

NiD-ÉP

**Niveau de Désintoxication:
Évaluation par les intervenants Psychosociaux**

Manuel d'utilisation

Pierre Rouillard, M. D.
Joël Tremblay, Ph.D

Pierre Rouillard, Médecin psychiatre
Centre Hospitalier Robert Giffard

Joël Tremblay, Ph.D
Service de recherche CRUV / ALTO
Membre de l'équipe de recherche RISQ / CIRASST (www.risq-cirasst.umontreal.ca)
joel.tremblay@ssss.gouv.qc.ca

Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve 2525 de la Canardière, Beauport Québec, Qc G1J 2G3 (418) 663-5008, poste 4931 (boîte vocale) (418) 663-6575 (fax)	Centre de réadaptation ALTO 975 de la concorde, St-Romuald, Qc G6W 5M6 (418) 834-5512 (418) 834-7477 (fax)
--	---

© 2005 Service de recherche CRUV / ALTO
Tous droits réservés

ISBN 2-923230-06-X
Dépôt légal mars 2005 - Bibliothèque nationale du Québec - Bibliothèque nationale du Canada

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	2
INTRODUCTION	5
ORIGINE	5
DESCRIPTION GÉNÉRALE	7
1. PRINCIPES GÉNÉRAUX.....	7
1.1 DÉFINITION DE LA DÉSINTOXICATION	7
1.2 FACTEURS PRÉDICTIONNELS DE SÉVÉRITÉ DU SEVRAGE AUX DIVERS PSYCHOTROPES.....	8
1.3 PRINCIPES D'APPARIEMENT.....	10
2. INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES.....	13
2.1 SEXE	13
2.2 ÂGE	13
3. SECTION SANTÉ PHYSIQUE	14
4. LISTE DES MÉDICAMENTS PRESCRITS.....	16
5. SECTION ALCOOL.....	17
5.1 DATE DE LA DERNIÈRE CONSOMMATION D'ALCOOL	17
5.2 CONSOMMATION D'ALCOOL LORS DES DERNIERS 14 JOURS.....	17
5.3 ÂGE DE DÉBUT DE CONSOMMATION RÉGULIÈRE.....	18
5.4 INTERPRÉTATION DE LA QUANTITÉ / FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL	19
5.5 CIWA-AR	19
5.5.1 <i>Signes vitaux.....</i>	<i>19</i>
5.5.2 <i>Description du CIWA-AR</i>	<i>20</i>
5.5.3 <i>Interprétation reconnue des scores du CIWA-AR.....</i>	<i>20</i>
Un score de 0 à 9.....	20
Un score de 10 à 19.....	21
Un score de 20 à 24.....	21
Un score de 25 et plus.....	21
5.6 FACTEURS D'AGGRAVATION DU RISQUE ASSOCIÉ AU SEVRAGE À L'ALCOOL	21
5.7 INTERPRÉTATION DES INFORMATIONS RECUEILLIES CONCERNANT LE SEVRAGE DE L'ALCOOL	23

6. SECTION BENZODIAZÉPINES	25
6.1 ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION DE BENZODIAZÉPINES	25
6.1.1 <i>Date de la dernière consommation</i>	25
6.1.2 <i>Comportements de consommation de benzodiazépines</i>	25
6.1.3 <i>Tableau d'équivalences</i>	26
6.2 SIGNES ET SYMPTÔMES DE SEVRAGE DE BENZODIAZÉPINES.....	26
6.3 INTERPRÉTATION DES DONNÉES LIÉES AU SEVRAGE DE BENZODIAZÉPINES.....	29
7. SECTION OPIACÉS	31
7.1 ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION D'OPIACÉS	31
7.1.1 <i>Date de la dernière consommation</i>	31
7.1.2 <i>Tableau d'équivalences</i>	31
7.2 SIGNES ET SYMPTÔMES DE SEVRAGE D'OPIACÉS	31
7.3 ORIENTATION DE L'USAGER	33
8. CONSOMMATION D'AUTRES SUBSTANCES	34
8.1 QUANTIFICATION DE LA CONSOMMATION.....	34
8.1.1 <i>Date de la dernière consommation</i>	34
8.1.2 <i>Nombre de jours de consommation depuis trente jours</i>	34
8.1.3 <i>Rythme de consommation</i>	34
8.1.4 <i>Quantité consommée lors d'un jour typique depuis 30 jours</i>	35
8.2 INTERPRÉTATION DES DONNÉES RELATIVES À LA CONSOMMATION D'AUTRES SUBSTANCES	35
8.2.1 <i>Stimulants (cocaïne/amphétamines)</i>	36
8.2.2 <i>Cannabis</i>	37
8.2.3 <i>Hallucinogènes</i>	38
8.2.4 <i>Phencyclidine (PCP)</i>	38
8.2.5 <i>Inhalants</i>	38
8.2.6 <i>MDMA (ecstasy)</i>	38
8.2.7 <i>Stéroïdes anabolisants</i>	38
9. SECTION CONDITION PSYCHOLOGIQUE / RISQUE SUICIDAIRE	40
9.1 HISTOIRE PSYCHIATRIQUE	40
9.2 ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE	41
9.3 DANGÉROSITÉ POUR AUTRUI.....	41
10. FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL	43
11. SECTION ORIENTATION	44
RÉFÉRENCES	45

ANNEXE 1 : TYPOLOGIE DE LA CLIENTÈLE EN DÉSINTOXICATION	53
ANNEXE 2 : CRITÈRES D'ADMISSION ET D'ORIENTATION POUR LES LITS DE DÉGRISEMENT.....	64

INTRODUCTION

ORIGINE

Le NiD est une famille d'outils d'évaluation de la sévérité du sevrage et des soins médicaux devant l'accompagner. Outre le NiD-ÉP ici présenté, nous retrouvons le NiD-ÉM (Niveau de Désintoxication - Évaluation Médicale) dans une version longue et une version brève. Un manuel d'utilisation distinct accompagne cet outil.

À l'origine, les outils NiD ont été développés dans la foulée du Plan régional d'organisation de service en toxicomanie (PROST; 1996) de la Régie Régionale de la Santé et Services Sociaux de Québec qui a été adopté par le conseil d'administration de la Régie le 18 juin 1996. L'objectif général numéro 10 stipulait que « D'ici la fin de 1997, des outils pour évaluer les besoins de la personne en désintoxication et faciliter son orientation vers les ressources appropriées qui seront proposées aux intervenants des établissements et des organismes communautaires en toxicomanie ainsi qu'aux omnipraticiens en cabinet privé. » La responsabilité de cet objectif revenait au Centre Hospitalier Universitaire de Québec (CHUQ), qui opère le seul service de toxicomanie en milieu hospitalier dans la région. Ce service a surtout une mission de désintoxication, entre autres pour les clientèles multiproblématiques définies dans le PROST.

En mai 1996, la Régie Régionale de Québec avait accepté une typologie de la clientèle en désintoxication (voir annexe 1) préparée par les docteurs Pierre Rouillard et Gervais Dompierre ainsi que par Lyne Lavoie, conseillère en planification et en programmation de la Régie Régionale. Cette typologie définissait quatre niveaux de service en désintoxication, du plus léger au plus grave, soit les traitements suivants: externe ambulatoire, externe intensif, interne en milieu résidentiel et interne en milieu hospitalier. À chaque niveau de service, on y définit le type de ressource, la nature des services et les critères d'orientation de la clientèle.

Le but de la typologie est de mieux apparier les clients au niveau de service le plus efficace, c'est-à-dire efficace pour répondre à leurs besoins et le moins coûteux possible. Cette tendance est omniprésente en toxicomanie et a été mieux documentée au niveau de la

réadaptation. Il y a tout de même des guides d'orientation déjà connus en désintoxication comme celui de l'«American Society of Addiction Medicine» (ASAM, 1996; Kasser, Geller, Howell, & Wartenberg, 1997) que nous avons traduit et adapté (Rouillard, 1998). Toutefois, les outils d'évaluation appropriés ne sont pas actuellement disponibles. Comme nous n'échappons pas à la tendance provinciale qui est à la décroissance des lits d'hospitalisation, nous croyons qu'il est justifié de déployer les efforts actuels pour mieux apparier les clients au meilleur niveau de service, tout particulièrement en ne leur donnant pas un service plus intensif que ce qu'ils ont réellement besoin.

Pour ce faire, nous avons donc dû développer un outil d'évaluation en rendant opérationnel le processus de prise de décision. Le Centre de Réadaptation Ubalde-Villeneuve (CRUV) a manifesté un intérêt pour cette démarche et c'est ainsi que Joël Tremblay, psychologue/chercheur, s'est associé à la démarche et est co-auteur de l'instrument. La Régie Régionale de la Montérégie a financièrement contribué au développement du NiD-ÉM. Nous avons d'abord développé une version se voulant complète en couvrant l'ensemble des questions investiguées par des médecins spécialisés en désintoxication. Une première expérimentation auprès des cinq médecins du service de désintoxication du CHUQ a révélé son utilisation s'avérait longue pour des médecins déjà surchargés. Nous avons donc retranché la moitié des questions et c'est pourquoi on retrouve la version longue que l'on nomme tout simplement NiD-ÉM, et la version abrégée nommée NiD-ÉM abrégé.

Il faut également mentionner que suite à des demandes du milieu d'intervention, tout particulièrement des services de réadaptation en toxicomanie de la région Chaudière-Appalaches, nous avons développé une version du questionnaire adaptée aux compétences médicales plus restreintes des intervenants de formation psychosociale. Le NiD-ÉP est utilisé par des ressources résidentielles non-hospitalières. À l'expérience toutefois, nous constatons que l'instrument est fortement apprécié par les infirmières œuvrant dans un service résidentiel non-médical de désintoxication.

DESCRIPTION GÉNÉRALE

Le NiD-ÉP débute par une section où sont recueillies les informations sociodémographiques. Celle-ci est suivie de quelques questions concernant la condition médicale de l'usager et la médication prise. Vient ensuite la section la plus importante: l'évaluation de la consommation d'alcool et de drogues. Elle comprend d'ailleurs un questionnaire de quantification du sevrage à l'alcool, le « Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcohol Revised » (CIWA-Ar ; Sullivan, Sykora, Schneiderman, Naranjo, & Sellers, 1989). Viennent par la suite les sections sur l'état de santé psychologique/psychiatrique incluant l'évaluation du risque suicidaire et un espace pour des notes libres concernant la situation générale de l'usager (travail, famille, social, judiciaire, etc.). Le questionnaire se termine par un choix d'orientation.

1. PRINCIPES GÉNÉRAUX

1.1 DÉFINITION DE LA DÉSINTOXICATION

« La désintoxication est le processus de traitement utilisé pour éliminer une substance psycho-active chez un individu dépendant, soit par le retrait graduel du produit, soit par le traitement pharmacologique de substitution spécifique pour minimiser et contrôler les signes de sevrage afin d'éviter les risques de complications associées pouvant apparaître à l'arrêt brusque du produit. Le processus de désintoxication implique une évaluation médicale pour préciser le niveau de soins exigé, le contexte dans lequel ils seront donnés, ainsi que pour dépister les pathologies médico-psychiatriques en relation avec la toxicomanie » (p.402, Alling, 1992).

« Un syndrome de sevrage est un ensemble de signes et de symptômes qui peuvent être prédits après l'arrêt brusque ou une diminution rapide de l'ingestion d'une substance psycho-active qui a été utilisée de façon répétée durant une période de temps. Les symptômes et les signes du sevrage sont généralement à l'opposé des effets pharmacologiques directs de la drogue. Les substances dans une même classe pharmacologique produisent des syndromes de sevrage semblables, cependant le début, la durée et l'intensité de ceux-ci sont variables dépendant de l'agent particulier utilisé, de sa durée d'utilisation et du degré de neuroadaptation. La preuve de l'arrêt ou de la réduction de la substance psycho-active peut être obtenue par l'histoire de consommation ou par les examens toxicologiques. De plus, le tableau clinique ne doit pas correspondre à aucun des syndromes organiques

comme une hallucinose organique. Le sevrage peut cependant être superposé à n'importe quel syndrome mental organique. » (Rouillard, 1999, p. 2)

Les buts du traitement en désintoxication sont de permettre un sevrage sécuritaire et de préparer le patient à la suite de son traitement pour sa dépendance.

