

La consommation d'alcool à risque élevé et des troubles de l'usage de l'alcool



Citation recommandée :

Initiative canadienne de recherche en abus de substances.
Lignes directrices canadiennes pour la gestion clinique de la
consommation d'alcool à risque élevé et des troubles de l'usage
de l'alcool. Octobre 2023. aide-alcool.ca

Objet du document :

Orientation clinique

Date de publication :

octobre 2023

Public cible :

Les médecins, les infirmières et infirmières praticiennes, les pharmaciens, les professionnels de la santé réglementés et tout autre personnel clinique et non clinique ayant ou non une formation spécialisée en médecine des toxicomanies, qui participent aux soins et à la gestion des personnes, les familles et les collectivités touchées par la consommation d'alcool, la consommation d'alcool à risque élevé et les troubles de l'usage de l'alcool.

Coordonnées :

crism@bccsu.ubc.ca

Reconnaissance territoriale

Nous tenons à souligner respectueusement qu'une grande partie de l'élaboration de ce document a eu lieu sur le territoire ancestral et non cédé des Salish de la côte, y compris les territoires traditionnels des nations x^wməθkwəyəm (Musqueam), Sḵwxwú7mesh (Squamish) et səlílwətał (Tseil-Waututh).

Nous reconnaissons que la criminalisation, le placement en établissement et la discrimination continus à l'égard des personnes qui consomment de l'alcool et d'autres drogues nuisent de façon disproportionnée aux Autochtones, et que des efforts continus sont nécessaires pour démanteler les systèmes coloniaux d'oppression. Nous considérons que notre travail est lié à ces efforts et nous espérons que ces lignes directrices contribueront à la mise en place d'un système qui offre des soins sécuritaires, respectueux et fondés sur les données probantes.

À propos de l'Initiative canadienne de recherche en abus de substances

Financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'Initiative canadienne de recherche en abus de substances (ICRAS) est un réseau national de recherche, de pratique et de politiques axé sur les troubles de l'usage de substances, composé de cinq équipes régionales interdisciplinaires (pôles) représentant la Colombie-Britannique, les Prairies, l'Ontario, le Québec et l'Atlantique. Chaque pôle de l'ICRAS comprend des chercheurs scientifiques régionaux, des fournisseurs de services, des décideurs, des dirigeants communautaires et des personnes ayant une expérience vécue de la consommation de substances. La mission de l'ICRAS est de traduire les meilleures données scientifiques en pratique clinique, en services de santé et en changement de politique. Pour en savoir plus sur l'ICRAS, consultez la page : <https://crism.ca> [en anglais seulement].

Auteurs et contributeurs

Rédactrices médicales

Jessica Bright, maîtrise en santé publique; gestionnaire, Équipe de rédaction médicale, Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances, Vancouver (C.-B.)

Katrina Hsu, M. Sc.; rédactrice médicale, Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances, Vancouver (C.-B.)

Coprésidents du comité

Jürgen Rehm, PhD; scientifique principal, Institut de recherche en politiques de santé mentale, Centre de toxicomanie et de santé mentale; professeur, Département de psychiatrie et Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto; chercheur principal désigné, Pôle de l'Ontario, Initiative canadienne de recherche en abus de substances

Evan Wood, MD, PhD, FRCPC, FASAM; professeur, Département de médecine, Université de la Colombie-Britannique; titulaire de la Chaire de recherche du Canada en médecine des toxicomanies; chercheur principal désigné, Pôle de la Colombie-Britannique, Initiative canadienne de recherche en abus de substances

Membres du comité

Kulvir Badesha, MD, FRCPC, ABIM, ABAM; professeur adjoint clinique, Département de médecine interne et programme de lutte contre les dépendances, Max Rady College of Medicine, Université du Manitoba; médecin et professeur adjoint, Unité des toxicomanies, Centre des sciences de la santé, Winnipeg (Manitoba)

Bryce Barker, PhD; courtier principal du savoir, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ontario)

Suzanne Brissette, MD, MSc; membre, Service de médecine des toxicomanies, Centre hospitalier de l'Université de Montréal; professeure clinicienne agrégée, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université de Montréal

Ami Brosseau, MD, CMFC; médecin de famille, Cool Aid Community Health Centre, Victoria (C.-B.)

Caroline Brunelle, PhD; professeure de psychologie, Université du Nouveau-Brunswick, Fredericton (N.-B.)

Erik Chamas; personne ayant une expérience vécue, Montréal (Québec)

Corrina Chase, MA, MCA; personne ayant une expérience vécue; gestionnaire du partenariat des soins de toxicomanie des Premières Nations, Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances et Régie de la santé des Premières Nations, Vancouver (C.-B.)

Kim Corace, Ph. D., psychologue; vice-présidente, Innovation et transformation et programmation clinique et responsable de la recherche (Programme sur l'usage de substances et les troubles concomitants), Centre de santé mentale Royal Ottawa; clinicienne scientifique, Institut de recherche en santé mentale, Ottawa (Ontario); professeure agrégée, Psychiatrie, Université d'Ottawa

Andrea Cowan, MA; consultante indépendante, Northern Alcohol Strategy, gouvernement de la Saskatchewan, Regina (Saskatchewan)

Nicole P. Cowan, inf. aut.; infirmière clinicienne spécialisée, Vancouver Coastal Health, Vancouver (C.-B.)

Bryany Denning, MSc, M.S.S.; conseiller principal, Consommation problématique de substances, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, Yellowknife (T.N.-O.)

James O. Dubé, BSc, B.S.Soc., M.S.S., travailleur social autorisé; gestionnaire de clinique, consultant et thérapeute, The Peoples' Counselling Clinic, Halifax (N.-É.)

Jorge Flores-Aranda, PhD; professeur, École de travail social, Université du Québec à Montréal

Nirupa Goel, PhD; gestionnaire de programme, Initiatives stratégiques, Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances, Vancouver (C.-B.)

Brittany Graham, maîtrise en santé publique; directrice générale, Vancouver Area Network of Drug Users; coordonnatrice de la communauté de pratique, Canadian Managed Alcohol Program Study (CMAPS), Institut canadien de recherche sur la toxicomanie, Université de Victoria

Katelyn Halpape, B.Sc. (pharm.), ACPR, Ph. D, BCPP; professeure adjointe, Collège de pharmacie et de nutrition, Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan)

Angie Hamilton, baccalauréat en droit civil, baccalauréat en droit; directrice exécutive, Families for Addiction Recovery, Scarborough (Ontario)

Tim Kealey, baccalauréat en administration; directeur des opérations, Knight Archer Insurance, Regina (Saskatchewan)

Sean LeBlanc; cofondateur, Drug Users Advocacy League, Ottawa (Ontario)

Ronald Lim, MD, CMFC (MT), Dip. ABAM, DFASAM, FISAM, CSMCA; professeur agrégé clinicien, Université de Calgary

Kay Maude; personne ayant une expérience vécue, Calgary (Alberta)

Annie McCullough, PMP; directrice générale, Faces and Voices of Recovery Canada, Garden Bay (C.-B.)

Warren McDougall, RPC, CCTP; conseiller communautaire, Archway Community Services; gestionnaire de programme, Telmexwawtexw Healing Centre, Agassiz (C.-B.)

May Mrochuk, baccalauréat en sciences de la médecine, MD CMFC (MU) (MT); urgentologue et professeur clinicien, Département de médecine d'urgence, Université de l'Alberta; adjoint médical responsable, Addiction Recovery Community Health Team, Hôpital Royal Alexandra, Edmonton (Alberta)

Beryl I. Parke, B.S.Soc.; travailleuse sociale et travailleuse du mieux-être traditionnelle, Régie de la santé des Premières Nations, région de l'île de Vancouver; équipe de santé mentale et de bien-être, Kwakwaka'wakw Family Group; personne ayant une expérience vécue, Campbell River (Première Nation Wei Wai Kai), C.-B.

Brenda L. Plant, B.A., CSAC, CSAPA, CCDUS, ICCAC, ICADC; directrice générale, Turning Point Recovery Society; présidente du conseil d'administration, British Columbia Addiction Recovery Association, Vancouver (C.-B.)

Ginette Poulin, RD, MD, CMFC (MT), FCFP, CISAM, CCPE, CMCBT; médecin de famille; professeure adjointe, Département de psychiatrie, Université du Manitoba; directrice médicale, Troubles concomitants, Waypoint Centre for Mental Health Care, Winnipeg (Manitoba)

Josey Ross, MA; directrice associée, Éducation et activités cliniques, Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances, Vancouver (C.-B.)

Mohit Singh, MD, FRCPC, Dip. ABAM; psychiatre spécialisé en toxicomanie, Services de santé de l'Alberta, Edmonton (Alberta)

Rand Teed, B.A., B.Ed, ICPS, CASC; personne ayant une expérience vécue; directeur, Programme des catégories de médicaments, Craven (Sask.)

