

# NiD-ÉM

## Niveau de Désintoxication: Évaluation par les intervenants Médicaux Manuel d'utilisation pour les versions longue et abrégée

Pierre Rouillard  
Médecin psychiatre  
Chef du service de toxicomanie  
CHUQ – Pavillon Saint-François d'Assise

Joël Tremblay  
Psychologue-Chercheur  
CRUV – Centre de réadaptation en Ubalde-Villeneuve

Marie-Denise Boivin, Ph.D.  
Faculté des Sciences de l'Éducation  
Université Laval

Version 2.0  
Septembre 1999

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>4</b>
ORIGINE .....	4
DESCRIPTION GÉNÉRALE .....	5
<b>1. PRINCIPES GÉNÉRAUX.....</b>	<b>6</b>
1.1 DÉFINITION DE LA DÉSINTOXICATION.....	6
1.2 FACTEURS PRÉDICTIONNELS DE SÉVÉRITÉ DU SEVRAGE AUX DIVERS PSYCHOTROPES.....	6
1.3 PRINCIPES D'APPARIEMENT .....	8
<b>2. INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES .....</b>	<b>10</b>
2.1 SEXE .....	10
2.2 ÂGE.....	10
<b>3. SECTION ALCOOL ET DROGUES .....</b>	<b>11</b>
3.1 DEGRÉ D'INTOXICATION .....	11
3.2 SYMPTÔMES DE SEVRAGE SÉVÈRE .....	11
3.3 HISTOIRE DES TRAITEMENTS EN DESINTOXICATION .....	12
3.4 SIGNES VITAUX .....	12
3.5 CONSOMMATION DES DIVERSES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES: VERSION LONGUE .....	12
3.5.1 <i>Consommation d'alcool, sédatifs et opiacés</i> .....	13
3.5.2 <i>Consommation des autres substances psychoactives</i> .....	14
3.6 CONSOMMATION DES DIVERSES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES: VERSION ABRÉGÉE.....	16
3.7 INTERPRÉTATION DES INFORMATIONS RECUEILLIES .....	17
3.7.1 <i>Alcool</i> .....	17
3.7.2 <i>Benzodiazépines</i> .....	20
3.7.3 <i>Opiacés</i> .....	23
3.7.4 <i>Stimulants (cocaïne/amphétamines)</i> .....	24
3.7.5 <i>Cannabis</i> .....	26
3.7.6 <i>Hallucinogènes</i> .....	26
3.7.7 <i>Phencyclidine (PCP)</i> .....	26
3.7.8 <i>Inhalants</i> .....	26
3.7.9 <i>MDMA (ecstasy)</i> .....	27
3.7.10 <i>Stéroïdes anabolisants</i> .....	27
<b>4. SECTION SANTÉ PHYSIQUE .....</b>	<b>28</b>
4.1 DETERIORATION MEDICALE GENERALE .....	28
4.2 IDENTIFICATION DES TROUBLES.....	28
4.3 GROSSESSE .....	29
<b>5. SECTION ÉTAT DE SANTE PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE .....</b>	<b>30</b>
5.1 HISTOIRE PSYCHIATRIQUE.....	30
5.2 MÉDICATION PRESCRITE .....	30
5.3 DÉTÉRIORATION DES COMPOSANTES PSYCHIATRIQUES.....	31
5.4 DANGÉROSITÉ POUR AUTRUI .....	32
5.5 RISQUE SUICIDAIRE .....	32
5.6 INCAPACITÉS COGNITIVES .....	33
<b>6. SECTION SPHÈRE SOCIALE .....</b>	<b>34</b>
6.1 RÉSEAU SOCIAL .....	34
6.2 MILIEU DE VIE NUISIBLE.....	34
6.3 MOBILITÉ.....	34
6.4 MOTIVATION .....	35

<b>7. SECTION ORIENTATION .....</b>	<b>36</b>
<b>ANNEXE 1: TYPOLOGIE DE LA CLIENTÈLE EN DÉSINTOXICATION .....</b>	<b>43</b>
<b>ANNEXE 2: NIVEAU DE DÉSINTOXICATION: ÉVALUATION PAR LES INTERVENANTS MÉDICAUX .....</b>	<b>54</b>
<b>ANNEXE 3: NIVEAU DE DÉSINTOXICATION : ÉVALUATION PAR LES INTERVENANTS MÉDICAUX, VERSION ABRÉGÉE.....</b>	<b>75</b>
<b>ANNEXE 4: CRITÈRES D'ADMISSION ET D'ORIENTATION POUR LES LITS DE DÉGRISEMENT .</b>	<b>76</b>
<b>ANNEXE 5: TABLEAUX D'ÉQUIVALENCES ET ÉVALUATION DU RISQUE DE SEVRAGE .....</b>	<b>84</b>
<b>ANNEXE 6: LISTE DES ORGANISMES EN TOXICOMANIE DANS LA RÉGION DE QUÉBEC .....</b>	<b>88</b>

## INTRODUCTION

### ORIGINE

Le Plan régional d'organisation de service en toxicomanie (PROST; 1996) de la Régie Régionale de la Santé et Services Sociaux de Québec 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 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, en outre pour les clientèles multiproblématiques définies dans le PROST.

En mai 1996, la Régie Régionale 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 appairer 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 appairer 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 opérationnalisant le processus de prise de décision. Le Centre de Réadaptation Ubal-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 (voir annexe 2) que l'on nomme tout simplement NiD-ÉM, et la version abrégée (voir annexe 3) 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 Chaudières-Appalaches, nous avons développé une version du questionnaire adaptée aux compétences médicales plus restreintes des intervenants de formation psychosociale. Nous l'avons intitulé le Niveau de Désintoxication : Évaluation par les intervenants Psychosociaux (NiD-ÉP; Rouillard, Tremblay, & Boivin, 1999). Le personnel infirmier semble toutefois fortement l'apprécier. Le NiD-ÉP est passablement différent de son questionnaire d'origine, le NiD-ÉM. C'est pourquoi nous sommes à créer un manuel d'utilisation complètement différent pour le NiD-ÉP. Des copies du NiD-ÉP et de son manuel d'utilisation (en préparation) sont disponibles auprès de Joël Tremblay.

Nous espérons que le NiD-ÉM ainsi que le présent manuel d'utilisation permettront aux médecins et à d'autres intervenants en toxicomanie de mieux évaluer les besoins de services en désintoxication et d'apparier le client au bon niveau de soins. Le questionnaire pourra aussi faciliter le transfert d'informations entre intervenants (e.g. via la télécopie). Le questionnaire pourrait aussi servir, par exemple, à la Montérégie pour faciliter l'identification des clients devant être référés au service de désintoxication du CHUM, pavillon Saint-Luc. Le CHUQ et la Régie Régionale ont aussi mis sur pied une formation en désintoxication pour les médecins de CLSC et des cliniques privées.

### **DESCRIPTION GÉNÉRALE**

Le NiD-ÉM comprend tout d'abord une section où sont recueillies les informations socio-démographiques. 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), ainsi qu'un questionnaire de sevrage aux opiacés, le « Short Opiate Withdrawal Scale » (SOWS-10 ; Gossop, 1990) quantifiant les symptômes subjectivement éprouvés par le patient (ce questionnaire ne se retrouve que dans la version longue). La version française du SOWS-10 a été faite par l'équipe du service de toxicomanie du Centre Hospitalier St-Luc à Montréal. Viennent par la suite les sections sur les états de santé physique, psychologique/psychiatrique, de même qu'une dernière section concernant la sphère sociale (e.g., support, situation de cohabitation). Le questionnaire se termine par un choix d'orientation pour les médecins soit du CHUQ ou soit de l'extérieur du CHUQ.

# 1. PRINCIPES GÉNÉRAUX

## 1.1 DÉFINITION DE LA DÉSINTOXICATION

« La désintoxication est le processus de traitement utilisé pour éliminer une substance psychoactive 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 psychoactive 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 à 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.

La synthèse clinique des informations colligées demeure le meilleur moyen de prédire la sévérité du sevrage. La démarche actuelle ne propose pas un algorithme décisionnel pour l'orientation du patient. Le questionnaire reproduit pour l'essentiel la démarche clinique habituelle telle qu'utilisée par un clinicien expérimenté à évaluer les besoins des clients en désintoxication. L'ordre des différentes sections suit le modèle de l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie (Bergeron, 1994; Bergeron et al., 1992), qui est l'instrument provincial utilisé par les centres de réadaptation pour évaluer les problèmes toxicomanes.