1.2 FACTEURS PRÉDICTIFS DE SÉVÉRITÉ DU SEVRAGE AUX DIVERS PSYCHOTROPES

Les études ont démontré que divers facteurs sont associés à l'augmentation du risque d'apparition d'un sevrage sévère. Ils sont cependant mieux documentés en ce qui concerne l'alcool. La sévérité du sevrage pourra varier en fonction des critères suivants:

- le délai entre le début d'apparition des signes et des symptômes et le début du traitement (Saitz, Mulvey, Plough, & Samet, 1997);
- la quantité d'alcool ou de drogue utilisée (Lechtenberg & Worner, 1992; Schuckit, Tipp, Reich, Hesselbrock, & Bucholz, 1995) ;
- le moment de la dernière consommation (Pristach, Smith, & Whitney, 1983) ;
- le niveau sanguin de l'alcool ou de la drogue au moment de l'admission (Vinson & Menezes, 1991);
- le nombre de traitements antérieurs en désintoxication (Brown, Anton, Malcolm, & Ballenger, 1988; Lechtenberg & Worner, 1991; Shaw, Latham, Dunn, & Thomson, 1998);
- une histoire de sevrages sévères ou compliqués (Lechtenberg et al., 1992; Lechtenberg & Worner, 1990; Lechtenberg et al., 1991; Schuckit et al., 1995)
- un état de santé physique diminué (Ferguson, Suelzer, Eckert, Zhou, & Dittus, 1996; Johnston, Thevos, Randall, & Anton, 1991; Morton, Laird, Crane, Partovi, & Frye, 1994; Wetterling, Kanitz, Veltrup, & Driessen, 1994) ;

- une détérioration de l'état de santé psychologique (Foy, March, & Drinkwater, 1988; Schuckit et al., 1995) ;
- l'emploi concomitant de plusieurs drogues (Morton et al., 1994; Schuckit et al., 1995).

D'autres facteurs tels que le nombre d'années de consommation (Lechtenberg et al., 1992; Lechtenberg et al., 1990; Pristach et al., 1983; Vinson et al., 1991; Wetterling et al., 1994), la quantité maximale consommée lors d'une journée (Schuckit et al., 1995), la sévérité du «craving» (Saitz et al., 1997) ou encore les résultats de différents examens de laboratoire (Ellenhorn, 1997; Metcalfe, Sobers, & Dewey, 1995; Morton et al., 1994; Vinson et al., 1991; Wetterling et al., 1994) ont été répertoriés comme des variables prédictives de la sévérité du sevrage, mais de façon moins proéminente. Nous retrouvons la plupart de ces facteurs dans le questionnaire, mais il demeure difficile de donner un poids quantitatif à chacun.

Pour le moment il ne s'agit pas d'un questionnaire dont la fiabilité et la validité ont été étudiées. Cependant, le service de toxicomanie du CHUQ et le CRUV, avec l'aide de d'autres partenaires, vont entreprendre une telle validation.

Nous avons dû réduire le nombre de questions à l'essentiel. Cela explique que n'y a pas d'échelle d'évaluation du sevrage de benzodiazépines, malgré que de telles échelles existent (Busto, Sykora, & Sellers, 1989; Guay & Morin, 1998; Merz & Ballmer, 1983; Rickels, Case, Schweizer, Garcia-Espana, & Fridman, 1990; Rickels, Schweizer, Case, & Greenblatt, 1990; Tyrer, Murphy, & Riley, 1990). Il faut toutefois savoir que l'échelle CIWA-Ar a aussi été utilisée pour le sevrage de benzodiazépines, sans que nous en proposons une telle utilisation dans le NiD-ÉP. Les sevrages de stimulants, d'hallucinogènes, de cannabis, de phencyclidine et d'autres drogues sont surtout psychologiques et il y a peu d'échelles développées pour mesurer ces sevrages. Les développements ultérieurs en ce domaine nous permettront éventuellement d'inclure de telles échelles.

Le questionnaire n'est pas conçu pour évaluer les besoins généraux en regard de la toxicomanie, dont la réadaptation, ce qui explique que nous n'avons pas retenu beaucoup de

questions pour la sphère sociale, le potentiel de rechute, la motivation du client, le risque de contagion concernant les maladies transmissibles par le sang ou par relations sexuelles, le risque de conduite automobile en état d'ivresse, etc. Nous retrouvons bon nombre de ces questions dans le questionnaire l'« Indice de Gravité d'une Toxicomanie » (Bergeron, 1994; Bergeron et al., 1992; McLellan et al., 1992).

1.3 PRINCIPES D'APPARIEMENT

Nous avons déjà mentionné l'existence de la typologie de la clientèle en désintoxication adoptée par la Régie régionale et à laquelle l'on peut se référer en annexe 1. Quoique intéressante, cette typologie est incomplète puisque descriptive uniquement des niveaux de soins disponibles dans nos services. C'est pourquoi nous présentons, en plus, une classification plus exhaustive des niveaux de soins telle que développée par l'*American Society of Addiction Medicine* (ASAM, 1996) : *Patient Placement Criteria - 2* (ASAM, 1996).

- **I. Désintoxication ambulatoire sans suivi intensif sur place**

Un service externe est tenu dans un bureau médical, un CLSC, un hôpital ou tout centre de traitement en toxicomanie. Les soins peuvent même être prodigués à la résidence du patient. Il est opéré par des cliniciens qui donnent une évaluation de type médical, une désintoxication et un service de références selon les besoins du client. De tels services sont fournis lors d'entrevues fixées de façon régulière. Il doit y avoir un ensemble de politiques et de procédures ou de protocoles médicaux.

- **II. Désintoxication ambulatoire avec suivi intensif sur place**

L'hôpital général offre ce type de service : il requiert la disponibilité d'infirmières ayant des compétences en toxicomanie. Les patients y sont vus plusieurs heures par jour durant leur désintoxication et ce à chaque jour ou presque.

- **III. Désintoxication interne non-hospitalière**

Plusieurs sous-niveaux coexistent dans cette catégorie. Par exemple, le niveau **III-2** correspond à la désintoxication « sociale ». Ce type correspond à une désintoxication ayant lieu dans un milieu résidentiel non-médical. C'est un service organisé avec du personnel spécialisé en toxicomanie qui donne une supervision 24 heures sur 24, observe l'évolution des symptômes/signes et supporte les patients qui sont intoxiqués ou qui expérimentent un sevrage. La désintoxication sociale est caractérisée par l'emphase sur le support par les parents et par l'entourage. Certains services de désintoxication sociale supervisent l'administration des médicaments pour le traitement du sevrage. Tous les programmes de ce niveau ont des protocoles cliniques pour identifier les patients qui sont en besoin de services médicaux plus grands que les capacités de ce programme. Une fois identifiés, ces patients sont transférés vers un niveau de service plus élevé. Toujours dans la même catégorie, et à titre d'exemple, le niveau **III-7** correspond à la désintoxication interne supervisée par des médecins, mais en dehors de l'hôpital: ce modèle existe aux Etats-Unis mais aussi au Québec (e.g., Lauberivière). Les services sont donnés en tenant compte de politiques, de procédures et de protocoles cliniques approuvés par des médecins. Cependant, les ressources complètes d'un hôpital général de soins aigus ou d'un hôpital psychiatrique ne sont pas nécessaires.

- **IV. Désintoxication interne hospitalière**

La désintoxication se fait dans un hôpital général ou dans un département de psychiatrie. Le tableau 1 résume les différentes conditions conduisant à orienter un individu vers une hospitalisation pour son sevrage.

TABLEAU 1

Indications d'hospitalisation

Intoxication aiguë sévère qui ne peut être traitée en toute sécurité en externe ou à la salle d'urgence dans un délai de 24 heures.

Risque de sevrage sévère ou avec complication médicale

Conditions médicales générales rendant le traitement ambulatoire dangereux.

Comorbidité psychiatrique qui empêche l'efficacité des traitements en externe ou qui nécessite un niveau de soins hospitalier.

Consommation ou autres comportements constituant un danger sérieux immédiat pour soi ou autrui.

Patients n'ayant pas répondu à des traitements moins intensifs et dont la toxicomanie est une menace à court terme pour leur santé physique ou mentale.

Adapté de APA, 1995

Notons finalement que la littérature encourage la mobilité entre les différents niveaux de soins, c'est-à-dire qu'un patient pourrait faire quelques jours dans un hôpital puis aller par exemple dans une maison de thérapie, ensuite dans un centre de jour.

2. INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

2.1 SEXE

Le sexe est une variable qui a généralement moins d'importance en ce qui concerne la désintoxication. Il semble toutefois que pour le sevrage de benzodiazépines, le sexe féminin soit un facteur augmentant la sévérité (Pelissolo & Bisserbe, 1994).

2.2 ÂGE

Le fait d'être âgé augmente le risque associé au sevrage, comme l'illustrent les points suivants :

- Le sevrage de l'alcool est plus sévère chez les personnes âgées, tout particulièrement en ce qui concerne les troubles cognitifs (delirium tremens) et fonctionnels (Foy, 1986)
- L'hospitalisation pourrait être plus longue pour une personne âgée (Kraemer, Mayo-Smith, & Calkins, 1997).
- Les personnes âgées peuvent avoir plusieurs problèmes médicaux concomitants qui pourront nécessiter plus de prudence dans le choix du niveau de service.

3. SECTION SANTÉ PHYSIQUE

Le sevrage peut compliquer un trouble physique préexistant, lié ou non à l'utilisation d'une substance. Le sevrage pourrait aller jusqu'à causer une décompensation du trouble médical préexistant et obliger une hospitalisation. Une étude a montré qu'un problème médical aigu multiplie par 5 le risque d'un sevrage sévère d'alcool (Schuckit et al., 1995). Une autre étude a montré que lorsque le patient a plus de 5 problèmes médicaux, le risque de sevrage sévère d'alcool est multiplié par 2 (Ferguson et al., 1996). Une autre étude a montré que le risque relatif de delirium tremens est multiplié par 11 si le patient a une ataxie chronique (Schuckit et al., 1995), et par 4.5 s'il y a une polyneuropathie (Wetterling et al., 1994).

Comme dans la version abrégée la description des points d'ancrage n'est pas incluse dans le questionnaire, nous la reproduisons ici. Dans la version NiD-ÉM, nous avons inclus une question où le médecin est invité à quantifier le degré de détérioration de la condition médicale. L'échelle n'est pas utilisée dans le NiD-ÉP est est ici reproduite à titre informatif, indiquant ainsi le type d'information recherchée par ces premières questions concernant la condition médicale.

0 <i>Aucun ou minimal</i>	1 <i>Léger</i>	2 <i>Modéré</i>	3 <i>Sévère</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Aucun problème de santé physique ou sinon, ils sont mineurs (e.g., blessure bénigne suite à une chute)</i> • <i>Le niveau de détérioration de la condition médicale générale peut au plus nécessiter un suivi médical externe, non-intensif.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Des problèmes de santé physique imposant de légères restrictions au niveau de la mobilité et/ou de la fonctionnalité dans les activités de la vie quotidienne (e.g., alimentation et hygiène corporelle).</i> • <i>Le niveau de détérioration de la condition médicale générale nécessite un suivi médical externe intensif, i.e. à tous les 2 ou 3 jours.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Problèmes de santé imposant des restrictions importantes au niveau de la mobilité et/ou de la fonctionnalité dans les activités de la vie quotidienne (e.g., alimentation et hygiène corporelle).</i> • <i>Le niveau de détérioration de la condition médicale générale nécessite un suivi médical interne non-hospitalier ou en hôpital de jour.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Problèmes de santé imposant des limitations sévères au niveau de la mobilité et/ou de la fonctionnalité dans les activités de la vie quotidienne (e.g., alimentation et hygiène corporelle).</i> • <i>Le niveau de détérioration de la condition médicale générale nécessite un suivi médical interne hospitalier.</i>

La personne présente-t-elle une ou plusieurs des conditions physiques suivantes telles que diagnostiquées par un médecin :

- La question demande de préciser quel problème médical est présent. Les patients qui ont une maladie cardiaque demandent une évaluation clinique continue parce qu'une convulsion de sevrage ou même le stress physiologique du sevrage peuvent compliquer les conditions cardiaques du patient. Une maladie rénale ou hépatique sévère peut ralentir le métabolisme de la drogue abusée et des médicaments utilisés pour la désintoxication.
- Les patients traumatisés crâniens sont à risque de convulsions. Si un patient qui a eu un trauma crânien et qui abuse de l'alcool ou d'une autre drogue développe un delirium, il est impérieux d'en déterminer la cause exacte (Morton et al., 1994).
- Les patients ayant une douleur chronique traitée par des opiacés ne doivent pas être désintoxiqués de la médication prescrite à moins, entre autres, qu'ils rencontrent les critères d'abus ou de dépendance d'opiacés selon le DSM-IV.
- Certaines études ont montré que les tests de laboratoire hépatiques (AST, ALT, GGT) ou le bilan ionique, surtout une baisse du sodium, du chlore ou du potassium, peuvent être des variables prédictives de la sévérité de sevrage d'alcool (Ellenhorn, 1997; Metcalfe et al., 1995; Morton et al., 1994; Vinson et al., 1991; Wetterling et al., 1994).
- Il faut évaluer le niveau de risque de la consommation et d'un sevrage possible chez les femmes enceintes, à la fois pour la patiente et pour le fœtus. Il peut être plus difficile de reconnaître les premiers signes d'un sevrage d'alcool, car la femme enceinte (n'abusant pas d'alcool) peut aussi présenter une tachycardie, une insomnie, des nausées et des vomissements. Il est recommandé de faire un sevrage en milieu hospitalier. Il en est de même pour le sevrage de sédatifs-hypnotiques. Le sevrage d'opiacés peut causer une détresse fœtale déclenchant un travail prématuré ou un avortement (Miller, 1994).

