"/> PROBLÈME DE SANTÉ AIGU : _____	SUPPORT DES PROCHES : _____

EXAMEN PHYSIQUE ET MENTAL

TA : _____ FC : _____ RR : _____ **Sat** : _____ T : _____

APPARENCE : NORMALE HALEINE ÉTHYLIQUE ICTÈRE HYGIÈNE NÉGLIGÉE DÉSHYDRATATION

SENSORIUM : CLAIR DÉSORIENTÉ : _____ HALLUCINATIONS : _____

DÉMARCHE : NORMALE ATAXIE ROMBERG : _____

MOUVEMENT EXTRA-OCULAIRE NORMAL NYSTAGMUS

CŒUR : _____

POUMON : _____

ABDOMEN : _____

STIGMATES DE CIRRHOSE : ANGIOMES STELLAIRES ÉRYTHÈME PALMAIRE HYPERTROPHIE DES PAROTIDES

ASTÉRIS HÉPATO-SPLÉNOMÉGALIE ASCITE ECCHYMOSES OMI **CAROT MÉDUSAIR**

LABORATOIRES

CRÉAT : _____


ALT : _____

CIWA-AR : _____

DOCUMENT C – CPMD

2019-03 Rév: _____ 1 de 2

DOSSIER : _____


 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 PÈRE : _____
 MÈRE : _____

**NOTE DE SUIVI SEVRAGE EXTERNE
TROUBLE D'USAGE D'ALCOOL**

IMPRESSIONS

TROUBLE D'USAGE D'ALCOOL (TUA), SEVRAGE EN COURS J# _____

ÉVOLUTION FAVORABLE SEVRAGE LÉGER À MODÉRÉ COMPLICATION DE SEVRAGE

ÉTAT PSYCHOLOGIQUE INSTABLE

RECHUTE

PLAN

CONTINUER LE SEVRAGE EN EXTERNE

RÉORIENTATION DU PATIENT - RÉFÉRENCE VERS CH OU CRD (DOCUMENT E COMPLÈTE)

Prises de sang demandées :

ALT DANS 1 MOIS

CRÉATININE

AUTRE : _____

Prescription de la médication pour le sevrage en externe (DOCUMENT F COMPLÈTE)

Médication tel que prévue

Diminution des benzodiazépines

Augmentation des benzodiazépines

Médication pour le sommeil : _____

Autre : _____

Prescription de la médication pour le maintien de l'abstinence

NOUVEAUX (REVIS)

ACAMPROSAT (COMPRAL) -> Demande de médication d'exception RAMQ faite

Prises en charge psychosociale :

Travail social : _____

Psychologie : _____

Groupe de soutien : _____

Centre de Réadaptation en Dépendance (CRD)

Documentation remise

Gestion du sommeil

Comment et quand consulter

Médication : DE SEVRAGE DE MAINTIEN

Prochaine rencontre : _____

Signature _____

N° permis _____ Date _____

DOCUMENT C – CPMD

2019-03 Rév: _____ 2 de 2

Outils développés



ORDONNANCE INDIVIDUELLE PRÉIMPRIMÉE SEVRAGE EXTERNE - LORAZEPAM TROUBLE D'USAGE D'ALCOOL

NOM :
PRÉNOM :
N.A.M. :
D.D.N. :
PÈRE :
MÈRE :