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-ÉM. Les sevrages 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 à laquelle l'on peut se référer en annexe A. 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 au Etats-Unis. 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.

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 ALCOOL ET DROGUES

#### 3.1 DEGRÉ D'INTOXICATION

**Quest 1.1** Quel est le degré actuel d'intoxication de la personne (selon votre observation clinique et / ou les résultats de laboratoire) ?

- Cette question ne se retrouve que dans la version longue
- Avant d'évaluer un sevrage possible on doit évaluer s'il y a une intoxication aiguë sévère pouvant nécessiter un traitement en urgence.
- Une intoxication aiguë sévère peut amener de la confusion ou d'autres symptômes qui empêchent de recueillir de l'information fiable concernant la consommation. Nous devons être prudents.
- Une intoxication aiguë sévère à l'arrivée est aussi un prédicteur de sévérité du sevrage, en outre pour l'alcool.

#### 3.2 SYMPTÔMES DE SEVRAGE SÉVÈRE

**Quest. 1.2** Indiquez la présence des manifestations suivantes au cours des 4 périodes décrites : convulsions, hallucinations et délirium (quest 1.1 dans la version abrégée).

- Des convulsions (Lechtenberg et al., 1991; Morton et al., 1994; Ng, Hauser, Brust, & Susser, 1988) ;
- Des hallucinations ;
- Un délirium (Ferguson et al., 1996; Wetterling et al., 1994) ;

**Les périodes de temps sont les suivantes:**

- actuellement;
  - dernières 24 hres, excluant l'épisode actuel;
  - 1 à 7 derniers jours, excluant les dernières 24 heures;
  - il y a 8 jours ou plus;
- À l'aide des questions concernant la présence actuelle ou très récente des convulsions, d'hallucinations ou de délirium, nous évaluons s'il y a des indices d'un sevrage sévère récent.
  - Ces 3 manifestations sont des facteurs prédictifs d'une plus grande sévérité d'un sevrage actuel ou éventuel. Des sevrages sévères dans le passé sont aussi des prédicteurs de risques de sévérité.
  - 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 aussi 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).

### **3.3 HISTOIRE DES TRAITEMENTS EN DÉSINTOXICATION**

#### **Quest. 1.3 Combien de traitements de désintoxication la personne a-t-elle eu dans le passé (question 1.2 dans la version abrégée)?**

- À partir de 4 ou 5 traitements de désintoxication dans le passé, la probabilité d'apparition d'un sevrage sévère augmente (Brown et al., 1988; Lechtenberg et al., 1992; Schuckit et al., 1995).

#### **Quest. 1.3.1 Commentaires au sujet des sevrages antérieurs?**

- Question ne se retrouvant que dans la version abrégée.
- 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.

### **3.4 SIGNES VITAUX**

#### **Quest. 1.4 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)

### **3.5 CONSOMMATION DES DIVERSES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES: VERSION LONGUE**

- 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 tableaux 1.6 et

1.7 du questionnaire permet de décrire toutes ces consommations. Il est classé en neuf catégories de substances (plus une section « Autres ») pour lesquelles vous devez recueillir diverses informations. Les catégories sont adaptées de l'IGT.

### **3.5.1 Consommation d'alcool, sédatifs et opiacés**

**Quest. 1.6** Tableau permettant d'évaluer la quantité et la fréquence de la consommation d'alcool, de sédatifs hypnotiques et de substances opiacées (question 1.5 dans la version abrégée).

- Il est recommandé de débiter le questionnement de la consommation par la date de la dernière consommation. En fait, 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.

#### **a) 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 la substance en question à raison d'au moins trois fois semaine et ce, pendant au moins un mois. La quantité consommée n'est pas ici considérée. Il y a exception pour l'alcool. Pour cette substance, 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 fois semaine et ce, pendant au moins un mois pour que la consommation d'alcool soit considérée comme régulière. En ce qui concerne les autres substances, aucun critère de quantité n'est établi. Ainsi, un usager qui rapporterait avoir consommé un comprimé de dilaudid 2mg par jour, trois fois semaine, à partir de l'âge de 17 ans, sera considéré comme ayant débuté une consommation régulière de substances opiacées 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).

#### **b) Date de la dernière consommation**

- Il est très important de savoir l'heure de la dernière consommation, sauf pour les produits à longue demi-vie ou la journée peut être suffisante. Nous vous demandons tout de même de noter précisément le mois, le jour et l'heure pour chacune des substances consommées depuis 14 jours.

### c) Jours 1 à 14 rétrogrades à partir de la date de la dernière consommation

- 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.
- Au sujet des 14 derniers jours, tracer une barre oblique sur les jours où il y a eu consommation.
- En ce qui concerne les 7 jours rétrogrades à la date de la dernière consommation, noter le nombre de consommations à chacun de ces sept jours où il y a eu prise du produit et ce, même si elle est minimale.
- En ce qui concerne les jours 8 à 14 rétrogrades à la date de la dernière consommation, 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 trouverez en annexe (voir annexe 5) les tableaux d'équivalence pour les différentes formes d'alcool, les médicaments de type sédatifs et les opiacés. Il faut être capable d'additionner les drogues de chaque catégorie pour obtenir l'estimé de la quantité totale consommée d'une même classe de substances.
- À titre d'indication vous trouverez aussi en annexe (voir annexe 5) les quantités de drogues de chaque catégorie pouvant correspondre à un risque de sevrage faible, modéré ou sévère et ce pour l'alcool, les sédatifs et les opiacés (tableaux tirés du NiD-ÉP). Si dans ces trois catégories les quantités sont faibles, le risque de sevrage avec composante physique majeure devient faible.
- Noter le mode d'administration (voie de consommation).

### 3.5.2 Consommation des autres substances psychoactives

Les substances suivantes ne causent, en général pas de neuroadaptation et par conséquent, peu de sevrage à l'arrêt.

#### **Quest. 1.7 Tableau permettant d'évaluer la quantité et la fréquence de la consommation de cocaïne, d'amphétamines/stimulants, de cannabis, d'hallucinogènes, de PCP et de substances inhalées.**

##### a) 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.

**b) Jours 1 à 14 rétrogrades à partir de la date de la dernière consommation**

- À nouveau partir de la date de la dernière consommation (jour zéro) et considérer les 14 jours précédant cette date.
- Au sujet des 14 derniers jours, tracer une barre oblique sur les jours où il y a consommation.
- En ce qui concerne la quantité consommée, vous informer de la consommation lors d'une journée type de recours au produit. Noter librement les informations dans l'espace prévu à cette fin. Soyez le plus précis possible.
- Pour ces substances, il n'est pas nécessaire de convertir les scores en unités standards de consommation.
- Noter le mode d'administration (voie de consommation).

### **3.6 CONSOMMATION DES DIVERSES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES: VERSION ABRÉGÉE**

- Cette section est vraiment écourtée lorsqu'on la compare à la version longue. C'est pourquoi nous en présentons les consignes dans une section à part.

#### **Quest. 1.5 Tableau permettant d'évaluer la quantité et la fréquence de la consommation de divers psychotropes**

- Nous y retrouvons les mêmes neuf catégories de substances psychoactives, en plus d'une section « autres ».

##### **a) Date de la dernière consommation**

- Il est à nouveau recommandé de débiter le questionnement de la consommation par la date de la dernière prise du produit.
- Il est très important de savoir l'heure de la dernière consommation, sauf pour les produits à longue demi-vie ou la journée peut être suffisante. Nous vous demandons tout de même de noter précisément le mois, le jour et l'heure pour chacune des substances consommées depuis 30 jours.

##### **b) Nombre de jours de consommation depuis trente jours**

- Nous avons inclus, dans la version abrégée, le nombre de jour 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).

##### **c) Jours de consommation depuis 7 jours**

- Il faut cocher les jours de consommation de chaque produit lors des derniers sept jours, ce qui est probablement moins précis pour connaître le sevrage, mais tout de même indicateur en combinaison à la consommation des derniers trente jours. S'il n'y a pas eu de consommation depuis 7 jours, ne rien cocher.

##### **d) Quantité consommée lors d'un jours 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., soyer lisibles dans votre écriture.
- Dans le cas de l'alcool, il est demandé de convertir nos notes en quantité standard, i.e. en équivalent « une consommation », ou une petite bière, ou 1 verre de vin régulier. Vous retrouvez en annexe (voir annexe 5) des tableaux d'équivalence.
- Noter le mode d'administration (voie de consommation).