4. LISTE DES MÉDICAMENTS PRESCRITS

- Cette page permet de faire la liste des médicaments pris par la personne. Il s'agit de cocher les médicaments rapportés par la personne.
- Il est important de connaître la médication prescrite pour le patient, car il peut y avoir des interactions avec le sevrage et avec la médication prescrite pour la désintoxication. Par exemple, un alcoolique qui a cessé l'alcool et des benzodiazépines pris de façon chronique depuis quelque temps peut faire un sevrage beaucoup plus sévère qu'avec une seule de ces deux drogues.
- L'arrêt brusque de certains médicaments psycho-actifs, comme les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, peuvent aussi causer des symptômes de sevrage.

5. SECTION ALCOOL

5.1 DATE DE LA DERNIÈRE CONSOMMATION D'ALCOOL

Quand avez-vous pris votre dernière consommation d'alcool ?

- Afin d'évaluer le risque de sevrage sévère, il est important de connaître le délai depuis la dernière consommation d'alcool. On estime qu'à 7 jours après la dernière consommation il n'y a généralement plus de symptômes de sevrage. C'est pourquoi il est indiqué que pour une abstinence d'alcool de 7 jours ou plus, il n'y a pas de référence médicale pour le sevrage. Le client peut être admis en ressource communautaire pour du dépannage lié à sa toxicomanie, mais non pas pour soigner le sevrage.

5.2 CONSOMMATION D'ALCOOL LORS DES DERNIERS 14 JOURS

- Partir de la date de la dernière consommation (jour zéro) et considérer les 14 jours précédant cette date. Le jour 1 est le jour débutant avant minuit précédant l'heure de la dernière consommation. Ainsi, si une personne a consommé pour la dernière fois de l'alcool à 01 heure du matin dans la nuit du samedi au dimanche, on estime alors que le dimanche est le jour zéro, et samedi le jour 1. S'il a consommé pour la dernière fois le mardi matin en se levant, on considère le mardi comme le jour zéro et le lundi comme le jour 1.
- En ce qui concerne les 3 jours rétrogrades à la date de la dernière consommation, noter le nombre de consommations à chacun de ces trois jours où il y a eu prise d'alcool et ce, même si elle est minimale.
- Au sujet des jours 4 à 14, tracer une barre oblique sur les jours où il y a eu consommation et noter la consommation lors d'un jour type.

- Dans tous les cas, vous retrouvez de l'espace pour noter librement la quantité consommée, mais aussi, vous trouvez un espace où noter la quantité consommée convertie en unités standard. Vous trouvez aussi un tableau d'équivalence pour les différentes formes d'alcool. Il faut être capable d'additionner les consommations pour obtenir l'estimé de la quantité totale d'alcool consommée.

5.3 ÂGE DE DÉBUT DE CONSOMMATION RÉGULIÈRE

- L'information recueillie concerne l'âge du début d'une consommation régulière. Il s'agit de l'âge, à partir duquel la personne a consommé de l'alcool à raison d'au moins trois fois semaine, et ce, pendant au moins un mois. On calculera une journée de consommation seulement si l'individu y ingère suffisamment d'alcool pour dépasser la limite légale à partir de laquelle un individu ne peut conduire un véhicule automobile (.08mg/ml). Ce type de consommation doit toutefois se retrouver à raison de trois jours semaine, et ce, pendant au moins un mois pour que la consommation d'alcool soit considérée comme régulière. Ainsi, un usager qui rapporterait avoir consommé trois petites bières par soirée, trois fois semaine, à partir de l'âge de 17 ans, sera considéré comme ayant débuté une consommation régulière d'alcool à l'âge de 17 ans.
- Le critère de trois fois semaine (pendant au moins un mois) pour identifier une consommation régulière peut exceptionnellement être remplacé par une consommation à raison de deux fois semaine. Cette modification ne sera acceptée que si la consommation correspond à une intoxication extrême et continue de deux jours, conduisant à un fort niveau de dysfonctionnement lors du troisième jour, i.e. empêchant toute activité normale.
- L'âge du début de la consommation régulière est important à connaître surtout pour les substances qui entraînent un syndrome de sevrage physique.
- Ceux qui ont abusé d'alcool depuis au moins 6 ans ont 15 fois plus de risques de faire un sevrage (Saitz et al., 1997).

5.4 INTERPRÉTATION DE LA QUANTITÉ / FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

- La consommation d'alcool doit d'abord être qualifiée de faible, modérée ou forte, pour ensuite être qualifiée de régulière ou irrégulière. Une consommation faible est de 7 consommations ou moins par jour, modérée de 8 à 19 et forte de 20 consommations quotidiennes et plus par jour. La régularité est définie par 4 jours de consommation par semaine.
- Dans le cas d'une faible consommation, il est estimé que les risques d'apparition d'un sevrage sévère sont minimes (mais pas impossibles). L'individu est admissible en dépannage. Ces critères sont valables pour une personne ne présentant pas de troubles physiques ou mentaux pouvant interagir avec le sevrage.
- Dans le cas d'une consommation forte et régulière, une opinion médicale est nécessaire quant à l'orientation de l'utilisateur.
- Pour une consommation modérée et régulière, le "Clinical Withdrawal Scale - Alcohol Revised" doit être utilisé (Sullivan, Sykora, Schneiderman, Naranjo, & Sellers, 1989; Sullivan, Swift, & Lewis, 1991).

5.5 CIWA-AR

5.5.1 Signes vitaux

- Les signes vitaux sont très importants puisqu'ils sont un facteur de sévérité.
- Ils doivent être pris de façon systématique lorsqu'on évalue un patient en désintoxication. S'ils sont très perturbés, cela peut nécessiter une référence à l'urgence et/ou une hospitalisation immédiate.
- Ils sont un des indicateurs de refus d'admission dans une ressource de désintoxication sociale (voir annexe 4, section B « Phases de sevrage »).

- Il n'y a pas de corrélation linéaire entre la sévérité d'un sevrage d'alcool et les signes vitaux, même si ceux-ci s'aggravent en général avec la gravité du sevrage (Sellers, Sullivan, Somer, & Sykora, 1991)

5.5.2 Description du CIWA-AR

- Cette échelle appelée *The Clinical Institute Withdrawal Assessment – Alcohol Revised* (Sullivan, Sykora, Schneiderman, Naranjo, & Sellers, 1989; Sullivan, Swift, & Lewis, 1991) est l'échelle la mieux connue et la plus étudiée. Elle a une fidélité et une validité reconnues (ASAM, 1996; Stuppaeck et al., 1994). Originellement construite à partir de 30 items représentant autant de symptômes, l'échelle a été réduite à 10 items. Elle est facile à utiliser et a été montrée efficace dans différents milieux y compris les unités de désintoxication, les unités psychiatriques et les unités de soins généraux médicaux chirurgicaux. En plus de prédire un sevrage sévère, les scores élevés prédisent le développement de convulsions et de delirium. Les items sont cotés par le clinicien sur une échelle graduée entre 0 et 7. Le CIWA-Ar prend de 2 à 5 minutes à remplir (ASAM, 1996; Mayo-Smith, 1997).
- Il est recommandé d'utiliser ce questionnaire une première fois 6 à 8 heures après l'arrêt de l'alcool puis à 60/120 minutes d'intervalles par la suite. Le pointage du CIWA-Ar ne doit pas être interprété sans les données cliniques et l'on doit tenir compte de la présence d'autres drogues. De plus les patients qui ont des complications médicales comme une hypertension, un diabète, une maladie pulmonaire obstructive chronique, etc., peuvent être incapables de tolérer le syndrome d'hyperactivité adrénergique, même avec un pointage bien en bas de 20.

5.5.3 Interprétation reconnue des scores du CIWA-AR

Un score de 0 à 9

- a) Sevrage minimal, très léger, ne nécessitant pas de traitements médicamenteux ni même des soins médicaux à la condition d'être à 36 heures ou plus d'abstinence d'alcool. Avant ce délai de 36 heures, le score au CIWA-AR peut significativement augmenter.

- b) Environ 7 % des patients ayant un tel score auront des complications s'ils ne sont pas traités ;
- c) Il faut donc être prudent, surtout si le patient a des antécédents de convulsions ou de delirium de sevrage ;
- d) Un pointage de 10 au CIWA-Ar, alors que le patient a encore une concentration d'alcool dans le sang de 22,5 mmol par litre, peut signifier un sevrage sévère imminent ;
- e) L'utilisation de certains médicaments (e.g., bêtabloquants) peuvent diminuer le pointage du CIWA-Ar, sans réduire les risques de convulsions ou de delirium;
- f) Un trouble anxieux généralisé peut augmenter le score du CIWA-Ar de 5 points environ (Johnston et al., 1991).
- g) La référence en ressource communautaire de niveau III.2 est possible s'il y a abstinence de 36 heures ou plus.

Un score de 10 à 19

- h) Sevrage modéré ;
- i) Le patient aurait avantage à obtenir des soins médicaux et une évaluation clinique permettant de déterminer la médication appropriée ;
- j) Une ressource de type III.7 s'avère nécessaire.
- k) Le score plus grand que 15 multiplie par 4 le risque de sevrage sévère ;
- l) Plus le score est élevé, plus le risque est grand.

Un score de 20 à 24

- m) Sevrage modéré / sévère.
- n) Une ressource hospitalière est à envisager quoique non obligatoire.

Un score de 25 et plus

- o) Sevrage sévère avec possibilité d'apparition imminente de delirium tremens. Une hospitalisation est fort probablement nécessaire.

5.6 FACTEURS D'AGGRAVATION DU RISQUE ASSOCIÉ AU SEVRAGE À L'ALCOOL

- Utilisation de sédatifs autres que les benzodiazépines (e.g. barbituriques). Lorsque la personne prend les barbituriques, les risques de sevrage sévère sont plus grands avec des doses équivalentes à d'autres types de sédatifs. La prise de barbituriques justifie en soi une évaluation médicale.

- Usage concomitant de benzodiazépines. Cette pratique nécessite une opinion médicale.
- Une histoire antérieure de sevrage avec des hallucinations, des convulsions (Lechtenberg et al., 1991; Morton et al., 1994; Ng, Hauser, Brust, & Susser, 1988), un delirium tremens (Ferguson et al., 1996; Wetterling et al., 1994). Des sevrages sévères dans le passé sont aussi des variables prédictives de risques de sévérité. Dans le cas où il y aurait eu des convulsions dans les dernières heures il faut se rappeler que pour 86 % des patients présentant des convulsions, le délai entre l'apparition de la première convulsion et de la dernière est de 6 heures. Un delirium actuel est un critère absolu d'hospitalisation de même que les convulsions dans l'épisode de soin actuel. Il y a dans le CIWA-Ar des questions sur les hallucinations et le delirium. Les clients qui abusent de l'alcool peuvent aussi avoir des convulsions en dehors des sevrages, et ce, de façon proportionnelle à la dose consommée (Ng et al., 1988).
- À partir de 4 ou 5 traitements médicaux antérieurs pour sevrage on note une augmentation de la probabilité d'apparition d'un sevrage sévère (Brown et al., 1988; Lechtenberg et al., 1992; Schuckit et al., 1995). L'histoire des sevrages antérieurs permet d'anticiper le déroulement du sevrage actuel. Par exemple, même si le sevrage ne semble pas sévère physiquement on doit tenir compte de la fidélité aux traitements dans les épisodes antérieurs. Si une personne n'a jamais réussi un sevrage en externe, la probabilité est qu'il soit nécessaire de l'orienter vers un traitement interne, même si physiquement ou psychologiquement les symptômes ne justifient pas ce type d'orientation.