Barbara E. L. Watts, MD, CCMF; hospitaliste, Headwaters Health Care Centre, Toronto (Ontario); membre du conseil d'administration, Families for Addiction Recovery

Paul Wukitsch, M.S.S., travailleur social autorisé; thérapeute clinique, Native Alcohol and Drug Counseling Association of Nova Scotia, Shenacadie, Cap-Breton, N.-É.

Cristina Zaganelli, maîtrise en soins infirmiers, IP; infirmière praticienne, Calgary Urban Projects Society Health Centre, Services de santé de l'Alberta

Remarque : Les membres du comité ont participé aux activités d'élaboration des lignes directrices à titre individuel et non à titre de représentants de leurs établissements d'origine.

Remerciements

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada (Programme sur l'usage et les dépendances aux substances 2021-SQ-000066). Les opinions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions de Santé Canada. Les contributions en nature du Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances ont également appuyé l'élaboration de ces lignes directrices. Le Dr Jürgen Rehm (coprésident du comité) reçoit une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) : L'équipe du pôle Ontario de l'ICRAS, phase II (FRN 477887) et le Dr Evan Wood (coprésident du comité) sont appuyés par les subventions des IRSC : Initiative canadienne de recherche en abus de substances : Pôle de la Colombie-Britannique (FRN 181674) et chaire de recherche du Canada de niveau 1 en médecine des toxicomanies.

Le Comité des lignes directrices est reconnaissant des compétences en leadership et en animation fournies par Bryany Denning, Carson McPherson, Ginette Poulin et Rand Teed, qui ont dirigé les réunions du groupe de travail. Le comité remercie Christina Chant, Nirupa Goel et Josey Ross pour leur soutien à la supervision et leurs contributions éditoriales. Averill Hanson a été le coordonnateur de projet extraordinaire pour ce travail et a géré le travail du comité des lignes directrices, les communications, la planification, l'affectation des tâches, la coordination de l'équipe interne et d'innombrables autres responsabilités. Nous sommes extrêmement reconnaissants du leadership d'Averill. Le Comité aimerait également remercier les membres actuels et anciens du personnel du BCCSU pour leurs contributions : Trish Emerson, Kevin Hollett, Delaney Lewis, Samantha Robinson, Jordan Sang, Winnie So, et Anjali Tarrant. Le comité remercie tout particulièrement Eric Cattoni, Corrina Chase, Danya Fast, Ashley Goodman, Trevor Goodyear, Janine Hardial, Rod Knight et Marilyn White-Campbell pour leur examen du contenu lié à des populations précises. Le Comité souhaite également remercier Mary-Doug Wright d'Apex Information pour son expertise dans l'élaboration de la stratégie de recherche documentaire systématique et dans la réalisation d'activités de recherche connexes. L'équipe d'élaboration des lignes directrices reconnaît avec gratitude le travail fantastique de Christa Ledding, qui a conçu ce document, et de ITC Traductions, qui a traduit les lignes directrices en français. Enfin, le comité reconnaît l'immense travail de base entrepris par Maryam Babaei et Emily Wagner, les rédactrices médicales des Lignes directrices provinciales pour la gestion clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et des troubles de l'usage d'alcool.

In memoriam

Ron Kuhlke était membre de ce comité et est décédé en janvier 2021. Ron était un défenseur et un champion incroyables pour sa communauté. Il a contribué à de nombreuses initiatives, comme des projets de lignes directrices, d'éducation et de recherche avec d'innombrables organisations. Ron était un défenseur très connu dans sa maison de chambres, où il a réussi à défendre ses voisins contre une expulsion illégale, et il a joué un rôle essentiel pour obliger son propriétaire à rétablir le chauffage et l'eau chaude dans son bâtiment pendant un hiver particulièrement froid. Le décès de Ron a représenté une perte immense pour la communauté et pour ceux qui le connaissaient et travaillaient avec lui.

Randy Roberts était membre du comité responsable de ces lignes directrices et est malheureusement décédé en janvier 2022. Il était membre de plusieurs organisations nationales, dont la Canadian Association of People who Use Drugs, et a contribué à la création du Ontario Network of People Who Use Drugs (ONPUD) et du Brantford Substance Users Network. Il était un ardent défenseur de l'inclusion des personnes qui consomment des drogues dans le processus décisionnel et d'élaboration des politiques, surtout lorsque les décisions ont un effet direct sur leur vie. Il était reconnaissant d'avoir participé à l'élaboration de ces lignes directrices et a plaidé pour que les Autochtones puissent exprimer leur propre voix dans ce travail. Randy nous manque beaucoup et nous nous souviendrons de sa contribution à sa collectivité et à ces lignes directrices.

Avis de non-responsabilité pour les fournisseurs de soins de santé

Les recommandations des présentes lignes directrices représentent le point de vue du comité national sur les lignes directrices, qu'il s'est forgé après un examen attentif des preuves scientifiques disponibles et de l'analyse suivante d'experts externes. L'application des recommandations contenues dans ces lignes directrices n'annule pas la responsabilité des professionnels de la santé de prendre des décisions appropriées en fonction des besoins, des préférences et des valeurs de chaque patient, en accord avec ce patient et les membres de sa famille ou ses tuteurs, et, le cas échéant, des experts externes (p. ex. consultation d'un spécialiste). Lors de l'exercice de leur jugement clinique à propos du traitement de la consommation d'alcool à risque élevé et des troubles de l'usage de l'alcool, les professionnels de la santé doivent tenir compte de l'intégralité de ces lignes directrices tout en remplissant leur devoir de respect des principes et valeurs fondamentaux du Code de déontologie de l'Association médicale canadienne, en particulier la compassion, la bienfaisance, la non-malfaisance, le respect des personnes, la justice et l'obligation de rendre des comptes, ainsi que des normes requises pour une bonne pratique clinique définies par les organes directeurs compétents pertinents au sein des administrations régionales ou locales. Rien dans ces lignes directrices ne doit être interprété comme étant en contradiction avec l'accomplissement de ces devoirs.

Avis de non-responsabilité légale

Bien que les personnes et groupes ayant participé à la production de ce document aient fait tout leur possible pour garantir l'exactitude des renseignements contenus dans ces lignes directrices, veuillez noter que les informations sont fournies « à titre d'information ». Le BCCSU et le CRISM ne font aucune déclaration ni garantie de quelque nature que ce soit, expresse ou tacite, concernant l'exactitude des informations ou l'adéquation des informations à un usage particulier. Dans toute la mesure permise par la législation applicable, le BCCSU et le CRISM rejettent toute responsabilité et ne sont pas liés par une déclaration ou une garantie expresse, tacite ou prévue par la loi (y compris, sans s'y limiter, les déclarations ou garanties de titre ou de non-violation).

Les lignes directrices visent à donner une compréhension d'un enjeu clinique et à décrire une ou plusieurs approches privilégiées de la recherche et de la gestion de l'enjeu en fonction des meilleures données probantes disponibles au moment de la rédaction, tout en reconnaissant que la base de données probantes est en constante évolution. Les présentes lignes directrices ne sont pas conçues pour se substituer à un conseil ou un jugement professionnel d'un professionnel de la santé, elles ne sont pas non plus conçues pour être la seule approche de gestion d'un problème clinique. Nous ne pouvons pas répondre aux patients ou aux défenseurs de patients qui demandent des conseils sur des questions liées à des problèmes de santé. Si vous avez besoin de conseils médicaux, veuillez contacter un professionnel de la santé.