## **3.7 INTERPRÉTATION DES INFORMATIONS RECUEILLIES**

### **3.7.1 Alcool**

- S'il y a une consommation significative d'alcool, c'est-à-dire en haut de 6 consommations par jour pour une femme ou de 9 pour un homme, il est nécessaire de remplir le questionnaire 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 efficiente 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 délirium. 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).

#### **Voici l'interprétation reconnue des scores**

- Un score de 0 à 9
  - Sevrage minimal, très léger, ne nécessitant pas de traitements médicamenteux ni mêmes des soins médicaux ;
  - Environ 7% des patients ayant un tel score auront des complications s'ils ne sont pas traités ;
  - Il faut donc être prudent, surtout si le patient a des antécédents de convulsions ou de délirium de sevrage ;
  - 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 ;
  - L'utilisation de certains médicaments (e.g., bêtabloquants) peuvent diminuer le pointage du CIWA-Ar, sans réduire les risques de convulsions ou de délirium;
  - Un trouble anxieux généralisé peut augmenter le score du CIWA-Ar de 5 points environ (Johnston et al., 1991).
- Un score de 10 à 19
  - Sevrage modéré ;
  - Le patient aurait avantage à obtenir des soins médicaux et une évaluation clinique permettant de déterminer la médication appropriée ;
  - Le score plus grand que 15 multiplie par 4 le risque de sevrage sévère ;
  - Plus le score est élevé, plus le risque est grand.
- Un score de 20 à 24
  - Sevrage modéré / sévère.
- Un score de 25 et plus
  - Sevrage sévère avec possibilité d'apparition imminente de délirium tremens.

- 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 adrénérergique, même avec un pointage bien en bas de 20.

**TABLEAU 2**  
**Prédicteurs de complications du sevrage d'alcool**

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 un prédicteur 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) (citer Adams, 1981).
- 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 délirium 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. Délirium 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*

### 3.7.2 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'individu 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)

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

Tiré de Rouillard, 1999, p. 14

- Il est souvent difficile de connaître la quantité exacte des drogues prises, entre autres pour les sédatifs. Comme mentionné dans l'annexe des équivalences (voir annexe 5 et tableau 5), 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.

<b>TABLEAU 5</b>	
<b>Doses équivalentes au phénobarbital 30mg, chlordiazépoxyde 25mg, ou diazépam 5mg*</b>	
<b>MÉDICAMENT</b>	<b>DOSE</b>
<b>BARBITURIQUES :</b>	
Amobarbital (Amytal, Tuinal)	100
Butalbital (Florinal, Tecnal)	100
Pentobarbital (Nembutal)	100
Phénobarbital	30
Sécobarbital (Seconal)	100
<b>MÉDICAMENTS ANALOGUES AUX BARBITURIQUES :</b>	
Ethchlorvynol (Placidyl)	500
<b>HYDRATE DE CHLORAL :</b>	
(Noctec)	350-500
<b>MÉPROBAMATE :</b>	
(Équanil, Equagesic)	400
<b>BENZODIAZÉPINES :</b>	
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
<b>ALCOOL</b>	<b>2 consommations</b>

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)

- 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)

**TABLEAU 6**  
**Prédicteurs de la sévérité du sevrage de sédatifs**

<b>Variables</b>	
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 un prédicteur interrelié 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 60mg de diazépam par jour.
- Le nombre d'années de consommation régulière d'alcool serait aussi, dans certaines études, un prédicteur de sévérité du sevrage au benzodiazépines.
- 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<sup>ième</sup> et le 8<sup>ième</sup> 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).

### 3.7.3 Opiacés

- Pour une évaluation du syndrome de sevrage aux opiacés, nous avons obtenu une échelle subjective que vous pouvez remplir avec le client, traduite par l'unité de désintoxication de Saint-Luc pour une étude comparant la clonidine et la méthadone dans le sevrage de l'héroïne en milieu hospitalier (Lauzon et al., 1996). C'est une traduction du *Short Opiate Withdrawal Scale (SOWS-10)* développé par Michael Gossop en Angleterre (Bearn, Gossop, & Strang, 1996; Gossop, 1990; Merrill & Marshall, 1997). Elle comprend 10 symptômes, évalués sur une échelle de type Likert en 4 points (0 = pas du tout ; 3 = sévère). Le patient doit quantifier chacun des symptômes dans les dernières 24 heures. Les versions précédentes du questionnaire possédaient 32 questions (Gossop, Bradley, & Phillips, 1987), et 20 questions (Bradley, Gossop, Phillips, & Legarda, 1987; Gossop, Griffiths, Bradley, & Strang, 1989). La version abrégée ne contient pas ce questionnaire.

<b>SYMPTÔMES (% approximatif)</b>	<b>SIGNES %</b>
Crampes et douleurs abdominales (45)	Diarrhée (17)
Anorexie (49)	Hypertension
Anxiété (44)	Tachycardie
Insomnie (61)	Larmolement (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)	Baillements (30)
Douleurs musculaires, arthralgie (60)	Mydriase
Tiré de Rouillard, 1999, p.21	Tremblements (33)

- 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)
- 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			
Nb 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-hauts 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-hauts 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.
- Pour les opiacés les signes et symptômes d'un sevrage aigu 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<sup>ème</sup> jour et diminuent graduellement sur 3 semaines (Rouillard, 1999).

### 3.7.4 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 hypersomnolence.
- 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<sup>ème</sup> au 4<sup>ème</sup> 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<sup>ère</sup> 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 autre 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	

### 3.7.5 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). **Pierre, la liste du tableau et ceux énumérés ci-dessus ne concorde pas totalement. Pourquoi ?**

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.

### 3.7.6 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).

### 3.7.7 Phencyclidine (PCP)

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

### 3.7.8 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 délirium. 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).

### **3.7.9 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).

### **3.7.10 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.

**TABLEAU 11**  
**Symptômes de sevrage de stéroïdes anabolisants (SA)**  
**rapportés par des haltérophiles masculins**

<b>Symptômes</b>	<b>Pourcentage</b>
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

## 4. SECTION SANTÉ PHYSIQUE

### 4.1 DÉTÉRIORATION MÉDICALE GÉNÉRALE

#### Quest. 2.1 Quel est le niveau de détérioration de la condition médicale générale ?

- La question 2.1 essaie de qualifier le niveau de détérioration de la condition médicale générale, de minimale à sévère, avec des points d’ancrage.
- 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 délirium 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’ancrages n’est pas incluse dans le questionnaire, nous la reproduisons ici.

0 Aucun ou minimal	1 Léger	2 Modéré	3 Sévère
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aucun problème de santé physique ou sinon, ils sont mineurs (e.g., blessure bénigne suite à une chute)</li><li>• Le niveau de détérioration de la condition médicale générale peut au plus nécessiter un suivi médical externe, non-intensif.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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).</li><li>• Le niveau de détérioration de la condition médicale générale nécessite un suivi médical externe intensif, i.e. à tous les 2 ou 3 jours.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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).</li><li>• Le niveau de détérioration de la condition médicale générale nécessite un suivi médical interne non-hospitalier ou en hôpital de jour.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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).</li><li>• Le niveau de détérioration de la condition médicale générale nécessite un suivi médical interne hospitalier.</li></ul>

### 4.2 IDENTIFICATION DES TROUBLES

#### Quest. 2.2 Indiquez quel(s) trouble(s) sont présents.

- La question 2.2 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 délirium, 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 prédicteurs 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).

### **4.3 GROSSESSE**

#### **Quest. 2.4 La personne est-elle enceinte (question 2.3 dans la version abrégée)?**

- 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).

## 5. SECTION ÉTAT DE SANTE PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE

- Dans la version abrégée, l'ordre de présentation des sections « État de santé psychologique et psychiatrique » et « Sphère sociale » a été inversé, uniquement afin de faciliter la mise en page. Nous utilisons ici l'ordre présenté dans la version longue du questionnaire.

### 5.1 HISTOIRE PSYCHIATRIQUE

- Les questions 3.1 à 3.3 ne sont pas incluses dans la version abrégée

#### **Quest. 3.1 Est-ce que des problèmes psychiatrique ont déjà été diagnostiqués dans le passé ?**

- 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. Pour cette raison les médecins doivent procéder à 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).

### 5.2 MÉDICATION PRESCRITE

#### **Quest. 3.3 Actuellement, la personne a-t-elle une médication prescrite ?**

- 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 quelques 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.

### Quest. 3.3.1 La personne suit-elle sa prescription ?

- Si un patient ne suit pas sa prescription on peut penser qu'il aura de la difficulté à suivre fidèlement un sevrage ambulatoire avec prise de médication sans contrôle par des intervenants.