5.7 INTERPRÉTATION DES INFORMATIONS RECUEILLIES CONCERNANT LE SEVRAGE DE L'ALCOOL

Comme déjà mentionné, s'il y a une consommation significative d'alcool, c'est-à-dire en haut de 7 consommations par jour, il est nécessaire de remplir le questionnaire CIWA-Ar.

Prise récente de plus de 24 consommations, certains jours (Shaw et al., 1998)
Histoire antérieure de convulsions de sevrage ou de delirium tremens (Shaw et al., 1998)
Concentration élevée d'alcool dans le sang, sans signe d'intoxication (grande tolérance)
Signes de sevrage même avec un haut taux d'alcool dans le sang
Usage concomitant de sédatifs hypnotiques
Problèmes médicaux coexistants
Histoire de plus de 4 traitements antérieurs pour sevrages (Shaw et al., 1998)
Âge plus grand que 65 ans
Retard dans le début du traitement avec des benzodiazépines
CIWA-Ar \geq 20

- Une consommation de plus de 24 verres d'alcool par jour est une variable prédictive de sévérité (Shaw et al., 1998). Pour l'alcool, la consommation lors de la dernière semaine, et de façon moindre, lors de l'avant-dernière semaine avant l'arrêt, sont les périodes les plus importantes pour prédire la sévérité du sevrage (Pristach et al., 1983).
- Les symptômes de sevrage de l'alcool commencent entre 6 heures et 24 heures après la dernière prise d'alcool ou après une diminution importante des consommations. Le sevrage peut évoluer vers un stade modérément sévère 24 à 48

heures après la cessation d'alcool. Ce sevrage sévère survient chez 15% des patients environ. Les convulsions généralisées surviennent dans environ 5% des cas.

- Le delirium tremens peut commencer environ 72 heures après la dernière consommation.
- Rappelons qu'une consommation fréquente en dedans d'une heure après le lever chez les alcooliques est probablement le signe d'un sevrage répété à chaque jour.

TABLEAU 3

Sevrage d'alcool : Indications pour un traitement hospitalier

Indications pour un traitement en salle d'urgence

1. Sevrage modéré à sévère, avec un score CIWA-Ar > 20
2. Déshydratation modérée à sévère
3. Vomissements empêchant une réhydratation et une prise de médication orale
4. Hallucinations de sevrage
5. Convulsions de sevrage

Indications pour une admission à l'hôpital

1. Delirium tremens
2. Sevrage sévère, mal contrôlé malgré la pharmacothérapie à l'urgence
3. Sevrage d'alcool modéré, avec une maladie concomitante (hépatite, pneumonie, diabète, trauma crânien, etc.)
4. Sevrage avec malnutrition sévère
5. Sevrage avec complications psychiatriques, nécessitant une hospitalisation en psychiatrie

Adapté de Ho, 1996

6. SECTION BENZODIAZÉPINES

6.1 ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION DE BENZODIAZÉPINES

6.1.1 Date de la dernière consommation

- Tout comme pour la consommation d'alcool, la date de la dernière consommation est une information majeure dans l'évaluation de l'imminence d'un sevrage. Les benzodiazépines peuvent avoir une longue demi-vie, occasionnant des symptômes de sevrage jusqu'à deux semaines après la dernière prise de médication. C'est pourquoi l'investigation est poursuivie uniquement s'il y a abstinence de benzodiazépines depuis moins de 14 jours.
- Le moment d'apparition des symptômes suivant l'arrêt d'un sédatif dépend de la demi-vie du médicament. Les symptômes peuvent débuter de 3 à 6 heures après l'arrêt d'une drogue à courte durée d'action et plus de 4 jours après l'arrêt d'une drogue à longue durée d'action. Les symptômes sont plus intenses entre 24 et 72 heures pour les courtes demi-vies et entre le 5^e et le 8^e jour pour les longues demi-vies. Les symptômes aigus durent généralement de 3 à 5 jours après l'arrêt des médicaments à courte durée d'action et de 2 à 3 semaines après l'arrêt des médicaments à longue durée d'action (Kasser et al., 1997; Pépin, 1990; Rouillard, 1999).

6.1.2 Comportements de consommation de benzodiazépines

- Si la personne reçoit ses prescriptions d'un seul médecin, qu'elle respecte la posologie recommandée et qu'elle ne prend pas d'autres sédatifs, il n'est pas nécessaire d'estimer la quantité de benzodiazépines prise. Il faut tout de même savoir que même si la personne suit sa prescription, après trois mois de prise régulière de benzodiazépines, à dose thérapeutique, il y a un sevrage à l'arrêt.

6.1.3 Tableau d'équivalences

- Un tableau d'équivalence permet de transformer la consommation de benzodiazépines en mg diazépam (valium) par jour.

6.2 SIGNES ET SYMPTÔMES DE SEVRAGE DE BENZODIAZÉPINES

- Un ensemble de signes et symptômes peuvent être indicateurs de la présence de sevrage aux benzodiazépines. Le tableau 4 présente la liste des symptômes possibles de même que le pourcentage d'individus en sevrage aux sédatifs présentant chacun des symptômes. Ainsi, on comprendra que 62% des individus en sevrage de benzodiazépines présenteront de l'anxiété, 26% d'entre eux auront des difficultés de concentration, etc. Ce tableau est une reproduction tirée du texte de Rouillard (1999) et se veut une synthèse d'informations tirées de plusieurs études (Rickels et al., 1990; Schweizer, Rickels, & Greenblatt, 1990; Tyrer et al., 1990)

TABLEAU 4
Signes et symptômes de sevrage de sédatifs (% approximatif)

Manifestations psychologiques d'anxiété	Manifestations physiologiques d'anxiété
Anxiété (62) Difficulté de concentration (26) Agitation (35) Insomnie (52) Irritabilité Cauchemars (15) Crises de panique	Tremblements (52) Diaphorèse (43) Palpitations Fatigue (39)
Manifestations neurologiques	
Étourdissements (35) Acouphène (18) Céphalées (24) Tension et douleurs musculaires (21) Fasciculations (15) Hyperhésie à la lumière, aux odeurs, aux sons, au toucher (28)	Goût métallique (18) Convulsions (7)
Autres manifestations physiques	Autres réactions psychologiques
Nausée (26) Perte d'appétit (34) Diarrhée (22)	Dysphorie Dépression (21), idées suicidaires Confusion (12), troubles de mémoire (25) Dépersonnalisation et déréalisation (12) Réaction psychotique (3) Distorsion perceptuelle (14) Hallucinations (2) Delirium (1)
Tiré de Rouillard, 1999, p. 14	

- Il est souvent difficile de connaître la quantité exacte des drogues prise, entre autres pour les sédatifs. Comme mentionné dans l'annexe des équivalences (voir tableau d'équivalence se retrouvant dans le questionnaire), il faut questionner si les personnes reçoivent les médicaments de plusieurs médecins, s'ils en achètent sur le marché noir ou au comptoir dans les pharmacies (Guay et al., 1998; Kraemer et al., 1997; Rouillard, 1999). Lorsque la personne prend les barbituriques, les risques de sevrage sévère sont plus grands avec des doses équivalentes à d'autres types de sédatifs.

TABLEAU 5	
Doses équivalentes au phénobarbital 30mg, chlordiazépoxyde 25mg, ou diazépam 5mg*	
MÉDICAMENT	DOSE
BARBITURIQUES :	
Amobarbital (Amytal, Tuinal)	100
Butalbital (Florinal, Tecnal)	100
Pentobarbital (Nembutal)	100
Phénobarbital	30
Sécobarbital (Seconal)	100
MÉDICAMENTS ANALOGUES AUX BARBITURIQUES :	
Ethchlorvynol (Placidyl)	500
HYDRATE DE CHLORAL :	
(Noctec)	350-500
MÉPROBAMATE :	
(Équanil, Equagesic)	400
BENZODIAZÉPINES :	
Alprazolam (Xanax)	1
Bromazépam (Lectopam)	3
Chlordiazépoxyde (Librium)	25
Clonazépam (Rivotril)	0,5
Clorazépate (Tranxène)	10-15
Diazépam (Valium)	5
Estazolam (ProSom)	1
Flurazépam (Dalmane)	15
Lorazépam (Ativan)	1
Nitrazépam (Mogadon)	5
Oxazépam (Sérox)	15
Quazépam (Doral)	15
Temazépam (Restoril)	15
Triazolam (Halcion)	0,25
ALCOOL	2 consommations
Tiré de Rouillard, 1999, p. 16	

- Le tableau 5 est une reproduction tirée du texte de Rouillard (1999) et se veut une synthèse d'informations tirées de plusieurs études (Fleming, 1994; Milhorn, 1992; Wesson, Smith, & Ling, 1994)

6.3 INTERPRÉTATION DES DONNÉES LIÉES AU SEVRAGE DE BENZODIAZÉPINES

- Différents facteurs sont associés à la sévérité du sevrage de sédatifs. Ils sont énumérés dans le tableau 6 (tiré de Rouillard, 1999) et qui synthétise des informations issues de diverses études (Eickelberg & Mayo-Smith, 1998; Rickels et al., 1990; Rickels et al., 1990; Tyrer et al., 1990)

Variables	
Demi-vie	Courte
Dose quotidienne	Élevée (> 40 mg de diazépam die)
Durée d'utilisation	≥ 1 mois si doses élevées ≥ 8 mois si doses faibles (43 % si > 8 mois) (15 % si < 8 mois)
Sexe	Féminin
Éducation	Faible
Psychopathologie initiale	Élevée
Insomnie, somatisation	Élevée
Diagnostic	Dépression
Traits névrotiques	Élevés
Traits de dépendance	Élevés
Prise d'alcool ou d'autres sédatifs	Oui
Tiré de Rouillard, 1999, p. 15	

- La durée de la consommation a une certaine importance. En fait, le nombre de mois de consommation de benzodiazépine est une variable prédictive interreliée à la dose utilisée (Tyrer, Owen, & Dawling, 1983; Tyrer et al., 1990).
- Lorsque la dose est très élevée, i.e. dépassant les doses thérapeutiques, de 3 à 4 semaines d'utilisation pourraient être suffisantes pour amener un syndrome de sevrage.
- Lorsque la dose est à un niveau thérapeutique et que la durée d'utilisation régulière a duré moins de 8 mois, on retrouve un sevrage dans 15% des cas (Rickels et al., 1990; Rickels et al., 1990).

- Lorsque la dose est à un niveau thérapeutique et que la durée d'utilisation est de 8 mois ou plus, on retrouve un sevrage dans 43% des cas (Rickels et al., 1990; Rickels et al., 1990).
- Une dose thérapeutique est équivalente à 40mg de diazépam par jour. L'hospitalisation est recommandée lorsque la dose quotidienne dépasse l'équivalent de 80mg de diazépam par jour.
- Le nombre d'années de consommation régulière d'alcool serait aussi, dans certaines études, une variable prédictive de sévérité du sevrage aux benzodiazépines.

7. SECTION OPIACÉS

7.1 ÉVALUATION DE LA CONSOMMATION D'OPIACÉS

7.1.1 Date de la dernière consommation

- Tout comme pour la consommation d'alcool, la date de la dernière consommation est une information majeure dans l'évaluation de l'imminence d'un sevrage. L'investigation est poursuivie uniquement s'il y a abstinence de benzodiazépines depuis moins de 14 jours.
- Pour les opiacés les signes et symptômes d'un sevrage aigus peuvent apparaître de 4 heures à 12 heures après l'arrêt de drogue à courte durée d'action, avec un pic qui dure de 36 à 72 heures, et peuvent diminuer après une période de 5 à 10 jours. Pour les drogues à longue durée d'action (méthadone) les signes et symptômes d'un sevrage commencent après 24 à 48 heures, sont au maximum au 5^e jour et diminuent graduellement sur 3 semaines (Rouillard, 1999).

7.1.2 Tableau d'équivalences

- Un tableau d'équivalence permet de transformer la consommation d'opiacés en équivalent mg morphine intraveineuse ou intramusculaire, par jour.