Table des matières

Résumé.....	16
1 Introduction aux lignes directrices.....	20
1.1 Contexte et justification.....	20
1.2 Portée et objet des lignes directrices.....	25
1.3 Méthodes.....	29
2 Principes de soins.....	30
2.1 Déterminants sociaux de la santé.....	31
2.2 Soins axés sur le patient.....	32
2.3 Soins sensibles aux traumatismes et à la violence.....	34
2.4 Pratique antiraciste.....	36
2.5 Sécurité culturelle pour les Autochtones et humilité culturelle.....	38
2.6 Réduction des méfaits.....	41
2.7 Soins centrés sur le rétablissement et le mieux-être défini par le patient lui-même.....	44
2.8 Continuum de soins intégré.....	45
2.9 Gestion globale de la santé.....	46
2.10 Participation des familles et des cercles sociaux aux soins.....	47
3 Dépistage, diagnostic et intervention brève.....	50
3.1 Formation sur le continuum des risques liés à l'alcool pour les patients.....	50
3.2 Dépistage de la consommation d'alcool.....	56
3.3 Diagnostic du trouble de l'usage de l'alcool.....	71
3.4 Intervention brève pour la consommation d'alcool à risque élevé.....	75
3.5 Mise en œuvre du dépistage et des interventions brèves dans la pratique.....	83
4 Prise en charge du sevrage.....	85
4.1 Vue d'ensemble du sevrage alcoolique.....	87
4.2 Évaluation des symptômes de sevrage au point d'intervention.....	90
4.3 Évaluation du risque de complications graves liées au sevrage alcoolique.....	92
4.4 Stratégies de prise en charge du sevrage.....	97
4.5 Pharmacothérapies pour la prise en charge du sevrage.....	105
4.6 Gestion du sevrage chez les jeunes patients.....	121
4.7 Gestion du sevrage chez les patientes enceintes.....	121
4.8 Gestion du sevrage chez les aînés.....	123
4.9 Gestion du sevrage avec comorbidités médicales.....	124
4.10 Gestion du sevrage dans les milieux manquant de ressources.....	125
4.11 Recommandation consensuelle du comité—Continuité des soins.....	126
5 Soins continus — Interventions de traitement psychosocial.....	128
5.1 Interventions psychosociales en soins primaires.....	128
5.2 Interventions psychosociales menée par un spécialiste.....	129
6 Soins continus— Pharmacothérapie.....	147
6.1 Établissement d'objectifs de traitement axés sur le patient.....	148
6.2 Pharmacothérapies de première intention.....	150
6.3 Pharmacothérapies de remplacement et émergentes pour les TUA.....	161
6.4 Durée du traitement.....	179
6.5 Options de pharmacothérapie pour les jeunes.....	179
6.6 Options de pharmacothérapie pour les patientes enceintes.....	181
6.7 Options de pharmacothérapie pour les aînés.....	182
6.8 Combinaison de la pharmacothérapie et des interventions de traitement psychosocial.....	183

6.9	Interactions médicamenteuses.....	185
6.10	Schémas de prescription à éviter.....	187
7	Programmes et mesures de soutien communautaires.....	202
7.1	Groupes de soutien par les pairs.....	202
7.2	Programmes communautaires de traitement et de rétablissement.....	208
7.3	Services de soutien psychosocial.....	212
8	Travail avec des populations particulières.....	214
8.1	Autochtones.....	214
8.2	Sexe et genre.....	221
8.3	Populations 2S/LGBTQ+.....	223
8.4	Jeunes.....	226
8.5	Personnes enceintes.....	228
8.6	Aînés.....	231
8.7	Utilisation de substances et troubles de santé mentale concomitants.....	232
8.8	Usage concomitant de substances.....	235
8.9	Personnes en situation d'itinérance.....	241
8.10	Populations rurales et éloignées.....	244
9	Programmes de gestion de l'alcool.....	246
10	Résumé.....	249
Annexes.....		253
	Préface.....	253
Annexe 1 : Méthodes.....		254
A1.1	Financement.....	254
A1.2	Composition du comité.....	254
A1.3	Processus d'élaboration des lignes directrices.....	256
A1.4	Stratégie de recherche documentaire.....	259
Annexe 2 : Dépistage et diagnostic.....		268
A2.1	Avant le dépistage : amorcer la conversation (étape 1).....	269
A2.2	Dépistage initial de la consommation d'alcool à risque élevé chez les adultes (étape 2).....	271
A2.3	Dépistage complet de la consommation d'alcool à risque élevé (étape 3).....	272
A2.4	Diagnostic du trouble de l'usage de l'alcool (étape 4).....	286
A2.5	Aperçu de la planification des soins et des évaluations supplémentaires (étape 5).....	289
Annexe 3 : Intervention brève pour la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA.....		292
A3.1	Entrevue motivationnelle.....	292
A3.2	Modèle FRAMES.....	299
A3.3	Le modèle en 5 étapes pour les interventions brèves en matière d'alcool.....	300
A3.4	Ressources supplémentaires sur l'intervention de courte durée.....	302
Annexe 4 : Prise en charge du sevrage.....		304
A4.1	Outils d'évaluation.....	305
A4.2	Planification de la prise en charge du sevrage.....	311
A4.3	Prescription de pharmacothérapie pour la prise en charge du sevrage.....	312
Annexe 5 : Pharmacothérapie pour les TUA.....		322
A5.1	Pharmacothérapies de première intention pour les TUA.....	323
A5.2	Pharmacothérapies de remplacement.....	325
A5.3	Outil de sélection de médicament.....	329
Annexe 6 : Services de consultation.....		330
Glossaire.....		332
References.....		340

Liste des Tableaux

Tableau 1.	Résumé des recommandations des lignes directrices.....	18
Tableau 2.	Seuils de risque élevé selon l'âge à l'aide de l'outil de dépistage pour les jeunes du NIAAA	63
Tableau 3.	Qualité des données probantes selon l'outil GRADE	257
Tableau 4.	Force de la recommandation selon l'outil GRADE.....	258
Tableau 5.	Critères d'inclusion et d'exclusion pour la recherche documentaire de septembre 2020	261
Tableau 6.	Éléments identifiés par base de données ou type de ressource (Mise à jour de 2020 – comprend les résultats de la recherche de 2018)	264
Tableau 7.	Critères d'inclusion et d'exclusion pour la recherche documentaire sur les schémas de prescription à éviter	266
Tableau 8.	Éléments identifiés par base de données ou type de ressource (mise à jour 2022 des schémas de prescription uniquement)	267
Tableau 9.	Comparaison de certains outils de dépistage de la consommation d'alcool (adultes).....	280
Tableau 10.	Comparaison de certains outils de dépistage de la consommation d'alcool (jeunes).....	285
Tableau 11.	Diagnostic du trouble de l'usage de l'alcool	287
Tableau 12.	Liste de vérification pour l'évaluation.....	291
Tableau 13.	Le modèle FRAMES pour les interventions brèves basées sur l'EM	299
Tableau 14.	Aperçu des options de pharmacothérapie pour la prise en charge du sevrage.....	314
Tableau 15.	Benzodiazépines.....	316
Tableau 16.	Carbamazépine.....	318
Tableau 17.	Gabapentine	319
Tableau 18.	Clonidine	320
Tableau 19.	Acide valproïque	321
Tableau 20.	Pharmacothérapies de première intention pour les TUA (naltrexone et acamprosate)	323
Tableau 21.	Topiramate	325
Tableau 22.	Gabapentine.....	327
Tableau 23.	Disulfirame	328
Tableau 24.	Comparaison des pharmacothérapies pour les TUA	329
Tableau 25.	Services de consultation par province.....	330

Liste des Encadrés

Encadré 1.	Terminologie utilisée pour évaluer les outils de dépistage	58
Encadré 2.	Indications pour le dépistage des aînés.....	67
Encadré 3.	Indications pour le dépistage de la consommation d'alcool.....	69
Encadré 4.	Pratiques exemplaires pour la mise en œuvre de la méthode SBIRT dans les établissements de soins primaires	84
Encadré 5.	Critères de diagnostic du syndrome de sevrage alcoolique.....	89
Encadré 6.	Facteurs prédictifs de symptômes de sevrage alcoolique et de complications graves.....	93
Encadré 7.	Critères de prise en charge du sevrage alcoolique en ambulatoire	98
Encadré 8.	Proposer la prise en charge du sevrage en ambulatoire	101
Encadré 9.	Considérations relatives à l'aiguillage vers un programme de traitement en milieu hospitalier ou en établissement	211
Encadré 10.	Le Alcohol Use Disorders Identification Test (Test d'identification des troubles de l'usage de l'alcool), AUDIT).....	276
Encadré 11.	L'outil AUDIT-Consumption (AUDIT-C).....	278
Encadré 12.	L'outil CAGE.....	279
Encadré 13.	L'instrument CRAFFT	284
Encadré 14.	Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised	305
Encadré 15.	Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS).....	307
Encadré 16.	Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale.....	308

Malgré la prévalence élevée de la consommation d'alcool à risque élevé, des troubles de l'usage de l'alcool (TUA) et des méfaits liés à l'alcool au Canada, ces troubles passent souvent inaperçus et ne sont pas traités dans le système de soins de santé. La recherche a montré que les fournisseurs de soins primaires peuvent jouer un rôle important dans la détection et le traitement précoces de la consommation d'alcool à risque élevé et des TUA, ainsi que dans la mise en relation des patients et des familles avec des services de soins spécialisés et des soutiens axés sur le rétablissement dans leurs collectivités. Toutefois, l'absence de lignes directrices fondées sur des données probantes pour la gestion clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et des TUA a entraîné une faible sensibilisation et une faible utilisation de la gamme complète des interventions de traitement disponibles par les fournisseurs de soins primaires au Canada.