## 5.3 DÉTÉRIORATION DES COMPOSANTES PSYCHIATRIQUES

### Quest. 3.4 Quel est le niveau de détérioration des composantes psychiatriques suivantes (question 4.1 dans la version abrégée)?

- Si le patient est dans une condition psychiatrique modérément détériorée, un sevrage peut faire décompenser cette condition et nécessiter un niveau de service plus élevé, telle qu'une hospitalisation en psychiatrie. Les symptômes psychologiques préexistants de même nature que ceux rencontrés dans un sevrage peuvent évidemment augmenter les symptômes psychologiques de sevrage (question 3.4.1 dans la version longue et 4.2 dans la version abrégée). L'ordre de gravité des et les descriptions d'ancrages sont présentés à titre d'exemple et n'ont pas été validés.

	<b>0</b> Aucun ou minimal	<b>1</b> Léger	<b>2</b> Modéré	<b>3</b> Sévère
<b>Trouble de la pensée</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pensée cohérente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Idées de référence ou de persécution</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hallucinations</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Délire</li></ul>
<b>Anxiété</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anxiété minime</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trouble de l'adaptation avec anxiété</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Phobies, anxiété généralisée, panique</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anxiété pré-psychotique</li></ul>
<b>Dépression</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Humeur adéquate</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dysthymie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dépression majeure</li></ul>
<b>Condition psychiatrique générale</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Absence de symptômes psychiatriques typiques de l'Axe I</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Légère présence de symptômes psychiatriques</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Présence modérée de symptômes psychiatriques</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Présence importante de symptômes psychiatriques</li></ul>

## 5.4 DANGÉROSITÉ POUR AUTRUI

### Quest. 3.5 Quel est le degré de danger 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.
- Cette question n'est pas incluse dans la version abrégée.

<b>0</b> <b>Aucun ou minimal</b>	<b>1</b> <b>Léger</b>	<b>2</b> <b>Modéré</b>	<b>3</b> <b>Sévère</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas d'acte d'agression physique envers la personne ou la propriété au cours des 7 derniers jours.</li> <li>• Pas de menaces verbales envers autrui au cours des 7 derniers jours.</li> <li>• 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas d'actes d'agression physique envers la personne au cours des 7 derniers jours  mais</li> <li>• Présence de menaces verbales envers autrui au cours des 7 derniers jours,  ou</li> <li>• Histoire connue d'actes agressifs envers la personne (équivalent minimalement à une accusation de voie de fait) ou envers la propriété.</li> </ul>	<p>Au cours des 7 derniers jours,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>ou</li> <li>• 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.).</li> </ul>	<p>Au cours des 7 derniers jours,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence d'actes d'agression physique envers autrui, pouvant causer des blessures graves (voie de fait grave) ou la mort.</li> <li>ou</li> <li>• Exprime des menaces homici-daires ou idéation homicidaire.</li> <li>• Manifestations d'hallucinations ordonnant l'attaque d'autrui ou l'homicide.</li> </ul>

## 5.5 RISQUE SUICIDAIRE

### Quest. 3.6 à 3.10 Le risque suicidaire (question 4.3 à 4.7 dans la version abrégée)

- 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 3.6 / abrégée 4.3). Les questions proposées portent sur la fréquence des idées suicidaires (questions 3.7 et 3.8 / abrégée 4.4 et 4.5), conjuguée à la précision du plan (question



3.9). À cela s'ajoute la présence de tentatives passées qui viennent ajouter au risque (question 3.10 / abrégée 4.7).

- 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 idées 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.

## 5.6 INCAPACITÉS COGNITIVES

- Cette question n'est pas incluse dans la version abrégée.

### **Quest. 3.11 Jusqu'à quel point la personne a des incapacités cognitives pour suivre un traitement en externe ?**

- Des capacités cognitives réduites peuvent nécessiter une augmentation du niveau de service, par exemple, en empêchant un traitement externe.

<b>0</b> <b>Aucune ou minimale</b>	<b>1</b> <b>Légère</b>	<b>2</b> <b>Modérée</b>	<b>3</b> <b>Sévère</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de confusion.</li> <li>• La personne est alerte et orientée.</li> <li>• La mémoire à court et moyen / long terme est intacte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confusion légère.</li> <li>• Plainte subjective de déficits mnésiques (ex., ranger au mauvais endroit des objets familiers, se perdre lorsque qu'il se promène dans un endroit non-familier), mais aussi évidence de déficits mnésique tels que perçus lors d'une entrevue intensive.</li> <li>• Baisse de performance en contextes social ou occupationnel exigeants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confusion modérée.</li> <li>• Certaine désorientation dans le temps et l'espace.</li> <li>• Déficiets mnésiques modérés de la mémoire à court terme de même que de la mémoire de l'histoire personnelle.</li> <li>• La personne ne peut prendre en charge ses tâches cognitives sans assistance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confusion sévère.</li> <li>• Désorientation dans le temps et l'espace, déficits sévères dans le rappel des faits concernant lui-même ou ses proches (symptômes anxieux, agitation).</li> <li>• À cause de ces déficits cognitifs, la personne peut survivre sans assistance.</li> </ul>

## 6. SECTION SPHÈRE SOCIALE

### 6.1 RÉSEAU SOCIAL

**Quest. 4.1 Est-ce que la personne bénéficie d'un soutien pour l'aider dans sa désintoxication ambulatoire (question 3.1 dans la version abrégée)?**

- Il est reconnu que la plupart des sevrages d'alcool peuvent se faire en externe (i.e. dans 90% des cas). Cependant, un support suffisant est nécessaire à la réalisation de cette intervention. Il se peut que le milieu de vie de la personne, ou son réseau social, lui fournissent tout l'appui nécessaire (affectif et matériel) à la réussite du sevrage. Certaines personnes sont toutefois fortement isolées, ne bénéficiant d'aucun réseau social pouvant les soutenir face aux obstacles inévitables de la vie. La désintoxication est en soi une épreuve et nécessite un réseau social minimal pour faire face à cette crise.

### 6.2 MILIEU DE VIE NUISIBLE

**Quest. 4.2 Jusqu'à quel point le milieu de vie de cette personne est nuisible à sa désintoxication ?**

- En plus de manquer de support, une personne peut vivre avec des individus pouvant lui nuire dans sa volonté d'arrêt de consommation. Nous parlons ici de crises psychosociales diverses (e.g., violence conjugale ou très forte pauvreté) ou d'un milieu de consommation implicitement défavorable à l'abstinence (question 4.2.1 / abrégée 3.2). Dans ces diverses situations débilitantes, un traitement résidentiel peut être recommandé.

### 6.3 MOBILITÉ

**Quest. 4.3 La personne est-elle fiable pour revenir en externe dans les prochains jours (question 3.3 dans la version abrégée)?**

- Lorsque la sévérité du sevrage prévu est modérée ou légère et qu'un suivi externe est possible (intensif ou non), il faut ensuite considérer que la personne doit revenir parfois chaque jour et décider si ce niveau de service est adéquat. Il faut faire l'histoire des sevrages antérieurs pour voir si la personne a déjà eu des succès en traitement externe, dans des conditions comparables (question 1.4). Il faut s'assurer que la personne a un moyen de transport si les services sont éloignés de son domicile (question 4.3.1). Un parent, un voisin, un aidant naturel, un membre AA peut-il l'accompagner si nécessaire? Faut-il fournir des billets d'autobus au client pour qu'il puisse revenir ?

## **6.4 MOTIVATION**

### **Quest. 4.4 et 4.5 Motivation** (question 3.4 dans la version abrégée)

La motivation est un élément déterminant dans la persistance en traitement et les chances de succès de ce dernier. Il existe plusieurs façons d'évaluer la motivation, mais la plus simple est de l'estimer sur une échelle de 1 à 10, du point de vue de l'intervenant(e) (quest. 4.4 / abrégée 3.4) et du client (quest. 4.5) respectivement.

- Dans la version abrégée, le point de vue du client au sujet de sa motivation n'est pas investigué.
- On remarquera aussi que la question sur le milieu de vie de même que celle sur le moyen de transport sont éliminées.