7.2 SIGNES ET SYMPTÔMES DE SEVRAGE D'OPIACÉS

- Le tableau 7 présente une liste des différents signes et symptômes de sevrage de même que leur fréquence d'apparition chez les individus en sevrage. Il est tiré de Rouillard (1999) et se veut une synthèse d'informations issues de diverses études (Ghodse, Myles, & Smith, 1994; Lin, Strang, Su, Tsai, & Hu, 1997; Peachey & Lei, 1988; Saunders, Sitharthan, McGrath, & Cairns, 1991)

TABLEAU 7
Signes et symptômes d'un sevrage opiacé

SYMPTÔMES (% approximatif)	SIGNES %
Crampes et douleurs abdominales (45)	Diarrhée (17)
Anorexie (49)	Hypertension
Anxiété (44)	Tachycardie
Insomnie (61)	Larmoiement (20)
Craving (25)	Fièvre légère
Fatigue	Spasmes musculaires (30)
Céphalées	Chair de poule (55)
Sensation de chaud ou de froid (45)	Rhinorrhée (40)
Irritabilité (37)	Vomissements (10)
Nausée (45)	Transpiration (40)
Agitation (60)	Bâillements (30)
Douleurs musculaires, arthralgie (60)	Mydriase
Tiré de Rouillard, 1999, p.21	Tremblements (33)

- On doit aussi tenir compte dans le sevrage d'opiacés des signes vitaux, de la présence ou non de diarrhée, de mydriase, etc.
- Le décours temporel doit être considéré pour évaluer si l'on est au début ou au pic du sevrage. Le tableau 8 toujours tiré de Rouillard (1999) présente ces informations issues des travaux divers (Ellenhorn, 1997; Williams, Salter, & Ghodse, 1996).

TABLEAU 8			
Décours temporel du sevrage d'opiacés			
Nbrs d'heures après la dernière dose			Symptômes et signes
Héroïne	Morphine	Méthadone	
3-4	6	12	Anxiété, agitation, irritabilité, « craving »
8-10	14	36-48	Bâillements, transpiration, rhinorrhée, larmoiement
12	16	48-72	Augmentation des éléments ci-haut plus mydriase, chair de poule, sensation de chaud ou de froid, tremblements, fasciculations, douleurs musculaires et osseuses, anorexie, crampes et douleurs abdominales, nausées
18-24	24-36		Augmentation des éléments ci-haut plus insomnie, tachycardie, hypertension, tachypnée, fièvre, vomissements, diarrhée
Tiré de Rouillard, 1999, p.21			

- Un sevrage d'opiacés peut apparaître environ après 3 semaines de consommation continue. Il ne semble pas que le sevrage augmente après 3 mois d'utilisation. Lorsqu'une personne a été dépendante par le passé et qu'elle rechute, 1 semaine d'utilisation peut suffire à causer un syndrome de sevrage.

7.3 ORIENTATION DE L'USAGER

- Une consommation journalière de 20 mg ou moins, permet une admission en ressource de dépannage.
- Une consommation modérée et régulière nécessite une discussion avec une infirmière afin d'évaluer l'orientation à sélectionner.
- Une consommation forte et régulière (40mg ou plus par jour) nécessite une évaluation médicale.

8. CONSOMMATION D'AUTRES SUBSTANCES

- En dehors des signes et des symptômes immédiats, il est très important de connaître la consommation des différentes drogues lors des deux dernières semaines. Les catégories sont adaptées de l'IGT.

8.1 QUANTIFICATION DE LA CONSOMMATION

8.1.1 Date de la dernière consommation

- Il est à nouveau recommandé de débiter le questionnement de la consommation par la date de la dernière consommation. Si la personne n'a pas consommé d'un produit depuis 14 jours, il faut cesser le questionnement sur ce type de produits, à moins de manifestations apparentes de sevrage ou de non-fiabilité des informations fournies par le patient.

8.1.2 Nombre de jours de consommation depuis trente jours

- Nous avons inclus le nombre de jours de consommation de chacun des produits au cours des derniers trente jours (comme dans l'IGT). Ainsi, si un individu consomme de la cocaïne les vendredi et samedi, on notera probablement 8 jours de consommation de cocaïne au cours des derniers 30 jours (noter 08).

8.1.3 Rythme de consommation

- Trois choix s'offrent à l'évaluateur. Si la consommation se fait lors de jours précis (e.g., les vendredi, samedi et dimanche), les jours en question seront marqués d'un trait. Si la personne consomme lorsqu'elle reçoit de l'argent au début du mois et qu'elle cesse sa consommation lors des semaines subséquentes, on coche à la deuxième ligne. Si la consommation ne suit pas un patron particulier de jours, on coche à la troisième ligne, "consommation irrégulière".

8.1.4 Quantité consommée lors d'un jour typique depuis 30 jours

- Nous sommes intéressés ici par la consommation de l'individu lors d'une journée typique et non lors d'une consommation extrême, ni une moyenne. Lorsque cet individu consomme depuis 30 jours, la plupart du temps il consomme quelle quantité de chaque produit? S.v.p., soyez lisible dans votre écriture.
- Noter le mode d'administration (voie de consommation) selon les indications de la légende au bas de la page.

8.2 INTERPRÉTATION DES DONNÉES RELATIVES À LA CONSOMMATION D'AUTRES SUBSTANCES

La cocaïne, le cannabis, les hallucinogènes et le PCP ne causent pas, en général, de neuroadaptation et par conséquent, peu de sevrage à l'arrêt.

Pour l'ensemble de ces substances, les risques pour la santé physique, associés au sevrage, sont très faibles (il faut se rappeler que le sevrage des substances inhalées est similaire à celui de l'alcool). Toutefois, diverses raisons pourraient justifier une discussion ou une référence au médecin ou à d'autres ressources.

Ces motifs de références sont d'un autre ordre que le risque de sevrage:

- Psychoses;
 - Confusion sévère;
 - Idées suicidaires;
 - Agressivité importante nécessitant un encadrement institutionnel;
 - Condition médicale trop détériorée.
- Ces mêmes conditions associées à un sevrage modéré ou léger à l'alcool, aux sédatifs ou aux opiacés, peuvent conduire à une discussion avec l'infirmière.

8.2.1 Stimulants (cocaïne/amphétamines)

- Le sevrage de la classe des stimulants comprenant la cocaïne et les amphétamines se manifeste surtout par des perturbations psychologiques. Le «crash» se manifeste d'abord par un effet dépressif, superposé à une anxiété et une stimulation continue avec un désir intense d'en reprendre. S'il n'a plus de drogue, l'utilisateur peut, pour échapper à la dysphorie agitée, prendre de l'alcool, des sédatifs ou des opiacés. Il y a par la suite hyper somnolence.
- Au réveil, l'affect est habituellement meilleur quoiqu'une dysphorie puisse persister longtemps avec de l'anxiété, de l'irritabilité, de l'anédonie, un « craving » et une hyperphagie. Ces symptômes peuvent être fluctuants, mais diminuent graduellement en 3-4 semaines. Les symptômes sont au maximum du 2^e au 4^e jour. Le sommeil de rêve, i.e. avec un mouvement oculaire rapide (MOR) peut être affecté pour plusieurs semaines après la dernière utilisation de stimulants. Les patients peuvent développer des troubles psychiatriques majeurs associés au sevrage, tels que des idées suicidaires importantes.
- Les symptômes physiques visibles d'un sevrage de stimulants sont relativement mineurs incluant une variété de douleurs non spécifiques, des tremblements, des frissons, des mouvements involontaires. Ces effets requièrent rarement un traitement médical spécifique. Des ischémies myocardiques peuvent survenir dans la 1^{re} semaine après l'arrêt de la cocaïne.
- Le tableau 9 (Rouillard, 1999) donne la fréquence d'apparition des différents symptômes associés au sevrage en s'inspirant entre autres, des travaux de Brower (1988).

Dépression (75)	Augmentation d'appétit (41)
Troubles du sommeil (71)	Sensation de froid (41)
Fatigue (69)	Fasciculations (40)
"Craving" (69)	Tremblements (39)
Agitation (64)	Augmentation des rêves (33)
Confusion (47)	Nausées, vomissements (29)
Douleurs musculaires (47)	
Tiré de Rouillard, 1999, p.25	

8.2.2 Cannabis

- Il n'a pas de syndrome de sevrage important rapporté pour la marijuana, quoiqu'il y ait des rapports de légère augmentation du rythme cardiaque, de la pression artérielle et de la température. À l'arrêt brusque de l'usage, des consommateurs ont rapporté des manifestations psychologiques et physiques dont l'anxiété, la dépression, l'irritabilité, l'insomnie, des tremblements, des nausées, des frissons (voir tableau 7).

Fatigue (61)	Insomnie (31)
Nervosité, agitation (44)	Tremblements (13)
Trouble de concentration (41)	Sudation, fièvre (12)
Dépression (40)	Diarrhée, problèmes d'estomac (3)
Changement d'appétit (38)	Nausée, vomissements (3)
Tiré de Rouillard, 1999, p.28	

- Ces manifestations ne durent généralement pas plus que quelques jours quoique des symptômes plus subtils puissent persister pendant des semaines. Les symptômes plus subtils semblent dépendre de la personnalité pré-morbide et des attentes du patient.

8.2.3 Hallucinogènes

- Il n'y a pas d'évidence qui suggère l'existence d'un syndrome de sevrage cliniquement significatif pour les hallucinogènes (Wilkins & Gorelick, 1994).

8.2.4 Phencyclidine (PCP)

- Une étude de 60 usagers chroniques de PCP a montré qu'un tiers de la cohorte avait demandé un traitement pour les symptômes de sevrage comprenant : dépression, anxiété, irritabilité, léthargie, confusion et désir intense de PCP (Tennant, Rawson, & McCann, 1981).

8.2.5 Inhalants

- Il y a une évidence clinique que le sevrage après utilisation d'inhalant est semblable à celui d'un sevrage d'alcool, y compris les convulsions et le delirium. Les symptômes typiques sont: des tremblements, de l'irritabilité, de l'anxiété, de l'insomnie, des paresthésies et la diaphorèse. Le sevrage dure de 2 à 5 jours (Dinwiddie, 1994).

8.2.6 MDMA (ecstasy)

- Une sorte de « hangover » le lendemain de la prise de l'Ecstasy a été décrit, se manifestant par de l'insomnie, de la fatigue, de l'irritabilité, une humeur dépressive, de la douleur aux mâchoires, un trouble d'équilibre et de la céphalée (Solowij, Hall, & Lee, 1992).

8.2.7 Stéroïdes anabolisants

- Dans une étude, 84% des haltérophiles mâles prenant des stéroïdes anabolisants rapportaient les symptômes de sevrage (Brower, Blow, Young, & Hill, 1991). Le plus inquiétant de ces symptômes est l'humeur dépressive. Jusqu'à 12% des usagers dépendants vont développer une dépression majeure à l'intérieur de 3 mois après l'arrêt. Il y a eu quelques suicides rapportés. L'humeur dépressive peut

disparaître en quelques jours ou peut persister plus d'un an. Le tableau 11 montre le pourcentage des différents symptômes de sevrage.

Symptômes	Pourcentage
Désir de prendre plus de SA	52
Fatigue	43
Insatisfaction de l'image corporelle	42
Humeur dépressive	41
Agitation	29
Anorexie	24
Insomnie	20
Diminution de la libido	20
Céphalées	20
Idées suicidaires	4

9. SECTION CONDITION PSYCHOLOGIQUE / RISQUE SUICIDAIRE

9.1 HISTOIRE PSYCHIATRIQUE

- Il est difficile d'évaluer de façon précise la psychopathologie sous-jacente chez un patient qui est en train de faire une désintoxication. La toxicité de la drogue ou les symptômes psychiatriques secondaires (particulièrement avec la cocaïne, les amphétamines, les hallucinogènes et la phencyclidine) peuvent entraîner l'apparition de symptômes qui sont très similaires à divers troubles psychiatriques. Il est possible de demander une évaluation psychiatrique complète après 2 à 3 semaines d'abstinence.
- Durant la désintoxication, y compris du cannabis, quelques patients peuvent décompenser en psychose, en dépression ou en anxiété sévère.
- En ce qui concerne l'alcool, des études ont montré que la présence de symptômes psychologiques en nombre supérieur à 4 prédisait la sévérité du sevrage (Schuckit et al., 1995). Un trouble anxieux préexistant peut augmenter le score du CIWA-Ar de 5 points (Johnston et al., 1991). Ce score peut être aussi modifié par un sevrage de tabac ou de caféine (DSM-IV).
- Pour les benzodiazépines, certaines études ont montré qu'un degré élevé de psychopathologie, des problèmes d'insomnie ou de somatisation importants, un diagnostic de dépression, des traits d'état névrotique ou de dépendance sont tous des facteurs pouvant permettant de prédire un sevrage plus sévère (Tyrer et al., 1983). Il est donc important de connaître l'histoire psychiatrique du patient (questions 3.1, 3.2 et 3.3).