Pour combler cette lacune, un comité national sur les lignes directrices a été mis sur pied afin d'examiner les données de recherche et de parvenir à un consensus sur les recommandations relatives à la gestion clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et des TUA. Le comité a formulé un ensemble de 15 recommandations portant sur la détermination et la prise en charge clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et des TUA chez les jeunes (âgés de 11 à 25 ans) et les patients adultes, en mettant l'accent sur l'exercice des soins primaires. Les présentes lignes directrices visent à aider les fournisseurs de soins de santé à mettre en œuvre des interventions fondées sur les données probantes en matière de prévention, de réduction des méfaits et de traitement de la consommation d'alcool à risque élevé et des TUA dans leur champ d'exercice.

Objectifs :

- Décrire les principes généraux de soins pour le travail avec les patients et les familles touchés par la consommation d'alcool, la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA.
- Examiner les stratégies de dépistage de la consommation d'alcool, de diagnostic et d'intervention brève pour les patients adultes et jeunes qui boivent à des niveaux de risque élevés.
- Recommander un algorithme clinique pour la prise en charge du sevrage alcoolique, en utilisant le risque qu'une personne développe des complications graves pour l'orienter vers un milieu de soins et une approche de gestion appropriés.
- Fournir des conseils sur la prise en charge du sevrage en ambulatoire.
- Recommander des stratégies pour les soins continus des TUA, notamment le recours aux interventions de traitement psychosocial, aux traitements pharmaceutiques et aux programmes et mesures de soutien communautaires.

Les lignes directrices se veulent une ressource pour les médecins, les infirmières et infirmières praticiennes, les pharmaciens, les professionnels de la santé réglementés et tout autre personnel clinique et non clinique ayant ou non une formation spécialisée en médecine des toxicomanies, qui participent aux soins et à la gestion des personnes, les familles et les collectivités touchées par la consommation d'alcool, la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA. Ces lignes directrices servent également de ressource pour les patients et leurs proches, afin de soutenir le traitement et la promotion du mieux-être, ainsi que de promouvoir l'amélioration de la qualité au niveau des systèmes. De plus, ces lignes directrices se veulent une ressource pour les décideurs et les administrateurs de soins de santé dans le cadre de l'élaboration de stratégies et de programmes visant à mieux répondre aux besoins non comblés en matière de traitement et de soins de l'alcoolisme au Canada d'une manière rentable et fondée sur les données probantes.

Tableau 1. Résumé des recommandations des lignes directrices^a

Recommandations

(Cotes GRADE pour la qualité des données probantes et la force de la recommandation)

Dépistage, diagnostic et intervention de courte durée

RECOMMANDATION 1 : S'il y a lieu, les cliniciens devraient se renseigner sur les connaissances actuelles des adultes et des jeunes patients au sujet des *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* et les informer à ce sujet afin de faciliter les conversations sur la consommation d'alcool.

(FAIBLE, FORTE)

RECOMMANDATION 2 : Tous les patients adultes et jeunes devraient être soumis à un dépistage systématique de toute consommation d'alcool supérieure au seuil de faible risque.

(MOYENNE, FORTE)

RECOMMANDATION 3 : Tous les patients adultes et jeunes qui obtiennent un résultat positif au test de dépistage de consommation d'alcool à risque élevé devraient subir une entrevue diagnostique de TUA en utilisant les critères du DSM-5 et une évaluation plus poussée pour éclairer un plan de traitement, le cas échéant.

(FAIBLE, FORTE)

RECOMMANDATION 4 : Tous les patients qui obtiennent un résultat positif au dépistage de la consommation d'alcool à risque élevé devraient avoir accès à une intervention de courte durée.

(MOYENNE, FORTE)

Prise en charge du sevrage

RECOMMANDATION 5 : Les cliniciens devraient utiliser des paramètres cliniques, comme les crises ou les delirium tremens passés, ainsi que l'échelle de prévision de la gravité du sevrage alcoolique (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale, PAWSS) pour évaluer le risque de complications graves du sevrage alcoolique et déterminer une voie de prise en charge du sevrage appropriée.

(MOYENNE, FORTE)

RECOMMANDATION 6 : Dans le cas des patients à faible risque de complications graves du sevrage alcoolique (p. ex. PAWSS < 4), les cliniciens devraient envisager d'offrir des médicaments autres que des benzodiazépines, comme la gabapentine, la carbamazépine ou la clonidine, pour la prise en charge du sevrage en ambulatoire (p. ex. soins primaires, virtuel).

(Gabapentine : MOYENNE, FORTE; Carbamazépine, Clonidine : FAIBLE, FORTE)

- a L'approche GRADE¹ a été utilisée pour évaluer la qualité des données probantes (les catégories possibles comprennent : élevée, moyenne, faible ou très faible) et la force de la recommandation (les catégories possibles comprennent : forte ou conditionnelle). Veuillez vous reporter à l'[Annexe 1](#) : Méthodes pour obtenir de plus amples renseignements sur la façon dont les critères GRADE ont été appliqués et une explication de la qualité des données probantes et des cotes de force de recommandation.

RECOMMANDATION 7 : Dans le cas des patients qui présentent un risque élevé de complications graves du sevrage (p. ex. PAWSS \geq 4), les cliniciens devraient offrir une ordonnance de benzodiazépine à court terme, idéalement dans un établissement hospitalier (c.-à-d. un établissement de prise en charge du sevrage ou un hôpital). Toutefois, lorsqu'il existe des obstacles à l'admission des patients en établissement hospitalier, les benzodiazépines peuvent être proposées en ambulatoire si les patients peuvent être surveillés de près.

(ÉLEVÉE, FORTE)

RECOMMANDATION 8 : Tous les patients suivant un traitement de sevrage devraient se voir offrir des soins continus des TUA.

(LFAIBLE, FORTE)

Soins continus – Interventions de traitement psychosocial

RECOMMANDATION 9 : Il faudrait offrir aux adultes et aux jeunes souffrant de TUA légers à graves de l'information sur les interventions psychosociales menées par des spécialistes au sein de leur collectivité et des aiguillages vers ces interventions.

(MOYENNE, FORTE)

Soins continus – Pharmacothérapie

RECOMMANDATION 10 : Les adultes atteints de TUA modérés à graves devraient se voir administrer de la naltrexone ou de l'acamprosate comme pharmacothérapie de première intention afin de contribuer à la réalisation des objectifs de traitement déterminés par les patients.

A. La naltrexone est recommandée pour les patients qui ont un objectif thérapeutique d'abstinence ou de réduction de la consommation d'alcool.

B. L'acamprosate est recommandé pour les patients qui ont un objectif thérapeutique d'abstinence.

(ÉLEVÉE, FORTE)

RECOMMANDATION 11 : Les patients adultes souffrant de TUA modérés à graves et qui ne bénéficient pas d'un médicament de première intention, qui présentent des contre-indications ou qui expriment une préférence pour un médicament de remplacement peuvent se voir proposer du topiramate ou de la gabapentine.

(Topiramate : MOYENNE, FORTE; Gabapentine : FAIBLE, CONDITIONNELLE)

RECOMMANDATION 12 : Il ne faut pas prescrire d'antipsychotiques ou d'antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine aux patients adultes ou jeunes pour le traitement des TUA.

(MOYENNE, FORTE)

RECOMMANDATION 13 : La prescription d'antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine n'est pas recommandée pour les patients adultes ou jeunes souffrant de TUA et d'un trouble anxieux ou dépressif concomitant.

(MOYENNE, FORTE)

RECOMMANDATION 14 : Les benzodiazépines ne doivent pas être prescrites comme traitement continu contre les TUA.

(ÉLEVÉE, FORTE)

Programmes et mesures de soutien communautaires

RECOMMANDATION 15 : Il faudrait offrir aux adultes et aux jeunes souffrant de TUA légers à graves de l'information sur les groupes de soutien par les pairs et d'autres services axés sur le rétablissement dans la collectivité et les aiguiller vers ces groupes.

(MOYENNE, FORTE)

1 Introduction aux lignes directrices

Cette introduction décrit le contexte, la justification, la structure globale, la portée et l'utilisation prévue des lignes directrices.

1.1 Contexte et justification

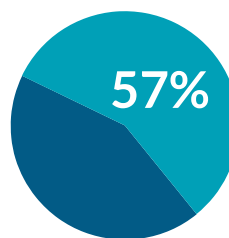
En 2019, les trois quarts (76 % ou 23,7 millions) des personnes vivant au Canada ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de la dernière année². Les raisons pour lesquelles les gens consomment de l'alcool varient de la célébration et de la relaxation à l'adaptation à la douleur ou au traumatisme. Comme pour les autres toxicomanies, la consommation d'alcool s'inscrit dans un spectre, et les effets sur la santé et les relations sociales peuvent aller de non nocifs à nocifs. Le contexte social et structurel (p. ex. normes sociales, colonisation, racisme, préjugé de classe, homophobie, transphobie) a une incidence sur la consommation individuelle d'alcool, les relations patient-fournisseur de services de santé et, en définitive, les résultats pour la santé des patients.