## 7. SECTION ORIENTATION

- Nous avons prévu 2 feuilles différentes selon que le médecin est membre du Service de toxicomanie du CHUQ ou non. Les orientations proposées tiennent compte de presque toutes les possibilités. 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 ou, si nécessaire, au Service de Toxicomanie du CHUQ, pavillon Saint-François d'Assise. De telles hospitalisations peuvent se faire en urgence ou en électif. Si l'évaluateur pense qu'une référence en urgence au Service de toxicomanie est nécessaire, il doit appeler le médecin de garde pour faciliter l'évaluation et / ou le transfert.
- Si le client nécessite un traitement interne en milieu résidentiel (niveau III) il peut être référé dans une des maisons de thérapie en toxicomanie dont une liste pour la région de Québec apparaît à l'annexe 6, ou au service de dégrisement de l'Auberivière.
- Dans certains cas, pour des clients déjà connus et en traitement actif au Centre de Réadaptation Ubald-Villeneuve, le client pourra être traité par cette ressource, avec ou sans hébergement.
- Les traitements externes intensifs (niveau II) se donnent surtout en clinique externe du Service de Toxicomanie du CHUQ. Éventuellement certains CLSC dont le territoire regroupe une forte concentration de toxicomanes pourraient donner un tel service, si les ressources sont suffisantes. Enfin, les clients ayant un sevrage léger et nécessitant un traitement externe non intensif (niveau I), peuvent faire leur sevrage seuls ou être suivi par un intervenant (de type médical ou non). Ils ont parfois besoin de médicaments.
- 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 le Centre de Réadaptation Ubald-Villeneuve. Il y a aussi les maisons de thérapies (organismes communautaires), un établissement privé conventionné (Portage) 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., Vaugeois, 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 Anonymous, 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. In Anonymous, 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 Scandinavica, *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 naloxone. 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). Anonymous. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Québec.

Rouillard, P. Désintoxication: principes et protocoles. Texte traduit et adapté. (1999). Anonymous. 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). Anonymous. 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). Anonymous. 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). Anonymous. 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 "Ecstasy" 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**

**ANNEXE 2: NIVEAU DE DÉSINTOXICATION: ÉVALUATION PAR LES INTERVENANTS  
MÉDICAUX**

# NiD-ÉM

**ANNEXE 3: NIVEAU DE DÉSINTOXICATION : ÉVALUATION PAR LES INTERVENANTS  
MÉDICAUX, VERSION ABRÉGÉE**

# NiD-ÉM abrégé

## **ANNEXE 4: CRITÈRES D'ADMISSION ET D'ORIENTATION POUR LES LITS DE DÉGRISEMENT**



## ANNEXE 5: TABLEAUX D'ÉQUIVALENCES ET ÉVALUATION DU RISQUE DE SEVRAGE ALCOOL

« Fort »	Bière	Vin
1 ½ onces = 1 cons.	1 petite (341ml) = 1 cons.	1 coupe/125ml = 1 cons.
26 onces = 17 cons.	1 grosse = 2 cons.	½ litre = 4 cons.
40 onces = 26 cons.	1 King can = 2 cons.	Bout. 750 ml = 6 cons.
60 ml de Listerine = 1 cons.	1 boss = 3 cons.	Bout. 1 litre = 8 cons.
30 ml d'Aqua Velva = 1 cons.	1 Max Bull = 3.5 cons.	75 ml vin fortifié ex. Cinzano = 1 cons.
	1 pichet = 4 à 6 cons.	

\* 1 cons. = (13.6 g d'alcool) ou environ 17ml d'alcool pur

Au cours des 14 derniers jours, consommation lors d'un jour type		CIWA-Ar Indice de sevrage	<u>Intensité du sevrage</u>
<b>Forte et Régulière</b>	20 cons. ou plus par jour, au moins 4 jours sur 7		Sevrage sévère
<b>Modérée et régulière</b>	S'il y a de 8 à 19 cons. par jour, au moins 4 jours sur 7	CIWA-Ar $\geq$ 20	Sevrage sévère
	Administrez CIWA-Ar	10 $\leq$ CIWA-Ar < 20 Sevrage modéré	<b>CIWA-Ar après 1h</b> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<b>Score CIWA-Ar</b> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		<b>CIWA-Ar après 2h</b> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Se rappeler qu'un délai de 36 heures d'abstinence est nécessaire avant d'être passablement certain qu'il n'y aura pas de sevrage sévère.			Observer la croissance ou la décroissance de l'intensité des symptômes de sevrage.
		CIWA-Ar < 10 <b>et</b> abstinence 36 hres	Sevrage modéré ou en phase décroissante. Les risques sont généralement passés.
<b>Faible</b>	7 cons. ou moins par jour		Sevrage léger





## OPIACÉS

### TABLE D'ÉQUIVALENCE DES OPIOÏDES A 10 MG DE MORPHINE IM OU SC





Nom générique	Nom commercial	Dose IM/SC/IV	Dose PO	Autres voies R rectale SL sublinguale N nasale
<b>AGONISTES</b>				
Morphine		10	20 à 30	R 10-15 R 5
Hydromorphone	Dilaudid	1.5	7.5	
Oxycodone	Percocet-Percodan		15	
	Supeudol			
Oxymorphone	Numorphan	1		
Mépidine	Demerol	75	300	
Héroïne		5	10	
Méthadone		10	200	
Codéine		130	100	
Proxiphène	Darvon			
Hydrocodone	Tussionex			
Fentanyl	Sublimaze	0.2		
<b>AGONISTES – ANTAGONISTES</b>				
Pentazocine	Talwin	60	180	N 2
Nalbuphine		10		
Butorphanol	Stadol			

N.B. La durée d'effet de la plupart de ces opioïdes se situe entre 3 à 6 heures, sauf pour les formes à la libération contrôlée (non incrites dans ce tableau) et la méthadone qui ont des durées plus longues. L'effet du fentanyl dure une heure environ.

### TABLE D'ÉQUIVALENCE ENTRE L'HÉROÏNE IV DE LA RUE ET LA MÉTHADONE PO

Héroïne IV (1 point : 100 mg)	Pure à :	Dose d'héroïne en mg	Dose équivalente de méthadone po	
	100%	100	400	(doses jamais utilisées)
	50%	50	200	
	25%	25	100	
	10%	10	40	

Tiré de Rouillard, 1999, p. 19

Consommation usuelle au cours des 14 derniers jours de consommation		 Intensité du sevrage
<b>Forte</b> Et Régulière	Quantité journalière $\geq 40$ mg morphine IM/IV par jour, au moins 4 jours sur 7, Rechute $\geq 7$ jours	 Sévère
<b>Modérée</b> et régulière	$20 \text{ mg} \leq \text{quantité} < 40 \text{ mg}$ morphine IM/IV, au moins 4 jours sur 7, Rechute $\geq 7$ jours	 Modéré
<b>Faible</b>	Quantité journalière $< 20$ mg morphine IM/IV	 Léger

## **ANNEXE 6: LISTE DES ORGANISMES EN TOXICOMANIE DANS LA RÉGION DE QUÉBEC**

(Gossop, 1990)

(Rouillard, Dompierre, & Lavoie, 1996)

(Sullivan et al., 1989)

(Rouillard, Tremblay, & Boivin, 1999)

(Alling, 1992)

(Rouillard, 1999)

(Work Group on Substance Use Disorders, 1995)

(Pelissolo et al., 1994)

(Ho, 1996)

(Brower, 1988)

**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

**TABLEAU 2**  
**Prédicteurs de complications du sevrage d'alcool**

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

**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**

6. Délirium tremens
7. Sevrage sévère, mal contrôlé malgré la pharmacothérapie à l'urgence
8. Sevrage d'alcool modéré, avec une maladie concomitante (hépatite, pneumonie, diabète, trauma crânien, etc.)
9. Sevrage avec malnutrition sévère
10. Sevrage avec complications psychiatriques, nécessitant une hospitalisation en psychiatrie

*Adapté de Ho, 1996*



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

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

Tiré de Rouillard, 1999, p. 14

**TABLEAU 5**  
**Doses équivalentes au phénobarbital 30mg, chlordiazépoxyde 25mg,**  
**ou diazépam 5mg\***

<b>MÉDICAMENT</b>	<b>DOSE</b>
<b>BARBITURIQUES :</b>	
Amobarbital (Amytal, Tuinal)	100
Butalbital (Florinal, Tecnal)	100
Pentobarbital (Nembutal)	100
Phénobarbital	30
Sécobarbital (Seconal)	100
<b>MÉDICAMENTS ANALOGUES AUX BARBITURIQUES :</b>	
Ethchlorvynol (Placidyl)	500
<b>HYDRATE DE CHLORAL :</b>	
(Noctec)	350-500
<b>MÉPROBAMATE :</b>	
(Équanil, Equagesic)	400
<b>BENZODIAZÉPINES :</b>	
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
<b>ALCOOL</b>	<b>2 consommations</b>