9.2 ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE

- Les questions 1 à 5 permettent de recueillir les informations clés à ce sujet. Au besoin, l'intervenant peut ajouter des questions supplémentaires.
- Les idées et les tentatives de suicide sont très fréquentes en toxicomanie, l'intoxication aiguë augmentant l'impulsivité y compris celle menant à un geste suicidaire. Il faut toujours questionner le patient sur les pensées suicidaires actuelles (question 1). Les questions proposées portent sur la fréquence des idées suicidaires (questions 2 et 3), conjuguée à la précision du plan (question 4). À cela s'ajoute la présence de tentatives passées qui viennent ajouter au risque (question 5).
- Pour le moment, nous n'avons pas d'algorithme permettant une prise de décision, à savoir le niveau de soin requis en fonction de la gravité des idéations suicidaires. Si la personne dit avoir actuellement des idées suicidaires, ou s'il y a eu des idées suicidaires au cours des 7 derniers jours, il est de mise de la questionner plus longuement sur ses intentions réelles et d'évaluer plus en profondeur le risque de passage à l'acte. S'il n'y a aucune pensée suicidaire actuelle, ni au cours des sept derniers jours, ni de tentatives au cours de la vie, le risque apparaît être faible.

9.3 DANGÉROSITÉ POUR AUTRUI

- Les toxicomanes ayant souvent une histoire de violence contre autrui à leur actif, il apparaît nécessaire de quantifier le niveau de dangerosité. Il faut, comme dans toute évaluation psychiatrique, s'attarder d'abord au degré de danger immédiat, c'est-à-dire dans les prochaines 24 heures. À ce titre, la présence de violence physique au cours des sept derniers jours est possiblement un facteur aggravant. Que la dangerosité soit causée par un trait de personnalité, une condition psychiatrique, une intoxication aiguë ou parfois un sevrage, elle nécessite de référer le client à un niveau de service approprié.

- Une échelle de quantification du degré de dangerosité pour autrui est ici présentée même si cette échelle ne fait pas partie intégrante du NiD-ÉP. Elle aide toutefois à interpréter l'information issue du NiD-ÉP.

0 Aucun ou minimal	1 Léger	2 Modéré	3 Sévère
<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'acte d'agression physique envers la personne ou la propriété au cours des 7 derniers jours. • Pas de menaces verbales envers autrui au cours des 7 derniers jours. • Pas d'histoire connue d'actes agressifs importants (i.e. équivalent minimalement à une accusation de voie de fait) envers les personnes ou envers la propriété 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas d'actes d'agression physique envers la personne au cours des 7 derniers jours <p>Mais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence de menaces verbales envers autrui au cours des 7 derniers jours, <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Histoire connue d'actes agressifs envers la personne (équivalent minimalement à une accusation de voie de fait) ou envers la propriété. 	<p>Au cours des 7 derniers jours,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence d'actes d'agression physique envers la personne (équivalent minimalement à une accusation de voie de fait) mais n'amenant pas l'hospitalisation ou la mort d'autrui. <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actes agressifs important envers la propriété au cours des 7 derniers jours (ex. : mettre le feu à une maison, crever les pneus d'une voiture, etc.). 	<p>Au cours des 7 derniers jours,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence d'actes d'agression physique envers autrui, pouvant causer des blessures graves (voie de fait grave) ou la mort. <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exprime des menaces homicides ou idéation homicide. • Manifestations d'hallucinations ordonnant l'attaque d'autrui ou l'homicide.

10. FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL

- Une page est réservée pour prendre des notes concernant le fonctionnement général de l'individu dans les différentes sphères de vie. L'accent est mis sur les informations pertinentes au processus de désintoxication ou justifiant une intervention particulière.

11. SECTION ORIENTATION

- Pour le sevrage de niveau IV, i.e. en milieu hospitalier, la personne peut être référée à l'urgence de l'hôpital le plus proche de son domicile. De telles hospitalisations peuvent se faire en urgence ou en électif.
- Si le client nécessite un traitement interne en milieu résidentiel (niveau III.2 ou III.7) il peut être référé dans les lits appropriés sur le territoire (la situation peut varier d'un territoire à l'autre)
- Enfin, les clients ayant un sevrage léger et nécessitant un traitement externe non intensif (niveau I), peuvent faire leur sevrage seul ou être suivi par un intervenant (de type médical ou non). Ils ont parfois besoin d'une médication.
- Il faut, dès la désintoxication, évaluer aussi les besoins de services en réadaptation. Le sevrage ne durant qu'une semaine et la carrière d'un toxicomane durant des années, il est peu probable qu'un traitement réussi en désintoxication puisse « guérir » le client sans qu'il y ait une réadaptation par la suite. Cette réadaptation peut être faite au niveau de service courant comme un CLSC ou dans les établissements spécialisés comme les Centres de réadaptation en toxicomanie. Il y a aussi les maisons de thérapies (organismes communautaires), un établissement privé conventionné et les groupes d'entraide de type anonyme (AA et NA).
- Si le patient n'accepte pas notre recommandation, il faut faire des compromis et prévoir un plan de rechange si le choix du patient ne s'avère pas adéquat. La littérature montre en effet que le choix du patient est un facteur important dans la réussite du traitement. Si l'évaluateur hésite entre un traitement externe intensif et un traitement résidentiel, le désir du client peut faire pencher le choix d'un côté ou de l'autre.
- Enfin, il faut partager nos recommandations avec les autres intervenants dans le dossier.

RÉFÉRENCES

Alling, F. A. (1992). Detoxification and treatment of acute sequelae. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds.), Substance Abuse: A Comprehensive Textbook. Third Edition Baltimore: Williams & Wilkins.

ASAM. Patient Placement Criteria for the treatment of substance-related disorders. Second Edition. ASAM PPC-2 Detoxification Services. (1996). American Society of Addiction Medicine.

Bearn, J., Gossop, M., & Strang, J. (1996). Randomised double-blind comparison of lofexidine and methadone in the in-patient treatment of opiate withdrawal. Drug and Alcohol Dependence, 43, 87-91.

Bergeron, J. (1994). La 5ième version de l'IGT. RISK, 2,

Bergeron, J., Landry, M., Ishak, A., Vaugois, P., Trépanier, M., & Rapport, p. à. (1992). Validation d'un instrument d'évaluation de la gravité des problèmes reliés à la consommation de drogues et d'alcool: l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (IGT) Cahiers du RISQ.

Bradley, B. P., Gossop, M., Phillips, G. T., & Legarda, J. J. (1987). The development of an Opiate withdrawal scale (OWS). British Journal of Addiction, 82, 1142

Brower, K. J. (1988). A comparison of self-reported symptoms and DSM-III-R criteria for cocaine withdrawal. American Journal on Drug and Alcohol Abuse, 14, 347-356.

Brower, K. J., Blow, F. C., Young, J. P., & Hill, E. M. (1991). Symptoms and correlate of anabolic androgenic steroid dependence. British Journal of Addiction, 86, 759-768.

Brown, M. E., Anton, R. F., Malcolm, R., & Ballenger, J. C. (1988). Alcohol detoxification and withdrawal seizures: clinical support for a kindling hypothesis. Biological Psychiatry, 23, 507-514.

Busto, U. E., Sykora, K., & Sellers, E. M. (1989). A clinical scale to assess benzodiazepine withdrawal. Journal of Clinical Psychopharmacology, *9*, 412-416.

Dinwiddie, S. H. (1994). Inhalants. In N. S. Miller (Ed.), Principles of Addiction Medicine Chevy Chase MD: American Society of Addiction Medicine.

Eickelberg, S. T., & Mayo-Smith, M. F. (1998). Management of sedative-hypnotic intoxication and withdrawal. In A. W. Graham & T. K. Schultz (Eds.), Principles of Addiction Medicine Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.

Ellenhorn, M. J. (1997). Ellenhorn's medical toxicology diagnosis and treatment of human poisoning. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.

Ferguson, J. A., Suelzer, C. J., Eckert, G. J., Zhou, X.-H., & Dittus, R. S. (1996). Risk factors for delirium tremens development. Journal Gen.Intern Med, *11*, 410-414.

Fleming, M. (1994). Medical detoxification for sedatives, stimulants and opiates. In Substance Abuse Education for Family Physicians (SAEFP) (pp. 1-30). American Family Physician.

Foy, A. (1986). The management of alcohol withdrawal. Med.J.Aust., *145*, 24-27.

Foy, A., March, S., & Drinkwater, V. (1988). Use of an objective clinical scale in the assessment and management of alcohol withdrawal in a large general hospital. Alcoholism: clinical and experimental research, *12*, 360-362.

Ghodse, H., Myles, J., & Smith, S. E. (1994). Clonidine is not a useful adjunct to methadone gradual detoxification in opioid addiction. British Journal of Psychiatry, *165*, 370-374.

Gossop, M. (1990). The development of a short opiate withdrawal scale (SOWS). Addictive Behaviors, *15*, 487-490.

Gossop, M., Bradley, B., & Phillips, G. T. (1987). An investigation of withdrawal symptoms shown by opiate addicts during and subsequent to a 21-day in-patient methadone detoxification procedure. Addictive Behaviors, *12*, 1-6.

Gossop, M., Griffiths, P., Bradley, B., & Strang, J. (1989). Opiate withdrawal symptoms in response to 10-day and 21-day: Methadone withdrawal programmes. British Journal of Psychiatry, *154*, 360-363.

Guay, B., & Morin, C. M. (1998). Le sevrage chez les utilisateurs à long terme de benzodiazépines à dose thérapeutique. Le Médecin du Québec, *33*, 93-98.

Ho, K. (1996). Alcohol withdrawal syndrome: a practical guide. Parkhurst Exchange, 68-74.

Johnston, A. L., Thevos, A. K., Randall, C. L., & Anton, R. F. (1991). Increased severity of alcohol withdrawal in in-patient alcoholics with a co-existing anxiety diagnosis. British Journal of Addiction, *86*, 719-725.

Kasser, C., Geller, A., Howell, E., & Wartenberg, A. (1997). Detoxification: Principles and Protocols. The principles update series: Topics in addiction medicine (pp. 1-22). Chevy Chase, Maryland: American Society of Addiction Medicine.

Kraemer, K. L., Mayo-Smith, M. F., & Calkins, D. R. (1997). Impact of age on the severity, course, and complications of alcohol withdrawal. Archives of Internal Medicine, *157*, 2234-2241.

Lauzon, P., Bruneau, J., Remondin, M., Brissette, S., Potvin, L., & Brodeur, J.-M. (1996). Comparaison de la clonidine et de la méthadone dans le sevrage de l'héroïne en milieu hospitalier. Psychotropes, *4*, 45-56.

Lechtenberg, R., & Worner, T. M. (1992). Total ethanol consumption as a seizure risk factor in alcoholics. Acta Neurologica Scandinavia, *85*, 90-94.

Lechtenberg, R., & Worner, T. M. (1990). Seizure risk with recurrent alcohol detoxification. Archives of Neurology, *47*, 535-538.

Lechtenberg, R., & Worner, T. M. (1991). Relative kindling effect of detoxification and non-detoxification admissions in alcoholics. Alcohol and Alcoholism, *26*, 221-225.

Lin, S.-K., Strang, J., Su, L.-W., Tsai, C.-J., & Hu, W.-H. (1997). Double-blind randomised controlled trial of lofexidine versus clonidine in the treatment of heroin withdrawal. Drug and Alcohol Dependence, *48*, 127-133.

Mayo-Smith, M. F. (1997). Pharmacological management of alcohol withdrawal: A meta-analysis and evidence-based practice guideline. Journal of the American Medical Association, *278*, 144-151.

McLellan, T. A., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the addiction severity index. Substance abuse treatment, *9*, 199-213.

Merrill, J., & Marshall, R. (1997). Opioid detoxification using nalaxone. Drug and Alcohol Review, *16*, 3-6.