La consommation d'alcool à risque élevé et les TUA peuvent avoir des conséquences sociales, économiques et sur la santé importantes pour les personnes et les collectivités. Les troubles de l'usage de l'alcool constituent un problème médical récurrent et potentiellement chronique caractérisé par une déficience ou une détresse cliniquement significative découlant de la consommation d'alcool³. Les personnes atteintes de TUA peuvent continuer de consommer de l'alcool malgré les effets néfastes sur leurs relations sociales, leur travail, le respect de la loi ou leur santé⁴. Les personnes qui boivent avant l'âge de 15 ans sont beaucoup plus susceptibles de développer des TUA, et un âge précoce de première consommation est associé à une prévalence plus élevée des méfaits liés à l'alcool plus tard dans la vie⁵⁻⁷.

Les présentes lignes directrices définissent la consommation d'alcool à risque élevé en fonction du résultat de l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, Test d'identification des troubles de l'usage de l'alcool) ou de sa version condensée (AUDIT-C). La consommation d'alcool à risque élevé est définie par un score AUDIT de 16 ou plus ou un score AUDIT-C de 8 ou plus. Consulter l'Annexe 2 : Dépistage et diagnostic pour plus de détails. Veuillez noter que d'autres outils de dépistage et les Repères canadiens sur l'alcool et la santé contiennent des définitions spécifiques de la consommation à risque élevé.

Les troubles de l'usage de l'alcool et la consommation d'alcool à risque élevé sont courants au Canada⁸. On estime que 57 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus boivent actuellement au-delà des limites hebdomadaires recommandées par les *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* (plus de deux verres par semaine)⁸ et en 2012, 18 % de tous les Canadiens âgés de 15 ans et plus ont satisfait aux critères

cliniques des TUA à au moins un moment au cours de leur vie⁹. Les données du Rapport annuel des Statistiques sanitaires mondiales de 2021 de l'Organisation mondiale de la Santé montrent que la consommation d'alcool par habitant des personnes de 15 ans et plus au Canada est de 52 % plus élevée que la moyenne mondiale et qu'elle figure parmi les plus élevées des pays développés¹⁰. Chez les jeunes, l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves de 2018-2019 a révélé que près du quart des élèves de la 7^e à la 12^e année ont déclaré avoir bu avec excès (cinq consommations ou plus en une occasion) au cours de la dernière année¹¹.



des Canadiens âgés de 15 ans et plus boivent au-delà de la limite hebdomadaire de faible risque



Canadien souffert de TUA au cours de sa vie

4,1 %
de tous les décès au Canada sont attribuables à la consommation d'alcool

Près de 200 maladies ou blessures peuvent être entièrement ou partiellement attribuables à la consommation d'alcool, notamment des cancers, des maladies cardiovasculaires, des maladies hépatiques, des infections des voies respiratoires inférieures et des blessures causées par la violence ou les accidents de la route^{12,13}. Les statistiques nationales indiquent qu'en 2016, la consommation d'alcool a causé 10 500 décès (4,1 % de l'ensemble des décès de la période) et 6,3 % de la perte totale d'années potentielles de vie chez les personnes de 15 ans et plus au Canada, les proportions étant plus élevées pour les groupes d'âge plus jeunes¹⁴. À l'échelle mondiale, l'alcool était responsable d'environ 3 millions de décès (5,3 % de tous les décès) au cours de la même année^{12,14} et, pour la population âgée de 15 à 49 ans, représentait le principal facteur de risque de décès prématurés et de handicap¹⁵.

Les coûts économiques, médicaux, juridiques et sociaux associés à l'alcool sont considérables. En 2017, le coût économique annuel global de la consommation de substance au Canada a été estimé à 46 milliards de dollars¹⁶. La consommation

d'alcool représentait la plus grande proportion de ces coûts (perte de productivité, soins de santé, justice pénale, autres coûts directs), soit environ 16,6 milliards de dollars ou 36 % du total, suivie du tabac (12,3 milliards de dollars; 27 %) et de toutes les autres substances^b (17,1 milliards de dollars; 37 %)¹⁶. La consommation d'alcool peut réduire les inhibitions et amplifier les comportements qui peuvent entraîner divers résultats négatifs, par exemple, des conflits interpersonnels et des problèmes financiers, des accidents de travail, des accidents de la route et des décès¹⁷. L'alcool est souvent associé à des incidents violents commis par des partenaires intimes et des auteurs inconnus, ainsi qu'à des vols et à des crimes contre les biens^{16,18-20}.

16,6 G\$:
coût économique total de la
consommation d'alcool au
Canada en 2017

Au cours de l'exercice 2019-2020, le taux d'hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool au Canada a été de 258 personnes pour 100 000 âgées de 10 ans et plus, ce qui dépasse le taux d'hospitalisations causées par les crises cardiaques (241 personnes pour 100 000 âgées de 10 ans et plus). Les hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool ont été 4 fois plus courantes que celles causées par les opioïdes (alcool : 240 hospitalisations par jour, opioïdes : 55 hospitalisations par jour). Les estimations provinciales concernant les hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool variaient de 159/100 000 à 1 759/100 000 personnes âgées de 10 ans et plus (au Nouveau-Brunswick et dans les Territoires du Nord-Ouest, respectivement)²¹. Le coût moyen d'une hospitalisation entièrement attribuable à l'alcool au Canada a été estimé à 8 100 \$ (par rapport à 5 800 \$, le coût d'un séjour moyen à l'hôpital), principalement en raison d'une durée de séjour plus longue pour les hospitalisations provoquées par l'alcool que pour l'hospitalisation moyenne (11 jours au lieu de 7)²².

b La catégorie « autres substances » comprenait le cannabis, les opioïdes, d'autres déprimeurs du système nerveux central (SNC) (p. ex. benzodiazépines, barbituriques), la cocaïne, d'autres stimulants du SNC (p. ex. amphétamine, méthamphétamine, ecstasy) et d'autres substances (p. ex. hallucinogènes, inhalants) selon la source d'origine¹⁶.

Malgré le fardeau important de la maladie, des préjudices sociaux et des coûts économiques attribuables à l'alcool au Canada, la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA ne sont souvent pas reconnus et traités dans le système de soins de santé^{23,24}. Des recherches récentes ont mis en évidence le rôle important que les fournisseurs de soins primaires peuvent jouer dans la détection et l'intervention précoces concernant la consommation d'alcool à risque élevé, la prise en charge du sevrage en ambulatoire, le traitement des TUA et l'aiguillage des patients et des familles vers des services spécialisés et des soutiens communautaires²⁵. Bien que la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA puissent être facilement déterminés à l'aide d'outils de dépistage simples, le dépistage de la consommation d'alcool n'est pas largement mis en œuvre dans l'exercice des soins primaires²⁶. Il s'agit d'une occasion manquée cruciale d'intervenir tôt lorsque de nombreuses personnes, notamment des adolescents et de jeunes adultes, peuvent réagir positivement à des interventions de counseling brève et changer leur comportement pour réduire leur risque de méfaits liés à l'alcool sans qu'il soit nécessaire de recourir à d'autres méthodes²⁶. Ces possibilités d'intervention, de traitement et de soutien précoces sont ratées si les fournisseurs se fient uniquement à l'identification des cas de TUA.

Le dépistage joue également un rôle important dans l'identification des personnes souffrant de TUA modérés à graves qui bénéficieraient d'approches plus intensives, notamment la pharmacothérapie, les interventions de traitement psychosocial et les services communautaires de rétablissement et de mieux-être. Malgré les données probantes sur les avantages, les personnes atteintes de TUA bénéficient rarement d'interventions de traitement fondées sur les données probantes^{27,28}. Bien qu'il manque des statistiques canadiennes, aux États-Unis, les enquêtes nationales indiquent que moins de 8 % des personnes atteintes de TUA avaient reçu un traitement au cours des 12 derniers mois²⁹. Les données provenant des pays européens montrent des taux aussi bas, avec moins de 20 % des personnes atteintes de TUA ayant reçu un traitement³⁰.