Tiré de Rouillard, 1999, p. 16

**TABLEAU 6**  
**Prédicteurs de la sévérité du sevrage de sédatifs**

**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

**TABLEAU 7**  
**Signes et symptômes d'un sevrage opiacé**

<b>SYMPTÔMES (% approximatif)</b>	<b>SIGNES %</b>
Crampes et douleurs abdominales (45)	Diarrhée (17)
Anorexie (49)	Hypertension
Anxiété (44)	Tachycardie
Insomnie (61)	Larmolement (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)	Baillements (30)
Douleurs musculaires, arthralgie (60)	Mydriase
Tiré de Rouillard, 1999, p.21	Tremblements (33)

**TABLEAU 8**  
**Décours temporel du sevrage d'opiacés**

Nb 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-hauts 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-hauts plus insomnie, tachycardiie, hypertension, tachypnée, fièvre, vomissements, diarrhée

Tiré de Rouillard, 1999, p.21

**TABLEAU 9**  
**Signes et symptômes d'un sevrage de cocaïne (% approximatifs d'individus en sevrage**  
**présentant ces symptômes)**

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	

**TABLEAU 10**  
**Signes et symptômes d'un sevrage de cannabis (% approximatifs d'individus en sevrage**  
**présentant ces symptômes)**

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	

**TABLEAU 11**  
**Symptômes de sevrage de stéroïdes anabolisants (SA)**  
**rapportés par des haltérophiles masculins**

<b>Symptômes</b>	<b>Pourcentage</b>
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



# NiD-ÉM

## Niveau de Désintoxication Évaluation par les intervenants Médicaux

Pierre Rouillard  
Médecin psychiatre  
Chef du service de toxicomanie  
CHUQ – Pavillon Saint-François d'Assise

Joël Tremblay  
Psychologue-Chercheur  
CRUV

Marie-Denise Boivin, Ph.D.  
Université Laval

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Tél. #1: (    )       - \_\_\_\_\_

Tél. #2: (    )       - \_\_\_\_\_

Version 2.0  
Février 1998

(CF LE DOCUMENT « TYPOLOGIE DE LA CLIENTÈLE EN DÉSINTOXICATION »,  
RÉGIE RÉGIONALE DE QUÉBEC, mai 1996)

**Ce document peut-être reproduit sans frais et sans demande d'autorisation aux auteurs. Nous vous demandons toutefois de respecter les droits d'auteurs en identifiant toujours clairement les noms des auteurs et en les citant correctement dans tout document référant au NiD-ÉM (référer au manuel d'utilisation dans votre document). Pour vous assurer d'utiliser la version la plus récente, veuillez communiquer avec nous.**

---

1 Pierre Rouillard, Md, psychiatre, chef du service de toxicomanie, CHUQ, Pavillon Saint-François d'Assise, 10 rue de l'Espinay, Québec, Qc, G1L 3L1  
Téléphone (418) 525-5315; télécopieur (418) 525-4367; courriel prouillard@videotron.ca  
Joël Tremblay, psychologue-chercheur, Centre de Réadaptation en Ubald-Villeneuve, téléphone (418) 525-4304; courriel joel.tremblay@alto.qc.ca



# ALCOOL / DROGUES

**1.1 Quel est le degré actuel d'intoxication de la personne (selon votre observation clinique et / ou les résultats de laboratoire) ?**

0            1            2            3           

minimal    léger        modéré     sévère

**1.2 Indiquez la présence des manifestations suivantes au cours des 4 périodes décrites.**

1- Oui        2- Non        9- NSP ou refus

	actuelle- ment	dern. 24 hres	7 dern. jours	8 jours et plus
● Des convulsions ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● Des hallucinations ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
● Un délirium ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**1.3 Combien de traitements de désintoxication la personne a-t-elle eu dans le passé ?**

**1.4 Au cours de sa vie, combien la personne a-t-elle vécu de rechutes dans la semaine suivant le début d'un traitement de désintoxication ?**

N / A si aucun traitement  
00 si aucune rechute

● Ambulatoire ?

● Résidentiel ?

**1.5 Signes vitaux pris**

à  h.  min.

Température  •  °C

Fréquence cardiaque

Pression artérielle  /

# ALCOOL / DROGUES

- 1.6 À chaque substance, demandez d'abord la date de la dernière consommation.  
Si abstinence depuis plus de 14 jours cesser l'évaluation à moins de manifestations apparentes de sevrage ou de non-fiabilité des informations fournies par le patient.

## SUBSTANCES

Âge déb. cons. rég.	Tracer une barre oblique sur les jours de consommation parmi les 14 jours rétrogrades à la date de la dernière consommation														Date Dern. cons. (jour zéro)			Mode adm.	
		14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	Ms	jr		hre
	Unités brutes															⋮	⋮		⋮
	Unités std	Quantité standard pour jour type de cons., période 8-14														⋮	⋮	⋮	

### 1. ALCOOL<sup>1</sup>

		14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	⋮	⋮	⋮
	Unités brutes																	
	Unités std	Quantité standard pour jour type de cons., période 8-14																

### 2. SÉDATIFS / HYPNOTIQUES

		14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	⋮	⋮	⋮
	Unités brutes																	
	Unités std	Quantité standard pour jour type de cons., période 8-14																

### 3. HÉROÏNE / OPIACÉS<sup>2</sup>

Utilisation régulière 3 fois / semaine (ou session intensive de deux jours / semaine) pendant au moins un mois.	Mode d'administration :	1- Oral	2- Nasal	3- Fumé	4- Injecté (non IV)
		5- Injecté (IV)	6- Autres (e.g. : intra rectal = IR)		

- Note.** 1. Si la consommation d'alcool est significative (cf. manuel) au cours des 7 jours rétrogrades à la date de la dernière consommation, compléter le CIWA-Ar.  
2. Si la consommation d'opiacées est significative (cf. manuel) au cours des 7 jours rétrogrades à la date de la dernière consommation, compléter le SOWS-10.

## ALCOOL / DROGUES

### 1.7 À chaque substance, demandez d'abord la date de la dernière consommation. (suite)

Si abstinence depuis plus de 14 jours cesser l'évaluation à moins de manifestations apparentes de sevrage ou de non-fiabilité des informations fournies par le patient.

SUBSTANCES	Tracer une barre oblique sur les jours de cons. parmi les 14 jours rétrogrades à la date de la dernière cons.	Date Dern. cons.			Consommation journalière usuelle (être le plus précis possible)	Mode adm.
		ms	jr	hre		
4. COCAÏNE	14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1				Quantité brute	
5. AMPHÉTAMINES / STIMULANTS	14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					
6. CANNABIS	14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					
7. HALLUCINOGENES	14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					
8. PHENCYCLIDINE (PCP)	14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					
9. INHALANTS	14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					
10. AUTRES	14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					

#### Utilisation régulière

3 fois / semaine (ou session intensive de deux jours / semaine) pendant au moins un mois.

#### Mode d'administration :

1- Oral

2- Nasal

3- Fumé

4- Injecté (non IV)

5- Injecté (IV)

6- Autres (e.g. : intra rectal = IR)

**ALCOOL /  
CIWA-Ar**

<b>Date</b>			<b>Heure</b>		
Année	Mois	Jour	Heure	Min.	
<b>Pression artérielle</b>			<b>Pulsation</b>		<b>Température</b>
Mm Hg			/	Min.	°C

**NAUSÉES ET VOMISSEMENTS – Demandez :** «Avez-vous mal au cœur ou des nausées ? Avez-vous vomi ?» **Observez :**

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

**TREMBLEMENTS – bras étendus, doigts écartés. Observez :**

- 0 Pas de tremblement
- 1 Non visibles, mais peuvent être perçus / sentis du bout des doigts
- 2
- 3
- 4 Modérés, le patient ayant les bras étendus
- 5
- 6
- 7 Sévères, sans les bras étendus

**SUEURS PAROXYSTIQUES – Observez :**

- 0 Pas de sueur visible
- 1 Sueurs à peine perceptibles, paumes moites
- 2
- 3
- 4 Front perlé de sueurs
- 5
- 6
- 7 Trempé de sueurs