Merz, W. A., & Ballmer, U. (1983). Symptoms of the barbiturate/benzodiazepine withdrawal syndrome in healthy volunteers: standardized assessment by a newly developed self-rating scale. Journal of Psychoactive Drugs, *15*, 71-84.

Metcalf, P., Sobers, M., & Dewey, M. (1995). The windsor clinic alcohol withdrawal assessment scale (WCAWAS): Investigation of factors associated with complicated. Alcohol and Alcoholism, *30*, 367-372.

Milhorn, H. T. (1992). Pharmacologic management of acute abstinence syndromes. American Family Physician, *45*, 231-239.

Miller, F. T. (1994). Case report: protracted alcohol withdrawal delirium. Substance abuse treatment, *11*, 127-130.

Morton, A. W., Laird, L. K., Crane, D. F., Partovi, N., & Frye, L. H. (1994). A prediction model for identifying alcohol withdrawal seizures. American journal drug alcohol abuse, *20*, 75-86.

Ng, S. K. C., Hauser, W. A., Brust, J. C. M., & Susser, M. (1988). Alcohol consumption and withdrawal in new-onset seizures. The New England Journal of Medicine, 319, 666-673.

Peachey, J. E., & Lei, H. (1988). Assessment of opioid dependence with Nalaxone. British Journal of Addiction, 83, 193-201.

Pelissolo, A., & Bisserbe, J.-C. (1994). Dépendance aux benzodiazépines. Aspects cliniques et biologiques. / Benzodiazepine dependence: Clinical aspects and biological perspectives. Encéphale, 20, 147-157.

Pépin, J.-M. (1990). Dépendance aux substances: Les benzodiazépines. Info-toxico-04, 2, 1-2.

Pristach, C. A., Smith, C. M., & Whitney, R. B. (1983). Alcohol withdrawal syndromes - Prediction from detailed medical and drinking histories. Drug and Alcohol Dependence, 11, 177-189.

Rickels, K., Case, W. G., Schweizer, W., Garcia-Espana, R., & Fridman, R. (1990). Benzodiazepines dependence: management of discontinuation. Psychopharmacology bulletin, 26, 63-68.

Rickels, K., Schweizer, E., Case, W. G., & Greenblatt, D. J. (1990). Long-term therapeutic use of benzodiazepines: I. Effect of abrupt discontinuation. Archives of General Psychiatry, 47, 899-907.

Rouillard, P. La désintoxication ambulatoire: formation à l'intention des médecins de première ligne. (1998). Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Québec.

Rouillard, P. Désintoxication: principes et protocoles. Texte traduit et adapté. (1999). Québec: Régie Régionale de Québec. Ministère de la santé et des services sociaux.

Rouillard, P., Tremblay, J., & Boivin, M.-D. Le Niveau de Désintoxication: Évaluation par les intervenants Psychosociaux. Manuel d'utilisation. (1999). Québec: Centre de Réadaptation Ubald-Villeneuve.

Rouillard, P., Dompierre, G., & Lavoie, L. Typologie de la clientèle en désintoxication. Programme de toxicomanie: proposition d'un modèle préliminaire. (1996). Québec: Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Québec.

Saitz, R., Mulvey, K. P., Plough, A., & Samet, J. H. (1997). Physician unawareness of serious substance abuse. American journal drug alcohol abuse, *23*, 343-354.

Saunders, J. B., Sitharthan, T., McGrath, D., & Cairns, D. The development of an instrument to assess the severity of opiate dependence. (1991). Camperdown, Sydney, New South Wales: National Drug and Alcohol Research Centre. 13,

Schuckit, M. A., Tipp, J. E., Reich, T., Hesselbrock, V. M., & Bucholz, K. K. (1995). The histories of withdrawal convulsions and delirium tremens in 1648 alcohol dependent subjects. Addiction, *90*, 1335-1347.

Schweizer, E., Rickels, K., & Greenblatt, D. J. (1990). Long-term therapeutic use of benzodiazepines: II. Effects of gradual taper. Archives of General Psychiatry, *47*, 908-915.

Sellers, E. M., Sullivan, J. T., Somer, G., & Sykora, K. (1991). Characterization of DSM-III-R criteria for uncomplicated alcohol withdrawal provides an empirical basis for DSM-IV. Archives of General Psychiatry, *48*, 442-447.

Shaw, G. K., Latham, C. J., Dunn, G., & Thomson, A. D. (1998). The detoxification experience of alcoholic in-patients and predictors of outcome. Alcohol and Alcoholism, *33*, 291-303.

Solowij, N., Hall, W., & Lee, N. (1992). Recreational MDMA use in Sydney: a profile of "Ectasy" users and their experiences with the drug. British Journal of Addiction, *87*, 1161-1172.

Stuppaeck, C. H., Barnas, C., Falk, M., Guenther, V., Hummer, M., Oberbauer, H., Pycha, R., Whitworth, A. B., & Fleischhacker, W. W. (1994). Assessment of the alcohol withdrawal syndrome: Validity and reliability of the translated and modified Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-A). Addiction, *89*, 1287-1292.

Sullivan, J. T., Swift, R. M., & Lewis, D. C. (1991). Benzodiazepine requirements during alcohol withdrawal syndrome: Clinical implications of using a standardized withdrawal scale. Journal of Clinical Psychopharmacology, *11*, 291-295.

Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A., & Sellers, E. M. (1989). Assessment of Alcohol Withdrawal: The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). British Journal of Addiction, *84*, 1353-1357.

Tennant, F., Rawson, R. A., & McCann, M. J. (1981). Withdrawal from chronic phencyclidine dependence with desipramine. American Journal of Psychiatry, *138*, 845-847.

Tyrer, P., Murphy, S., & Riley, P. (1990). The Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire. Journal of Affective Disorders, *19*, 53-61.

Tyrer, P., Owen, R., & Dawling, S. (1983). Gradual withdrawal of diazepam after long-term therapy. Lancet, *i*, 1402-1406.

Vinson, D. C., & Menezes, M. (1991). Admission alcohol level: A predictor of the course of alcohol withdrawal. Journal of Family Practice, *33*, 161-167.

Wesson, D. R., Smith, D. E., & Ling, W. (1994). Management of multiple drug/alcohol intoxication and withdrawal. In N. S. Miller (Ed.), Principles of Addiction Medicine Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.

Wetterling, T., Kanitz, R.-D., Veltrup, C., & Driessen, M. (1994). Clinical predictors of alcohol withdrawal delirium. Alcoholism: clinical and experimental research, *18*, 1100-1102.

Wilkins, J. N., & Gorelick, D. A. (1994). Management of phencyclidine, hallucinogen and marijuana intoxication and withdrawal. In N. S. Miller (Ed.), Principles of Addiction Medicine Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine.

Williams, H., Salter, M., & Ghodse, A. H. (1996). Management of substance misusers on the general hospital ward. British Journal of Clinical Practice, *50*, 94-98.

Work Group on Substance Use Disorders, A. P. A. (1995). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorder: Alcohol, Cocaine, Opioids. American Journal of Psychiatry, S152, 1-59.

ANNEXE 1 : TYPOLOGIE DE LA CLIENTÈLE EN DÉSINTOXICATION

Typologie de la clientèle en désintoxication

- Programme de toxicomanie -

Proposition d'un modèle préliminaire

Document préparé par

Pierre Rouillard, Psychiatre
Médecin chef du département clinique de toxicomanie
Pavillon Saint-François d'Assise (CHUQ)

Gervais Dompierre, Médecin conseil
Centre de santé publique de Québec

Lyne Lavoie, Conseillère en planification et programmation
Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec

Adopté par la Commission régionale sur la toxicomanie

Mai 1996

TYPOLOGIE DE LA CLIENTÈLE EN DÉSINTOXICATION

- Programme de toxicomanie -

Les personnes ayant participé à la réalisation de ce document sont :

Équipe de projet

Pierre Rouillard
Psychiatre
Médecin chef du département clinique de toxicomanie
Pavillon St-François d'Assise (CHUQ)

Gervais Dompierre
Médecin conseil
Centre de santé publique de Québec

Lyne Lavoie
Conseillère en planification et programmation
Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec

Collaboration

Robert Faulkner
Conseiller en planification et programmation
Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec

Bernard Deschênes
Conseiller en planification et programmation
Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec

Jean-René Paquet
Omnipraticien
Secteur privé

Support clérical

Linda Lapointe
Secrétaire
Direction de la Santé publique - RRSSS-Québec

Marie-Nellie Casse
Secrétaire
Centre de santé publique de Québec

AVANT-PROPOS

Dans le cadre de la réforme des services de santé en toxicomanie pour la grande région de Québec, la Régie régionale de Québec s'est dotée de divers mécanismes en permettant à différents comités de travailler sur des propositions concernant le développement de différents services. Le modèle proposé ici pour une typologie de la clientèle en désintoxication s'inscrit dans cette démarche. En effet, un groupe de travail s'est penché sur la question et a proposé le modèle qui suit. Un tel modèle a déjà été mis en application dans la région de la Montégérie et semble démontrer une certaine efficacité. Le modèle a donc été adapté à notre région en tenant compte des éléments du PROS puis soumis à la Commission sur la toxicomanie pour approbation.

Le modèle développé se divise en quatre types soit de I à IV. Cette typologie n'a pas la prétention d'être scientifique, ni d'être exclusive, ni exhaustive. Elle a été développée à partir des connaissances et de l'expérience clinique des auteurs.

Elle ne se veut pas un outil diagnostique mais plutôt administratif. Elle devrait permettre aux utilisateurs de mieux définir vers quels types de services de désintoxication un toxicomane pourrait être orienté et cela en fonction de la nature même des soins et de l'encadrement dont il pourrait avoir besoin. Les instruments cliniques d'évaluation pour la désintoxication devraient être développés sous peu par un comité de travail sur la désintoxication. Ce comité pourrait même apporter des modifications au modèle proposé s'il le jugeait nécessaire. De plus, le développement de cinq places en milieu résidentiel est actuellement à l'étude de façon à offrir un lieu d'hébergement pour la clientèle de type III.

• Niveau II - Traitement externe intensif

Type de ressources : - Centre de jour (visite quotidienne, CHUQ, autres)
- Portage
- Centre de réadaptation

Nature des services : - accessibilité à des activités thérapeutiques régulières (jour, soir et fin de semaine) permettant à la clientèle d'interagir dans son milieu de vie naturel
- support médical approprié
- support plan d'intervention
- support psychosocial

Critères d'orientation de la clientèle :

Conditions et complications médicales

- symptômes de sevrage légers à modérés, supportables en l'absence de médication ou facilement contrôlables par la médication

Conditions et complications psychologiques

- comorbidité psychiatrique
- présente une détresse psychologique
- histoire de crises situationnelles importantes

Acceptation du traitement

- accepte de collaborer au traitement proposé
- client et évaluateur jugent nécessaire un encadrement plus structuré qu'au niveau I

Rechute

- risque modéré d'une complication significative de rechute
- difficulté plus importante de résister à l'obsession de consommation

Milieu de vie

- support à l'intérieur du milieu de vie insuffisant en termes de structure ou de compétence

NIVEAUX DE SERVICES EN DÉSINTOXICATION

- Niveau I - Traitement externe ambulatoire

Type de ressources non résidentielles :

- groupe d'entraide
- organismes communautaires
- CLSC
- médecin de famille
- centre de réadaptation

Nature des services :

- approche biopsychosociale, parrainage ou toute autre forme d'accompagnement
- accessibilité aux services courants des ressources disponibles du milieu
- accessibilité au service d'évaluation médicale

Critères d'orientation de la clientèle :

Conditions et complications médicales

- symptômes de sevrage absents ou légers
- conditions ou complications médicales inexistantes ou très stables
- nécessité ou pas de sevrer avec médication, symptômes facilement contrôlables en externe
- référence au médecin le plus tôt possible

Conditions et complications psychologiques

- conditions très stables et/ou complications à peu près inexistantes
- bonne capacité de résister à l'obsession de consommation
- absence de risque suicidaire ou homicidaire

Acceptation du traitement

- client et évaluateur jugent comme nécessaire les ressources d'encadrement externes proposées au niveau I
- capacité d'aller chercher du support au moment opportun

Rechute

- faible risque de rechute
- peu de conséquences ou faible risque d'une complication significative d'une rechute

Milieu de vie

- support minimal en milieu naturel (famille, ami, etc.)
- accompagnateur disponible

LE PROFIL DES BESOINS ET LA NATURE DES SERVICES

Les services en désintoxication peuvent répondre à un éventail étendu de besoins allant des complications majeures nécessitant une hospitalisation aux légers malaises qui peuvent se résorber en prenant un peu de repos. Plus, les problèmes rencontrés sont lourds, plus l'infrastructure de services doit être importante.