ORDONNANCE MÉDICALE EXTERNE	
Valide pour la période du _____ au _____ inclusivement (_____ jours)	
<input type="checkbox"/> LORAZEPAM	AUTRES PRESCRIPTIONS
<input type="checkbox"/> DOSE FIXE Posologie : Jour #1 : 2 mg PO QID #4 comprimés Jour #2 : 2 mg PO TID #3 comprimés Jour #3 : 1 mg PO TID #3 comprimés Jour #4 : 1 mg PO BID #2 comprimés Jour #5 : 1 mg PO HS #1 comprimés Quantité totale prescrite : 20 mg	<input type="checkbox"/> THIAMINE Posologie : 100 mg PO bid #14 comprimés
<input type="checkbox"/> BASÉE SUR LES SYMPTÔMES Posologie : Jour #1 : 2 mg PO q 4 à 6 h PRN #4 comprimés Jour #2 : 2 mg PO q 6 à 8 h PRN #3 comprimés Jour #3 : 1 mg PO q 6 à 8 h PRN #3 comprimés Jour #4 : 1 mg PO q 12h PRN #2 comprimés Jour #5 : 1 mg PO HS PRN #1 comprimé Quantité totale prescrite : 20 mg	<input type="checkbox"/> PANTOLOC Posologie : 40 mg PO die #30 Ren : _____ Code : _____
<input type="checkbox"/> MIRTAZAPINE Posologie : 15 mg ½ à 1 co PO HS PRN si insomnie # _____ Ren x _____	<input type="checkbox"/> AUTRE : _____ _____ _____
Service à la pharmacie : <input type="checkbox"/> À chaque jour <input type="checkbox"/> AUX _____ jours	
Ne peut jamais apporter plus de : _____ mg à la fois	
AU PHARMACIEN COMMUNAUTAIRE : - Ne pas servir si l'usager est sous l'effet de l'alcool ou intoxiqué(e) par des médicaments ou drogues. - Si la médication est omise plus de 2 jours consécutifs, ne pas servir jusqu'à nouvel ordre et aviser le médecin traitant <input type="checkbox"/> Cette prescription annule toute autre prescription de benzodiazépine antérieure.	
_____ Signature	
_____ N° permis	_____ Date
• Lors de la transmission par télécopieur, le prescripteur certifie que cette ordonnance est une ordonnance originale, que le pharmacien identifié est le seul destinataire et que l'original de ce document ne sera pas utilisé.	
Pharmacie : _____ Télécopié le : _____ Par : _____	

DOSSIER :



DOSSIER :
NOM :
PRÉNOM :
N.A.M. :
D.D.N. :
PÈRE :
MÈRE :

RÉFÉRENCE VERS CH OU CRD TROUBLE D'USAGE D'ALCOOL

RÉFÉRENCE MÉDICALE	
Homme / Femme _____ ans, Trouble d'usage d'alcool (TUA) <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Sévère	
CONSOMMATION	
<input type="checkbox"/> BIÈRES <input type="checkbox"/> VIN <input type="checkbox"/> FORT <input type="checkbox"/> AUTRE : _____ Nombre de consommations : _____ par jour x _____ jours par semaine Moment de la dernière consommation : _____	
Trouble d'usage concomitant : Dépresseurs SNC : <input type="checkbox"/> BENZODIAZÉPINES <input type="checkbox"/> OPIOÏDES <input type="checkbox"/> GHB	
ÉTAT DU PATIENT	ANTÉCÉDENTS
CIWA-ar _____ Fréquence ▼ : _____ <input type="checkbox"/> COMPLICATION DE SEVRAGE : _____ <input type="checkbox"/> ÉTAT PSYCHOLOGIQUE INSTABLE <input type="checkbox"/> IDÉES SUICIDAIRES <input type="checkbox"/> PROBLÈME DE SANTÉ AIGU : _____ <input type="checkbox"/> ÉCHEC AU SEVRAGE EN EXTERNE <input type="checkbox"/> SUPPORT PSYCHOSOCIAL ABSENT <input type="checkbox"/> SANS DOMICILE FIXE	Complication de sevrage <input type="checkbox"/> DÉLIUM TREMENS <input type="checkbox"/> CONVULSIONS DE SEVRAGE MÉDICAUX <input type="checkbox"/> MALADIE CHRONIQUE MAL CONTRÔLÉE (Ex : DIABÈTE) : _____ <input type="checkbox"/> MALADIE CHRONIQUE À RISQUE D'EXACERBATION PENDANT LE SEVRAGE (Ex : MPOC) : _____ <input type="checkbox"/> CONDITION CHRONIQUE À RISQUE DE NUIRE AU BON FONCTIONNEMENT DU SEVRAGE EN EXTERNE (Ex : TNC OU ITINÉRANCE) : _____ Psychiatriques <input type="checkbox"/> TENTATIVE DE SUICIDE <input type="checkbox"/> MAB Type _____ <input type="checkbox"/> SCHIZOPHRÉNIE <input type="checkbox"/> TROUBLE ANXIEUX <input type="checkbox"/> PSYCHOSE TOXIQUE <input type="checkbox"/> DÉPRESSION MAJEURE
Patient(e) référé(e) pour sevrage d'alcool <input type="checkbox"/> Centre Hospitalier (CH) <input type="checkbox"/> Centre de Réadaptation en Dépendance (CRD)	
Discussion avec Dr _____ ce jour Médication reçue : _____ Heure : _____	

Signature

N° permis

Date

Outils développés

Document patient

LORAZEPAM (ATIVAN)

- Ce médicament est utilisé pour diminuer les symptômes de sevrage tels que les tremblements, la sudation, l'anxiété, l'irritabilité, la soif intense ou le goût de consommer.
- Il peut être pris avec ou sans nourriture.
- Il est très important de respecter l'ordonnance ou les consignes données par le médecin et/ou l'infirmière.
- On peut ressentir son effet en moins d'une heure.
- Vous devez savoir que ce médicament vous est donné à dose décroissante sur une courte période car il est possible de développer une dépendance.