**ANXIÉTÉ – Demandez :** «Vous sentez-vous nerveux ?» **Observez :**

- 0 Calme, détendu
- 1 Légèrement anxieux
- 2
- 3
- 4 Modérément anxieux, ou sur ses gardes (donc anxiété inférée)
- 5
- 6
- 7 Équivalente à un état de panique aigu ayant une présentation similaire au *delirium* ou aux réactions schizo-phréniques aiguës

**AGITATION – Observez :**

- 0 Activité normale
- 1 Activité normale légèrement accrue
- 2
- 3
- 4 Modérément nerveux et agité, ne tient pas en place, impatient
- 5
- 6
- 7 Marche de long en large pendant la plus grande partie de l'entrevue, ou se débat des pieds et des mains (agitation presque constante)

**TROUBLES TACTILES – Demandez :**

«Avez-vous des démangeaisons, des sensations de fourmillement, de chaleur, d'engourdissement ou avez-vous l'impression qu'il y a des insectes qui courent sur ou sous votre peau ?» **Observez :**

- 0 Aucun
- 1 Très peu de démangeaisons, de fourmillements, de sensations de chaleur ou d'engourdissement
- 2 Peu de démangeaisons, de sensations de chaleur ou d'engourdissement
- 3 Démangeaisons, fourmillements, sensations de chaleur ou engourdissement modérés
- 4 Hallucinations modérément sévères
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères

**TROUBLES AUDITIFS – Demandez :** «Êtes-vous plus sensible aux sons qui vous entourent ? Sont-ils stridents ? Vous font-ils peur ? Entendez-vous un son qui vous agace, vous irrite ? Avez-vous l'impression de percevoir ou d'entendre des sons et des bruits qui n'existent pas ?» **Observez :**

- 0 Absents
- 1 Très peu stridents ou effrayants
- 2 Peu stridents ou effrayants
- 3 Modérément stridents ou effrayants
- 4 Hallucinations modérément sévères
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

**TROUBLES VISUELS – Demandez :** «La lumière vous paraît-elle vive ? La couleur est-elle différente ? Vous fait-elle mal aux yeux ? Est-ce que vous voyez quelque chose qui vous perturbe ? Qui vous dérange ? Avez-vous l'impression de voir des choses qui n'existent pas réellement autour de vous ?» **Observez :**

- 0 Absent
- 1 Très peu sensible
- 2 Peu sensible
- 3 Modérément sensible
- 4 Hallucinations modérément sévères
- 5 Hallucinations sévères
- 6 Hallucinations extrêmement sévères
- 7 Hallucinations continues

**CÉPHALÉES, TÊTE LOURDE – Demandez :** «Avez-vous des sensations étranges à la tête ? Avez-vous l'impression que quelque chose serre votre tête ? Avez-vous l'impression d'avoir la tête dans un étai ou que votre tête va éclater ? Avez-vous l'impression d'avoir une bande autour de la tête ?»

Ne pas évaluer les étourdissements ni les sensations de tête légère. Évaluez plutôt la sévérité des autres symptômes.

- 0 Absentes
- 1 Très légères
- 2 Légères
- 3 Modérées
- 4 Modérément sévères
- 5 Sévères
- 6 Très sévères
- 7 Extrêmement sévères

**ORIENTATION ET OBNUBILATIONS – Demandez :**

«Quel jour sommes-nous ? Quelle est la date ? Où êtes-vous ? Qui suis-je ?»

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

**1.8 Score CIWA-Ar Total (max. = 67) :**

(Additionner les scores de chaque item)

## SEVRAGE AUX OPIACÉES / SOWS-IO

Date          
                   année                  mois                  jour

Heure   h.   min.

**Avec quelle intensité avez-vous souffert de chacun des symptômes suivants dans les dernières 24 heures ?**  
 Cochez la case appropriée :

SYMPTÔMES	INTENSITÉ			
	0 Pas du tout	1 Légère	2 Modérée	3 Sévère
1. Se sentir mal				
2. Crampes d'estomac				
3. Contractions / spasmes des muscles				
4. Sensations de froid				
5. Battements de cœur				
6. Tensions / raideurs musculaires				
7. Avoir mal partout				
8. Bâillements				
9. Yeux qui coulent				
10. Insomnie / problèmes pour dormir				

1.9      Score total     

### Intensité des symptômes de sevrage

<b>0-4</b>	<b>5-10</b>	<b>11-20</b>	<b>21-30</b>
<b>Négligeable</b>	<b>Légère</b>	<b>Modérée</b>	<b>Sévère</b>

Ces catégories sont pour le moment expérimentales.  
 Veuillez vous fier à votre jugement.

# ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE

## 2.1 Quel est le niveau de détérioration de la condition médicale générale ?

0 Aucun ou minimal	1 Léger	2 Modéré	3 Sévère
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucun problème de santé physique ou sinon, ils sont mineurs (e.g., blessure bénigne suite à une chute)</li> <li>Le niveau de détérioration de la condition médicale générale peut au plus nécessiter un suivi médical externe, non-intensif.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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).</li> <li>Le niveau de détérioration de la condition médicale générale nécessite un suivi médical externe intensif, i.e. à tous les 2 ou 3 jours.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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).</li> <li>Le niveau de détérioration de la condition médicale générale nécessite un suivi médical interne non-hospitalier ou en hôpital de jour.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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).</li> <li>Le niveau de détérioration de la condition médicale générale nécessite un suivi médical interne hospitalier.</li> </ul>

## 2.2 Indiquez quel(s) trouble(s) sont présents.

(selon l'histoire ou les tests actuels de laboratoire).  
(Cochez dans les cases appropriées, si positif)

- 1- Trouble cardiaque
- 2- Trouble pulmonaire
- 2- Infection
- 3- Trouble digestif
- 4- Trouble hépatique
- 5- Malnutrition
- 6- Épilepsie
- 7- Histoire récente de traumatisme crânien avec perte de conscience
- 8- Diabète
- 9- Autres, précisez \_\_\_\_\_

## 2.3 Est-ce que ces problèmes risquent d'être aggravés par le sevrage ou vice versa ?

0                      1                      2                      3  
très peu            un peu            modérément    beaucoup

## 2.4 La personne est-elle enceinte ?

1- Oui            2- Non            3- N / A

### 2.4.1 Si oui, sa consommation comporte quel niveau de risque pour elle ou le fœtus ?

0                      1                      2                      3  
minimal            léger            modéré            sévère

### 2.4.2 Si oui, le sevrage comporte quel niveau de risque pour elle ou le fœtus ?

0                      1                      2                      3  
minimal            léger            modéré            sévère



## ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE

**3.1 Est-ce que des problèmes psychiatriques ont déjà été diagnostiqués dans le passé ?**

1- Oui      2- Non      9- NSP ou refus

**3.3 Actuellement la personne a-t-elle une médication prescrite ?**

1- Oui      2- Non      9- NSP ou refus

**3.1.1 Quel(s) était(ent) le / les diagnostics ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Si oui, laquelle ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3.2 La personne a-t-elle déjà été hospitalisée en psychiatrie ?**

1- Oui      2- Non      9- NSP ou refus

**Date de la dernière hospitalisation :**

année				mois		

**3.3.1 La personne suit-elle sa prescription ?**

1- Oui      2- Non      9- NSP ou refus

**3.4 Quel est le niveau de détérioration des composantes psychiatriques suivantes ?**

Les descriptions dans les cases sont présentées à titre d'exemple et ne sont pas exhaustives.