Pour les patients souffrant de TUA modérés à graves et qui considèrent la cessation ou la réduction de la consommation d'alcool comme un objectif de traitement, il existe une gamme de traitements psychosociaux et pharmacologiques disponibles partout au Canada. De nouvelles recherches montrent que le traitement et la réduction de la consommation d'alcool se traduisent par des réductions significatives de la morbidité et de la mortalité

chez les personnes souffrant de TUA.^{31,32} En dépit de cette efficacité, les deux médicaments de première intention actuellement approuvés au Canada, la naltrexone et l'acamprosate, semblent être grandement sous-utilisés²⁸. Les données sont rares; cependant, une étude menée en Ontario a révélé que, sur une période d'un an, seulement 37 des 10 394 (0,4 %) bénéficiaires des régimes publics d'assurance-médicaments ayant reçu un diagnostic de TUA ont obtenu une ordonnance de naltrexone ou d'acamprosate dans l'année suivant leur diagnostic³³. De même, un rapport de 2021 du Manitoba a révélé que seulement 493 des 37 388 personnes (1,3 %) ayant reçu un diagnostic de TUA avaient obtenu une ordonnance de naltrexone, d'acamprosate ou de disulfirame au cours de la période d'étude de 20 ans³⁴. À l'inverse, les patients souffrant de TUA et de troubles de santé mentale concomitants (p. ex. dépression, anxiété) se sont souvent fait prescrire des psychotropes (p. ex. antidépresseurs, antipsychotiques) qui n'ont pas été efficaces pour réduire la consommation d'alcool ou améliorer l'humeur dans cette population^{35,36}. De même, les interventions psychosociales efficaces sont sous-utilisées. Bien que des données comparables ne soient pas disponibles au Canada, le Department of Veteran Affairs des États-Unis a constaté que seulement 5,5 % des patients qui boivent au-delà du seuil de faible risque ont bénéficié d'une intervention de courte durée³⁷.

Le résultat cumulatif de l'incapacité de fournir des soins fondés sur les données probantes pour les TUA est la persistance d'un système où les patients et les fournisseurs de soins continuent d'essayer de s'attaquer aux conséquences négatives de la consommation d'alcool (p. ex. hypertension, maladie hépatique, dépression) plutôt que de prévenir ou de réduire efficacement les méfaits au moyen d'une intervention précoce et d'un traitement propre aux TUA. Les patients ont mentionné des obstacles à la recherche de soins, notamment des obstacles internes (p. ex. la croyance qu'ils devraient être assez forts pour s'occuper seuls de leur situation ou que le problème s'améliorerait par lui-même), la stigmatisation³⁸ et le manque d'information sur la pharmacothérapie³⁹ et d'autres options de traitement. Les obstacles concernant le fournisseur à l'utilisation de la pharmacothérapie pour les troubles de l'usage de substances comprennent une formation inadéquate, un manque d'information sur les traitements pharmaceutiques et des perceptions erronées au sujet de l'efficacité des médicaments³⁹. Des problèmes logistiques comme le manque d'accès aux médecins et un manque de soutien clinique et administratif peuvent restreindre davantage la prestation du traitement³⁹.

Ces tendances soulignent l'importance de combler l'écart entre la recherche et la pratique clinique, en particulier en soins primaires, afin d'engendrer des améliorations significatives de la santé et du bien-être pour les personnes, les familles et les collectivités touchées par la consommation d'alcool.

Le Canada doit modifier de toute urgence son paradigme dans la gestion clinique des TUA.

En vue de faire progresser ce dossier, le comité a cherché à remédier au besoin de recommandations de pratique fondées sur les données probantes pour les fournisseurs de soins de santé. Un groupe d'experts canadiens s'est réuni pour examiner la documentation et élaborer des lignes directrices fondées sur les données probantes pour le dépistage, le diagnostic, le traitement et les soins optimaux des personnes souffrant de TUA. On prévoit que les professionnels de la santé, les décideurs et les éducateurs utiliseront ce document pour éclairer la pratique clinique et les activités de promotion de la santé visant à réduire les méfaits liés à l'alcool au pays.

1.2 Portée et objet des lignes directrices

Ces lignes directrices fournissent de l'information et des conseils sur la détermination et la gestion clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et des TUA chez les adultes (personnes âgées de 25 ans et plus) et les jeunes (personnes âgées de 11 à 26 ans). Ces lignes directrices visent à appuyer le dépistage systématique afin de déterminer toute consommation d'alcool à risque élevé et de diagnostiquer les TUA, ainsi qu'à promouvoir l'utilisation de traitements fondés sur les données probantes, d'interventions axées sur le mieux-être et le rétablissement, ainsi que la réduction des risques et des méfaits en soins primaires et dans d'autres contextes cliniques ou communautaires au Canada. Ces lignes directrices reconnaissent la grande variabilité de l'accès aux services spécialisés, notamment à la prise en charge du sevrage des patients en milieu hospitalier, aux services de consultation et à d'autres services spécialisés en TUA à l'échelle du pays, ce qui peut limiter l'application de certaines des recommandations.

1.2.i Public visé

Les lignes directrices se veulent une ressource pour les médecins, les infirmières et infirmières praticiennes, les pharmaciens, les professionnels de la santé réglementés et tout autre personnel clinique et non clinique ayant ou non une formation spécialisée en médecine des toxicomanies, qui participent aux soins et à la gestion des personnes, les familles et les collectivités touchées par la consommation d'alcool, la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA. Ces lignes directrices servent également de ressource pour les patients et leurs proches, afin de soutenir le traitement et la promotion du mieux-être, ainsi que de promouvoir l'amélioration de la qualité au niveau systémique. De plus, ces lignes directrices se veulent une ressource pour les décideurs et les administrateurs de soins de santé dans le cadre de l'élaboration de stratégies et de programmes visant à mieux répondre aux besoins non comblés en matière de traitement et de soins de l'alcoolisme au Canada d'une manière rentable et fondée sur les données probantes.

1.2.ii Milieux de soins

Bien que le présent guide porte sur la gestion clinique des TUA en contexte de soins primaires (p. ex. cliniques de médecine familiale, centres de santé communautaires, cliniques sans rendez-vous, services de santé aux étudiants), les recommandations s'appliquent aussi de façon plus générale à d'autres milieux de soins qui peuvent constituer le premier contact d'une personne avec le système de soins de santé (p. ex. services d'urgence, autres établissements de soins actifs, services de santé sexuelle, cliniques de soins prénataux et services spécialisés en santé mentale et en toxicomanie). Les équipes de soins cliniques et le personnel de ces milieux de soins sont encouragés à adapter et à appliquer les recommandations des lignes directrices à leur pratique, au besoin, afin d'aider les personnes et les familles touchées par la consommation d'alcool, la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA à obtenir de l'aide et à accéder à des traitements et services fondés sur les données probantes à de multiples points d'entrée dans le système de santé⁴⁰.

1.2.iii Populations de patients

Les recommandations formulées dans les présentes lignes directrices s'appliquent à la population générale de patients adultes, qui peut comprendre les personnes qui

boivent en deçà du seuil recommandé de consommation à faible risque, celles dont la consommation d'alcool dépasse le seuil de faible risque, les personnes ayant reçu un diagnostic de TUA de quelque gravité que ce soit (légers, modérés ou graves)³ et les personnes en convalescence après un traitement pour les TUA. Bien qu'une grande partie des données probantes examinées dans ces lignes directrices proviennent d'études menées auprès de personnes de la population adulte générale, le comité des lignes directrices s'entend pour dire que les recommandations des lignes directrices peuvent être pertinentes et applicables aux jeunes, après un examen approfondi des risques et des avantages. Ces lignes directrices définissent les adolescents comme des personnes âgées de 11 à 17 ans, les jeunes adultes comme des personnes âgées de 18 à 25 ans et les jeunes comme des personnes âgées de 11 à 25 ans (c.-à-d. incluant les catégories d'âge des adolescents et des jeunes adultes). Bien qu'il y ait un manque de recherche propre aux jeunes sur les TUA, en particulier chez les adolescents, ces lignes directrices comprennent des directives abrégées fondées sur les données probantes pour le dépistage, le diagnostic, les interventions de courte durée, la prise en charge du sevrage et la pharmacothérapie pour les TUA chez les jeunes, en fonction des données probantes disponibles et du consensus du comité.

De plus, bien que ces lignes directrices offrent un bref aperçu des données probantes disponibles pour la prise en charge clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et des TUA chez les personnes enceintes, on insiste sur l'importance de consulter un spécialiste dans ces cas, tout comme sur le besoin urgent de mener d'autres recherches dans ce domaine. Pour obtenir des conseils cliniques supplémentaires sur la prise en charge de la consommation d'alcool pendant la grossesse et après l'accouchement, les cliniciens peuvent consulter le document [Dépistage et conseils en matière de consommation d'alcool pendant la grossesse](#)⁴¹ publié par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Des ressources supplémentaires se trouvent à l'adresse aide-alcool.ca.