Voici les effets secondaires possibles :

- Somnolence ou fatigue marquées
- Confusion
- Étourdissement ou vertiges (levez-vous lentement)
- Maux de tête importants
- Difficulté respiratoires (en cas de difficulté respiratoire importante, présentez-vous à l'urgence ou téléphoner au 911)
- Pertes de mémoire (ne cause pas l'Alzheimer)
- Si vous présentez un ou des effets secondaires importants, ne prenez plus ce médicament et parlez-en à votre pharmacien, à l'infirmière ou à votre médecin.
- Il est important que vous sachiez que ce médicament peut entraîner de la somnolence et de la confusion. Vous devez donc attendre 2 heures après sa prise avant de conduire un véhicule. Ne prenez pas le volant si vous vous sentez somnolent.
- Évitez de prendre de l'alcool avec ce médicament, car il peut augmenter l'apparition d'effets secondaires.
- Ne prenez pas de médicaments en vente libre ou de produits naturels sans en discuter d'abord avec votre médecin ou votre pharmacien si vous prenez du Lorazepam.
- Vos médicaments ont été prescrits pour vous et votre problème de santé. Ne les donnez pas à quelqu'un d'autre.
- Informez tout professionnel de la santé si vous prenez ce médicament présentement.
- Conservez ce produit dans un endroit sécuritaire hors de la portée des enfants; et assurez-vous qu'il n'est pas exposé à de la chaleur ou de l'humidité excessive.
- Rapportez les comprimés qu'il vous reste à votre pharmacien.

NALTREXONE (REVIA)

- Ce médicament vous est prescrit par votre médecin pour diminuer le risque de rechute pour votre trouble d'usage d'alcool.
- Il est pris 1 fois par jour, le matin. Il est important de respecter la posologie inscrite sur l'étiquette. Ne pas en utiliser plus, ni plus souvent qu'indiqué.
- Vous devez savoir que ce médicament vous est prescrit pour une période de 6 mois initialement. Il peut être prolongé selon son efficacité et sa tolérance.
- Vous ne pouvez pas prendre des calmants tel que Morphine, Dilaudid ou Codéine pendant la prise de cette médication. Si vous avez une condition médicale qui nécessite un soulagement de la douleur avec des médicaments opioïdes, cesser le naltrexone et aviser votre pharmacien, infirmière ou médecin traitant de votre condition.

Voici les effets secondaires possibles :

- Nausées, vomissements, diminution de l'appétit
- Anxiété
- Maux de têtes
- Chaque personne peut réagir différemment à un traitement. Si vous pensez que ce produit est la cause d'un problème qui vous incommode, qu'il soit mentionné ici ou non, n'hésitez pas à en parler à votre pharmacien ou à votre médecin.
- Il est possible que votre médecin vous demande des prises de sang de suivi. N'oubliez pas d'aller les faire!

Prochaine prise de sang : Un mois après le début de la médication

Prochain rendez-vous de suivi :

- Guide de pratique sur le sevrage d'alcool

5.5	Pharmacotherapies for Withdrawal Management.....	51
5.5.1	Benzodiazepines	51
5.5.2	Anticonvulsants	52
5.5.3	α -adrenergic Agonists	53
5.5.4	Section Summary and Recommendations.....	56

(Provincial guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder, BCCSU 12-2019)

Remerciements



Dre Marie-Ève Goyer : comité scientifique



Dr Louis-Christophe Juteau : réviseur



Dr Luc Lapierre : 1^{er} Testeur



Kathy Tremblay : coordonnatrice



Sandra Leriche et Stéphane Dubuc : Centre d'expertise en santé de Sherbrooke du CIUSSS-CHUS-Estrie

Conclusion



Accréditation acceptée avec UdM



Processus d'hébergement en cours.....
pas encore finalisé



Sortie de la formation à venir très très bientôt



Outils qui seront disponibles pour les cliniciens

CPMD

Communauté de pratique médicale en dépendance

Questions?