	0 Aucun ou minimal	1 Léger	2 Modéré	3 Sévère	
<b>Trouble de la pensée</b>	• Pensée cohérente	• Idées de référence ou de persécution	• Hallucinations	• Délire	<input type="checkbox"/>
<b>Anxiété</b>	• Anxiété minime	• Trouble de l'adaptation avec anxiété	• Phobies, anxiété généralisée, panique	• Anxiété pré-psychotique	<input type="checkbox"/>
<b>Dépression</b>	• Humeur adéquate	• Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive	• Dysthymie	• Dépression majeure	<input type="checkbox"/>
<b>Condition psychiatrique générale</b>	• Absence de symptômes psychiatriques typiques de l'Axe I.	• Légère présence de symptômes psychiatriques.	• Présence modérée de symptômes psychiatriques.	• Présence importante de symptômes psychiatriques.	<input type="checkbox"/>

**3.4.1 Est-ce que ces problèmes risquent d'être aggravés par le sevrage ou vice versa ?**

0                      1                      2                      3  
très peu          un peu          modérément      beaucoup

**3.5 Quel est le degré de danger pour autrui ?**

0 Aucun ou minimal	1 Léger	2 Modéré	3 Sévère
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas d'acte d'agression physique envers la personne ou la propriété au cours des 7 derniers jours.</li> <li>• Pas de menaces verbales envers autrui au cours des 7 derniers jours.</li> <li>• 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas d'actes d'agression physique envers la personne au cours des 7 derniers jours <b>Mais</b></li> <li>• présence de menaces verbales envers autrui au cours des 7 derniers jours, <b>ou</b></li> <li>• histoire connue d'actes agressifs envers la personne (équivalent minimalement à une accusation de voie de fait) ou envers la propriété.</li> </ul>	<p>Au cours des 7 derniers jours,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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. <b>ou</b></li> <li>• 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.).</li> </ul>	<p>Au cours des 7 derniers jours,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présence d'actes d'agression physique envers autrui, pouvant causer des blessures graves (voie de fait grave) ou la mort. <b>ou</b></li> <li>• Exprime des menaces homicides ou idéation homicide.</li> <li>• Manifestations d'hallucinations ordonnant l'attaque d'autrui ou l'homicide.</li> </ul>

## ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHIATRIQUE

3.5.1 Si oui, est-ce que ces comportements présentent un danger immédiat ?

1- Oui      2- Non      3- Incertain(e)

3.6 Avez-vous des idées suicidaires actuellement?  Oui  
 Non

3.7 Au cours des 7 derniers jours, y a-t-il des jours où vous avez eu des idées suicidaires ? Si la personne répond « jamais », allez à la question 3.11.

Jamais  
 Une fois (donc un seul jour)  
 Quelques jours (2 à 4 jours)  
 À tous les jours ou presque (5 à 7 jours)

3.8 Au total, à chaque jour où vous avez pensé au suicide, pendant combien de temps au total durait ces pensées? (ex. : 40 «flash» au cours de la journée = plusieurs minutes au total, donc on coche à la case «quelques minutes»)

Des « flash » (sec.)  
 Quelques minutes (1 à 59 min.)  
 Une ou plusieurs heures (1 à 3h)  
 Presqu'une demi journée ou plus (4h et plus)

3.9 Avez-vous pensé à comment vous feriez pour vous suicider ? Informez-vous très précisément de tout plan, toute organisation qu'aurait faite la personne pour tenter de se suicider.

N'a pensé à aucun plan  
 A une idée vague, sans précision  
 Plan assez détaillé (avec ou sans date)  
 Plan détaillé et préparation complétée

3.10 Avez-vous déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide ?

Jamais  
 1 fois  
 2 à 4 fois  
 5 fois ou plus

3.11.1 Si oui, date de la dernière tentative.

Année				Mois		Jour		

3.11 Jusqu'à quel point la personne a des incapacités cognitives pour suivre un traitement en externe ?

0 Aucune ou minimale	1 Légère	2 Modérée	3 Sévère
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas de confusion.</li> <li>La personne est alerte et orientée.</li> <li>La mémoire à court et moyen / long terme est intacte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confusion légère.</li> <li>Plainte subjective de déficits mnésiques (ex., ranger au mauvais endroit des objets familiers, se perdre lorsque qu'il se promène dans un endroit non-familier), mais aussi évidence de déficits mnésique tels que perçus lors d'une entrevue intensive.</li> <li>Baisse de performance en contextes social ou occupationnel exigeants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confusion modérée.</li> <li>Certaine désorientation dans le temps et l'espace.</li> <li>Déficits mnésiques modérés de la mémoire à court terme de même que de la mémoire de l'histoire personnelle.</li> <li>La personne ne peut prendre en charge ses tâches cognitives sans assistance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confusion sévère.</li> <li>Désorientation dans le temps et l'espace, déficits sévères dans le rappel des faits concernant lui-même ou ses proches ( symptômes anxieux, agitation).</li> <li>À cause de ces déficits cognitifs, la personne peut survivre sans assistance.</li> </ul>

## SPHÈRE SOCIALE

4.1 Est-ce que la personne bénéficie d'un soutien pour l'aider dans sa désintoxication ambulatoire ?

0 1 2 3  
beaucoup modérément un peu très peu

4.2 Jusqu'à quel point le milieu de vie de cette personne est nuisible à sa désintoxication ?

0 1 2 3  
très peu un peu modérément beaucoup

4.2.1 Vivez-vous avec quelqu'un qui a des problèmes d'alcool ou de drogues ?

1- Oui 2- Non

Si oui, précisez \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.3 La personne est-elle fiable pour revenir en externe dans les prochains jours ?

0 1 2 3  
très peu un peu modérément beaucoup

4.3.1 A-t-elle un moyen de transport ?

1- Oui 2- Non 9- NSP ou refus

4.4 De votre point de vue jusqu'à quel point la personne semble motivée à cesser sa consommation ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
pas modérément extrême-  
du tout rément mement

4.5 Du point de vue du patient jusqu'à quel point est-il motivé à cesser sa consommation ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
pas modérément extrême-  
du tout rément mement

● **Orientation suggérée au patient quant à ses besoins en désintoxication**

(Inscrire, dans la case ci-contre, les numéros des recommandations suggérées)

--	--

**La désintoxication à l'intérieur du CHUQ**

--	--

- 1- L'hospitalisation immédiate
- 2- L'hospitalisation élective à l'intérieur de 3 jours
- 3- L'hospitalisation élective à l'intérieur de 10 jours
- 4- La désintoxication à Saint-François (CHUQ) en externe

Date du prochain rendez-vous

année				mois		jour			

Nombre de rendez-vous prévu dans la semaine qui suit cette entrevue

--

**La désintoxication à l'extérieur du CHUQ**

- 5- Milieu résidentiel  
\_\_\_\_\_
- 6- Suivi médical (avec ou sans médicaments)  
\_\_\_\_\_
- 7- Suivi par un autre intervenant  
\_\_\_\_\_
- 8- Suivi par un bénévole  
\_\_\_\_\_
- 9- Autres  
\_\_\_\_\_
- 10- Aucun besoin de désintoxication  
\_\_\_\_\_
- 11- Suivi en réadaptation  
\_\_\_\_\_

● **Recommandation acceptée par le patient**

1- Oui      2- Non

--

● **Si non, précisez la nouvelle orientation retenue après discussion avec le patient**

(Inscrire, dans la case ci-contre le numéro de la recommandation retenue)

--

\_\_\_\_\_

● **Recommandations retournées à**

\_\_\_\_\_

## GRILLE DE DÉPISTAGE DU RISQUE DE PASSAGE À L'ACTE

### ● Orientation suggérée au patient quant à ses besoins en désintoxication

(Inscrire, dans la case ci-contre, le numéro de la recommandation suggérée)

--	--

- 1- Référence à l'urgence de l'hôpital sous-régional en vue d'une hospitalisation possible  
\_\_\_\_\_
- 2- Référence (après discussion) au médecin de garde du CHUQ-PSFA (service de toxicomanie) en vue d'une hospitalisation possible  
\_\_\_\_\_
- 3- Hospitalisation élective  
\_\_\_\_\_
- 4- Milieu résidentiel (e.g., maison thérapeutique en toxicomanie)  
\_\_\_\_\_
- 5- Suivi médical (avec ou sans médicaments) au CLSC  
\_\_\_\_\_
- 6- Suivi médical (avec ou sans médicaments) par un médecin traitant hors CLSC  
\_\_\_\_\_
- 7- Suivi par un autre intervenant du CLSC  
\_\_\_\_\_
- 8- Suivi par un autre intervenant hors du CLSC  
\_\_\_\_\_
- 9- Suivi par un bénévole  
\_\_\_\_\_
- 10- Autres  
\_\_\_\_\_
- 11- Aucun besoin de désintoxication  
\_\_\_\_\_

### ● Orientation suggérée au patient quant à ses besoins en réadaptation

(Inscrire, dans la case ci-contre, le numéro de la recommandation suggérée)

--	--

- 12- Suivi en réadaptation. Aucun besoin de désintoxication.  
\_\_\_\_\_
- 13- Suivi en réadaptation après désintoxication mais prévu dès maintenant.  
\_\_\_\_\_
- 14- Aucune orientation en réadaptation.  
\_\_\_\_\_

### ● Recommandation acceptée par le patient

1- Oui      2- Non      N / A si non approprié

en désintoxication

--

en réadaptation

--

### ● Si non, précisez la nouvelle orientation après discussion avec le patient

(Inscrire, dans la case ci-contre, les numéros des recommandations retenues)

en désintoxication

--	--

en réadaptation

--	--

### ● Recommandations retournées à

\_\_\_\_\_