-
- c Bien que la majorité des personnes enceintes s'identifient comme des femmes, ce terme ne reflète pas l'identité et l'expérience de toutes les personnes enceintes, dont certaines ne s'identifient pas comme des femmes. Ces lignes directrices utilisent un langage neutre dans celles liées à la grossesse afin de favoriser l'inclusion des populations de patients de diverses identités de genre. Le fait de demander aux patients comment ils choisissent de s'identifier et d'utiliser leurs bons pronoms (p. ex. : il/elle/iel) est une composante importante des soins axés sur la personne.

Il convient de noter que, comme pour d'autres sujets, la grande majorité des recherches sur les TUA ont été menées auprès d'hommes adultes blancs; les personnes s'identifiant à d'autres identités marginalisées (p. ex. en raison du genre, de la race) ont toujours été exclues de la plupart des recherches. Les populations et communautés particulières, notamment les Autochtones, les femmes, les personnes 2S/LGBTQ+^d, les personnes enceintes, les jeunes, les âgés (65 ans et plus), les personnes souffrant de troubles de santé mentale concomitants, les personnes en situation d'itinérance et les populations rurales et éloignées peuvent avoir des besoins et des états de santé uniques en raison de facteurs biologiques ou sociétaux. Un bref aperçu des considérations supplémentaires pour la prestation de soins à ces populations, notamment des liens vers des ressources, a été inclus dans [Travail avec des populations particulières](#).

1.2.iv Répondre au besoin de médecine fondée sur les données probantes dans les soins des TUA

La médecine fondée sur les données probantes est une approche des soins aux patients guidée par les meilleures données probantes disponibles provenant de la recherche clinique. Bien que les principes de la médecine fondée sur les données probantes soient de plus en plus acceptés dans d'autres domaines de la médecine, les pratiques relatives au traitement des TUA ont été lentes à adopter des approches davantage fondées sur les données probantes^{42,43}. Cette situation est attribuable à des problèmes structurels (p. ex. manque de formation des fournisseurs de soins de santé en médecine des toxicomanies, stigmatisation)^{43,44}, et l'absence de lignes directrices fondées sur les données probantes constitue également un obstacle.

-
- d L'acronyme 2S/LGBTQ+ a été utilisé dans les présentes lignes directrices pour décrire les personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queer et d'autres genres, ainsi que les personnes de diverses identités sexuelles. Ces lignes directrices ont adopté la pratique consistant à placer « 2S » pour « bispirituel » au début de cet acronyme afin de reconnaître les façons autochtones de reconnaître le genre et la sexualité, ainsi que la longue histoire de la diversité des genres et de la sexualité dans les cultures autochtones. Il est important de noter que ce ne sont pas toutes les personnes LGBTQ+ autochtones qui s'identifient comme bispirituelles et que ce ne sont pas toutes les cultures autochtones qui perçoivent les identités bispirituelles de la même façon. Demander aux patients comment ils préfèrent s'identifier plutôt que de supposer leur identité de genre ou leur sexualité représente une composante importante des soins axés sur la personne.

À cet égard, l'état actuel des soins pour les personnes souffrant de problèmes liés à l'alcool est particulièrement alarmant. Malgré la quantité considérable de recherches disponibles pour guider les soins des TUA, il est rare que des interventions dont l'efficacité a été démontrée soient offertes aux personnes souffrant de TUA^{42,45}. En l'absence de lignes directrices fondées sur les données probantes et d'un accès limité à des fournisseurs chevronnés et à des services éprouvés, les personnes atteintes de TUA qui demandent des soins obtiennent souvent des interventions inefficaces et potentiellement nuisibles⁴⁶⁻⁵⁰. En raison du sous-traitement des TUA, les hospitalisations pour des méfaits liés à l'alcool au Canada dépassent le taux d'hospitalisations pour des crises cardiaques²¹.

Lorsque de nouvelles lignes directrices présentent des recommandations innovantes, les fournisseurs de soins peuvent recevoir des données probantes qui remettent en question l'efficacité des interventions qu'ils croyaient utiles auparavant. Dans ce contexte, les lignes directrices antérieures sur les TUA visaient principalement à promouvoir des interventions efficaces; on a accordé beaucoup moins d'attention à l'identification et à la dissuasion d'interventions qui peuvent être moins efficaces ou même nuisibles⁵¹. Dans le cadre de l'élaboration de ces lignes directrices, on a examiné des stratégies efficaces et inefficaces en se fondant sur des recherches systématiques dans la littérature et des principes de médecine fondés sur les données probantes. Les méta-analyses d'essais contrôlés randomisés, lorsqu'elles étaient disponibles, ont eu le plus de poids dans l'élaboration des recommandations. Par conséquent, bien qu'il soit urgent de mener d'autres recherches pour améliorer les soins des TUA dans des populations particulières, l'avancement de l'utilisation de pratiques fondées sur les données probantes — telles qu'elles sont énoncées dans les présentes lignes directrices — pourrait réduire considérablement la morbidité et la mortalité attribuables aux méfaits liés à l'alcool au Canada.

1.3 Méthodes

La description des méthodes utilisées pour effectuer l'examen structuré de la littérature, formuler des recommandations pour la pratique clinique et évaluer la qualité des données probantes et la force de chaque recommandation se trouve dans l'[Annexe 1 : Méthodes](#).

2 Principes de soins

Le comité a dégagé plusieurs principes de soins généraux qui s'appliquent à toutes les recommandations et à tous les conseils en matière de soins cliniques offerts dans les présentes lignes directrices et, de façon plus générale, à l'établissement de partenariats positifs avec les patients et les familles qui subissent des méfaits liés à l'alcool. Ces principes comprennent l'importance de tenir compte des déterminants sociaux de la santé et d'intégrer la réduction des méfaits, la pratique tenant compte des traumatismes et de la violence, et les approches culturellement sécuritaires comme norme de soins pour les patients et les familles touchés par la consommation d'alcool, la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA. Le comité approuve une stratégie intégrée et exhaustive de prise en charge médicale et l'utilisation d'approches axées sur le patient, centrées sur le rétablissement et le mieux-être définis par le patient lui-même, ainsi qu'axées sur la famille pour optimiser la santé, le mieux-être et les résultats sociaux des patients et des familles.

Les principes des soins visent à servir de cadre général pour appuyer les cliniciens, les équipes de soins et les programmes dans l'intégration de soins pour la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA dans leur pratique clinique. Les cliniciens et les équipes de soins sont encouragés à examiner et à adapter ces principes de soins, au besoin, au contexte local et aux ressources disponibles. Ces principes de soins ne doivent pas être considérés comme une liste exhaustive; il peut y avoir d'autres facteurs dont les cliniciens devraient tenir compte dans différents contextes de pratique ou lorsqu'ils travaillent avec des patients, des familles, des communautés et des populations en particulier (voir [Travail avec des populations particulières](#)).

Principes de soins

Déterminants sociaux de la santé	Soins axés sur le patient	Soins sensibles aux traumatismes et à la violence	Pratique antiraciste	Sécurité culturelle pour les Autochtones et humilité culturelle
Réduction des méfaits	Soins centrés sur le rétablissement et le mieux-être	Continuum de soins intégré	Gestion globale de la santé	Participation des familles et des cercles sociaux

2.1 Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé peuvent être compris comme « la vaste gamme de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé des personnes et de la population »⁵². En considérant la population dans son ensemble, cela peut être compris comme la quantité et la qualité des ressources qu'une société met à la disposition de tous ses membres, notamment les conditions de vie dans l'enfance, l'accès au revenu, l'éducation et l'alphabétisation, l'alimentation, le logement et l'emploi; les conditions de travail ainsi que les services sociaux et de santé^{52,53}. La répartition de ces ressources a tendance à suivre un gradient social⁵⁴ et est façonnée par des facteurs comme la catégorie socio-économique, le revenu, le sexe, l'identité de genre et la sexualité, le statut d'Autochtone, la race et l'ethnicité, le statut de citoyen et l'invalidité^{53,55}. Ces facteurs sont souvent interreliés et intersectionnels, ce qui signifie que les gens occupent de multiples positions sociales en raison de la nature de leur identité unique. Ces facteurs interagissent les uns avec les autres et ont des répercussions les uns sur les autres⁵⁶. Les personnes qui appartiennent à des groupes marginalisés ou aux catégories socio-économiques les plus basses font face aux obstacles les plus importants à l'accès aux ressources et, par conséquent, obtiennent les résultats les plus médiocres en matière de santé⁵⁵.

La consommation d'alcool, la consommation à risque élevé et les TUA devraient également être considérés dans ce contexte social plus vaste. On observe des taux plus élevés de prévalence de la consommation d'alcool à risque élevé et des TUA chez les personnes qui signalent des expériences néfastes au cours de la petite enfance⁵⁷, un statut socio-économique plus bas⁵⁸, qui vivent dans des quartiers plus pauvres⁵⁹ et qui ont été victimes de discrimination en raison de leur race, de leur origine ethnique, de leur sexualité ou de leur genre⁶⁰.