La clientèle du premier type

Clientèle peu affectée par le sevrage et capable de cesser sa consommation par elle-même, avec ou sans accompagnement psychosocial minime. Le support du programme régulier de réadaptation en service externe est suffisant. Cette clientèle n'a pas nécessairement besoin de services de désintoxication.

La clientèle du second type

Clientèle affectée par le sevrage et susceptible de profiter d'un support spécifique en externe à cet égard. Ce support peut être plus ou moins intensif, allant d'un jumelage 24 heures sur 24 avec un bénévole jusqu'à une simple rencontre de contrôle avec un médecin prescrivant une médication à dose filée. Ce support peut aussi être bref mais peut durer plusieurs semaines dans le cas de certains médicaments. L'essentiel ici est que le client puisse évoluer favorablement en milieu naturel.

La clientèle du troisième type

Clientèle plus affectée par le sevrage ou n'ayant pas suffisamment de ressources pour y faire face en milieu naturel. L'encadrement en milieu résidentiel devient nécessaire. Cette clientèle évolue assez naturellement vers une réadaptation ou une thérapie communautaire résidentielle.

La clientèle du quatrième type

Clientèle présentant des sevrages à risques ou avec complications et nécessitant une désintoxication en centre hospitalier.

• Niveau III - Traitement interne en milieu résidentiel

Type de ressources résidentielles : - organismes communautaires en toxicomanie
offrant un hébergement structuré

N.B. : Ces clients risquent de continuer dans ces ressources pour une réadaptation si la ressource l'offre.

Nature des services : - observation 24 heures sur 24
- équipe multidisciplinaire
- retrait du milieu naturel
- support médical (un médecin assure une supervision médicale,
disponible sur appel)

Critères d'orientation de la clientèle :

Conditions et complications médicales

- dépendance ou abus aux substances psychoactives suffisamment prolongé pour entraîner un syndrome de sevrage modéré à sévère
- continuellement en intoxication ou en sevrage

Conditions et complications psychologiques

- troubles de comportement, de jugement ou d'impulsivité induite par la consommation active de psychotropes rendant le client plus à risque de contracter ou de transmettre le VIH ou l'hépatite B ou C
- conduite fréquente d'un véhicule en état d'ébriété
- incapacité de résister à l'obsession de consommation
- risques importants d'une complication significative en cas de rechute
- risque important de perdre son travail
- risque de rupture ou de violence familiale
- démêlés avec la justice ou risque d'incarcération

Acceptation du traitement

- accepte de collaborer au traitement proposé
- client et évaluateur jugent nécessaire l'hébergement comme type d'encadrement
- client qui accepte le transfert en ressource communautaire avec hébergement après avoir amorcé une désintoxication en centre hospitalier
- ordonnance de cour

Rechute

- échec dans les tentatives de sevrage en externe

Milieu de vie

- désorganisation sociale importante (criminalité)
- rend le risque de rechute élevé
- sans domicile fixe
- référé par la Protection publique
- manque de support naturel pour maintenir l'abstinence en externe

• Niveau IV - Traitement interne en milieu hospitalier

- Type de ressources :
- centre hospitalier (CHUQ)
 - centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés
 - centre hospitalier psychiatrique

- Nature des services :
- assistance médicale (médecins et personnels infirmiers) et para-médical (labo, ECG, etc.)
 - accessibilité 24 heures sur 24
 - support psychosocial

Critères d'orientation de la clientèle :

Conditions et complications médicales

- intoxication aiguë sévère qui ne peut être traitée avec sûreté en externe ou à la salle d'urgence dans un délai de 24 heures
- risque de sevrage sévère ou complication médicale
 - . agitation sévère, désorientation, hallucination, tremblement sévère, tachycardie (110/min), fièvre (>38), déshydratation
 - . délirium ou histoire antérieure de délirium
 - . convulsion ou histoire antérieure de convulsion
 - . histoire documentée de consommation importante ou de grande tolérance, surtout à l'alcool ou aux sédatifs
 - . polytoxicomanie avec interaction significative entre les différents produits pouvant créer une situation de risque élevé de complication sévère
- toutes autres conditions médicales générales rendant le traitement ambulatoire dangereux

Conditions et complications psychologiques

- comorbidité psychiatrique qui empêche l'efficacité des traitements en externe ou qui nécessite un niveau de soins hospitaliers, tels que :
 - . psychose aiguë
 - . dépression avec idée suicidaire ou homicide
 - . confusion sévère

La désintoxication ambulatoire

- consommation ou autres comportements constituant un danger sérieux immédiat pour soi ou autrui (comportement d'abus ou de négligence)
- ordonnance de cour exigeant un traitement en interne

Acceptation du traitement

- accepte de collaborer au traitement proposé
- client et/ou évaluateur juge nécessaire l'hospitalisation comme type d'encadrement

Rechute

- échec dans les tentatives de sevrage en externe

Milieu de vie

- référé par la Protection publique
- manque de support naturel pour maintenir l'abstinence en externe

ANNEXE 2 : CRITÈRES D'ADMISSION ET D'ORIENTATION POUR LES LITS DE DÉGRISEMENT

A- Phase d'intoxication aiguë

CARACTÉRISTIQUES	1-Admission	2-Discussion avec un médecin	4-Transfert probable l'hôpital	5-Départ au domicile
1-Intoxication				
RC		<60 ou >120; très irrégulier	<50 ou >130	
TA-Systolique		<100 chez l'homme <90 chez la femme	<90 chez l'homme <80 chez la femme	
TA-Diastolique		>105	>110	
Respiration (1 min)	16-24	Dyspnée légère à modérée <16 - >24	RR>30, dyspnée sévère, Wheezing, Stridor	
T ⁰		>38,5 buccal	<35	
Histoires des intoxications aiguës antérieures	Légère à modérée	1) Sévère/surdoses récentes avec intubation 2) Histoire fiable de surdose importante <24h		Aucune/légère/modérée
Alcoolémie (mg% ou mmol/L)		>276 ou >60	>350mg % ou >75	<21,7 ou <100
Autonomie de marche	Marche seul ou avec aide		Ne marche pas avec aide	Marche sans aide
État conscience (échelle de Glasgow)		<12	<10	
Ouverture des yeux	4-3		2-1	
Réponse verbale	5-4-3-2		1	
Réponse motrice	5-4		3-2-1	
Pupilles			Non réactives ou inégales	

A. Phase d'intoxication aiguë (suite)

CARACTÉRISTIQUES	1-Admission	2-Discussion avec un médecin	4-Transfert probable l'hôpital	5-Départ au domicile
2-Conditions médicales				
État général	Légèrement perturbé	Modérément perturbé	Non stabilisé	Pas d'urgence
Cardio-respiratoire			Douleur thoracique, cyanose	
Infections			Cellulite, phlébite	
Digestif		Douleur abdominale, ictère	Vomissements avec sang, méléna, rectorragie	
Nutrition		Malnutrition		
Neurologique		Épilepsie; trauma crânien <1 mois	Trauma crânien <24 h, paralysie	
Glycémie		<4 ou >15	<2,5	
Grossesse (nombre de semaines)	<12	12 à 19	≥ 20	
Médication habituelle		Cessée		
Déshydratation		Modérée	Ne boit pas et n'urine pas depuis 12h	
Plaies	Abrasions		Lacérations demandant des points de suture	
Musculo-squelettique	Douleur chronique stable	Entorse	Fracture trauma au cou	
Oculaire		Ecchymose péri-orbitaire non évaluée		

A. Phase d'intoxication aiguë (suite)

CARACTÉRISTIQUES	1-Admission	2-Discussion avec un médecin	4-Transfert probable l'hôpital	5-Départ au domicile
3-Conditions psychiatriques				
Contact avec la réalité	Idées surinvesties	Délire continuant après la fin de l'intoxication		
Suicide - Échelle Dollard Cormier	0-3	4-6	7-9	
Risque de passage à l'acte Échelle Dollard Cormier	0-6	7-13	>14	
Agitation		Très agité	Est trop perturbé et ne peut être calmé	
Capacité de communiquer	Peut parler		Ne peut parler	
Sommeil		N'a pas dormi depuis 72h		

B. Phase de sevrage

CARACTÉRISTIQUES	1-Admission	2-Discussion avec un médecin	4-Transfert probable l'hôpital	5-Départ au domicile
1-Signes vitaux				
RC		<60 ou >120; très irrégulier	<50 ou >130	
TA-Systolique		<100 chez l'homme <90 chez la femme	<90 chez l'homme <80 chez la femme	
TA-Diastolique		>105	>110	
Respiration (1 min)	16-24	Dyspnée légère à modérée <16 - >24	RR>30, dyspnée sévère, Wheezing, Stridor	
T ⁰		>38,5 buccal	<35	
2-Consommations				
Alcoolémie (mg% ou mmol/L)			>350 ou 75	
Quantité d'alcool		Homme - >24 die Femme - >18 die	>40 die	
Quantité de sédatifs		>40mg die Équivalent - diazépam	>80 die	
Type de sédatifs			Barbituriques > 500 mg/jr	
Quantité d'opiacés		>40mg die équivalent Morphine	>80	
Nombre de drogues différentes		>3		

B. Phase de sevrage (suite)

CARACTÉRISTIQUES	1-Admission	2-Discussion avec un médecin	4-Transfert probable l'hôpital	5-Départ au domicile
3-Sevrages antérieurs				
Hallucinations de sevrage	Oui			
Délirium de sevrage	Oui si > 6 mois	<6 mois	Si < 48 h	
Convulsion de sevrage	Oui si > 1 mois	<1 mois	Si < 24h	
Nombre de traitements en désintoxication		≥4		
4-Score CIWA-Total	<10	10 à 24	>25	
Vomissements	Aucun	1-2 fois	>2 fois	
...I Tremblements	0-3	4-6	7	
...T Anxiété	0-4	5-6	7	
...E Agitation	0-3	4-5	6-7	
...M Hallucinations	0-2	3	4-7	
...S Céphalées	0-2	3-4	5-7	
.....Confusion	0-1	2-3	4	
5-SOWS (Short opiate withdrawal scale)		11 à 20	21 à 30	

B. Phase de sevrage (suite)

CARACTÉRISTIQUES	1-Admission	2-Discussion avec un médecin	4-Transfert probable l'hôpital	5-Départ au domicile
6-Conditions médicales				
État général	Légèrement perturbé	Modérément perturbé	Non stabilisé	Pas d'urgence
Cardio-respiratoire			Douleur thoracique, cyanose	
Infections			Cellulite, phlébite	
Digestif		Douleur abdominale, ictère	Vomissements avec sang, méléna, rectorragie	
Nutrition		Malnutrition		
Neurologique		Épilepsie; trauma crânien <1 mois	Trauma crânien <24 h, paralysie	
Glycémie		<4 ou >15	<2,5	
Grossesse			Enceinte	
Médication habituelle		Cessée		
Déshydratation		Modérée	Ne boit pas et n'urine pas depuis 12h	
Plaies	Abrasions		Lacérations demandant des points de suture	
Plaies			- Coupure demandant des points de suture - Brûlures <24h	
Musculo-squelettique	Douleur chronique stable	Entorse	Fracture trauma au cou	
Oculaire		Ecchymose péri-orbitaire non évaluée		

B. Phase de sevrage (suite)

CARACTÉRISTIQUES	1-Admission	2-Discussion avec un médecin	4-Transfert probable l'hôpital	5-Départ au domicile
7-Conditions psychiatriques				
Contact avec la réalité	Idées surinvesties	Délire continuant après la fin de l'intoxication		
Suicide-Échelle Dollard Cormier	0-3	4-6	7-9	
Risque de passage à l'acte Échelle Dollard Cormier	0-6	7-13	>14	
Agitation		Très agité	Perturbé et ne peut être calmé	
Capacité de communiquer	Peut parler		Ne peut parler	
Sommeil		N'a pas dormi depuis 72h		
8-Conditions sociales				
Support pour sevrage externe		Faible		Suffisant
Fiabilité pour suivi externe		Faible		Bonne
Activités de vie quotidienne	Désorganisation sociale		Incapacité de faire son hygiène avec aide	Passable, sinon a de l'aide
Âge		> 65 ans		

Pierre Rouillard, M.D., CHUQ, (PSFA) Services de toxicomanie