Les cliniciens, les équipes de soins et le personnel devraient comprendre comment la répartition inégale du pouvoir, des possibilités et des ressources dans la société canadienne influe sur les déterminants sociaux de la santé des individus⁵⁵. Les cliniciens qui fournissent des soins à des personnes, à des groupes et à des communautés à risque de discrimination et de marginalisation au-delà de celles liées à la consommation d'alcool et d'autres substances devraient s'efforcer d'éliminer les obstacles à l'accès aux soins que ces patients peuvent rencontrer.

Financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), EQUIP Health Care fournit plusieurs ressources ainsi que la [Trousse d'action d'EQUIP pour l'équité](#) pour aider les organismes à mettre en œuvre des soins axés sur l'équité. De plus, les cliniciens devraient chercher à éliminer les iniquités qui peuvent exister en lien avec les déterminants sociaux de la santé en aiguillant les patients vers des ressources destinées à répondre à leurs besoins sociaux et de survie (p. ex. logement, alimentation/nutrition, aide financière, emploi).

2.2 Soins axés sur le patient

Les soins axés sur les patients reposent sur un partenariat significatif entre le patient et le fournisseur de soins. Ils prennent en compte les besoins, les valeurs et les préférences uniques de chaque patient. Ils ont pour but d'impliquer et de responsabiliser les patients en tant qu'experts de leurs propres soins, notamment en jouant le rôle d'agent principal de la réduction des méfaits liés à la consommation de substance, en définissant des objectifs de traitement personnalisés réalistes et significatifs et en sélectionnant collaborativement des interventions ou options de traitement qui les aideront au mieux à atteindre leurs objectifs personnels^{61,62}. Les soins axés sur les patients englobent diverses approches qui tentent de tenir compte des déséquilibres de pouvoir et des expériences de marginalisation.

La recherche suggère que l'intégration d'approches axées sur le patient dans la gestion clinique des TUA peut améliorer le suivi des protocoles de soins, la satisfaction à l'égard des traitements et les résultats en matière de santé⁶³. Voici des stratégies pratiques pour intégrer les soins axés sur le patient dans la gestion clinique des TUA ⁶¹:

- Élaborer des plans de traitement en collaboration
- Encourager les patients à établir des objectifs de traitement qui sont significatifs pour eux (et non pas leur imposer des objectifs)
- Tirer parti d'un cadre décisionnel commun pour sélectionner des options de traitement ou des interventions
- Faire preuve d'ouverture et de respect à l'égard de l'autonomie et du choix des patients

Les cliniciens, les équipes de soins et le personnel devraient être conscients de la stigmatisation des personnes atteintes de TUA et travailler activement à la réduire, notamment par la sensibilisation au langage qu'ils utilisent durant les rencontres cliniques et à son potentiel de stigmatiser les personnes qui consomment de l'alcool et d'autres substances. Les cliniciens et le personnel mobilisés dans les soins relatifs à la consommation de substance doivent faire leur possible pour utiliser un langage centré sur la personne ainsi qu'une terminologie médicale actuelle en tout temps (p. ex., « personne vivant avec un trouble de l'usage de l'alcool ») quand ils interagissent avec les clients, les familles, les collègues, d'autres professionnels de la santé et le personnel⁶⁴.

Bien que les patients puissent choisir de se désigner et de parler de leur état de santé en utilisant le langage avec lequel ils sont le plus à l'aise, les cliniciens, d'autres professionnels de la santé et le personnel non clinique devraient également éviter d'utiliser des termes non diagnostiques, stigmatisants ou familiers. (p. ex. « alcoolique », « toxicomane », « abus [d'alcool] ») dans la conversation et lors de la consignation au dossier. Il a été démontré que l'utilisation de tels termes par les fournisseurs de soins de santé est stigmatisant pour certains patients^{65,66} et influence les comportements des cliniciens subséquents lorsqu'ils sont inclus dans un dossier médical⁶⁷. Un lien a été établi entre la stigmatisation, tant vécue que prévue, et la réduction de la probabilité d'avoir accès aux soins et de les suivre⁶⁸⁻⁷⁰, ainsi que l'obtention de soins de moindre qualité⁶⁷. Pour davantage d'information, les cliniciens sont encouragés à lire [Parler de la consommation de substances de manière humaniste, sécuritaire et non stigmatisante](#)⁷¹, une ressource développée par l'Agence de la santé publique du Canada.

2.2.i Flexibilité clinique en réponse aux événements locaux ou mondiaux et réduction des obstacles

Les soins axés sur les patients comprennent l'accès aux services et aux traitements sans obstacles inutiles. Les équipes de soins doivent s'efforcer d'évaluer les besoins d'un patient et sa capacité d'accéder au traitement et encourager l'adoption de solutions peu contraignantes. Les événements survenus au cours des dernières années, notamment la pandémie de COVID-19 et les phénomènes

liés à l'urgence climatique (p. ex. évacuations en raison d'incendies de forêt, avertissements météorologiques pour cause de chaleur extrême, inondations) ont démontré la nécessité et la faisabilité d'une flexibilité clinique qui accorde la priorité à la sécurité des patients et à la continuité des soins. Les soins aux patients devraient être adaptés, au besoin, lors d'urgences et de perturbations locales ou mondiales, afin que ceux-ci puissent continuer d'avoir accès à des traitements vitaux sans mettre leur santé en danger ou faire face à des obstacles déraisonnables. Les exemples d'adaptation peuvent comprendre le passage aux soins virtuels, un transfert simplifié des ordonnances à une nouvelle pharmacie ou la mobilisation d'autres fournisseurs de soins de santé pour appuyer le plan de soins, notamment la gestion des médicaments. Les prescripteurs sont encouragés à consulter un spécialiste local ou provincial s'ils ont besoin d'aide pour adapter les plans de soins en cas d'état d'urgence ou d'autres événements perturbateurs. Les exceptions aux soins cliniques standard doivent être consignées avec une justification, la discussion avec le patient et le consentement de ce dernier.

2.3 Soins sensibles aux traumatismes et à la violence

La recherche a montré que les personnes atteintes de TUA sont plus susceptibles d'avoir subi un traumatisme antérieur ou d'avoir reçu un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT) comparativement à la population générale^{29,72,73}. Par conséquent, ces lignes directrices recommandent fortement aux cliniciens et aux équipes de soins de se familiariser avec les principes de la pratique des soins sensibles aux traumatismes et à la violence et de s'y conformer lorsqu'ils travaillent avec des patients et des familles touchés par la consommation d'alcool, la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA.

L'objectif de la pratique sensible aux traumatismes et à la violence est de créer un environnement sûr et respectueux qui limite le risque de nouveaux traumatismes et méfaits pour les patients⁷⁴. Une adoption constante et universelle des approches sensibles aux traumatismes et à la violence dans tous les aspects de la pratique clinique contribue à créer un cadre de soutien pour tous les patients et leurs familles, qu'ils aient ou non vécu un traumatisme ou de la violence dans leur vie⁷⁵. Les principes clés de la pratique sensible aux traumatismes et à la violence sont la sensibilisation aux traumatismes, la sécurité et la confiance, le choix, la

collaboration et la connexion, ainsi que les approches fondées sur les forces et le renforcement des compétences⁷⁴.

Bien qu'une approche universelle de la pratique sensible aux traumatismes et à la violence soit recommandée, il est reconnu que certaines populations de patients sont plus susceptibles d'avoir subi des traumatismes et de la violence que d'autres. Par exemple, les Autochtones, les femmes et les populations 2S/LGBTQ+ sont plus susceptibles d'avoir subi des traumatismes et de la violence en raison du racisme, de la discrimination et de l'inégalité sociale que les autres populations de patients^{76,77}.

Il est important de noter que la divulgation de la violence et des traumatismes n'est pas l'objectif de la pratique sensible aux traumatismes et à la violence; les fournisseurs de soins de santé n'ont pas nécessairement besoin de connaître les expériences passées d'une personne pour offrir un soutien approprié. De plus, les soins sensibles aux traumatismes et à la violence ne visent pas à traiter les traumatismes. Les cliniciens doivent connaître les services de gestion de crise et les services spécialisés de traitement et de soutien dans leur collectivité pour les personnes qui ont vécu un traumatisme, et fournir de l'information et des aiguillages aux patients, au besoin.

Ressources concernant les soins sensibles aux traumatismes et à la violence

Trousse [New Terrain](#) du BC Centre of Excellence in Women's Health [en anglais seulement]⁷⁸

[Le projet VEGA \(Violence, Éléments factuels, Guidance, Action\)](#) a mené à la création de ressources éducatives et de lignes directrices pancanadiennes fondées sur des données probantes afin d'aider à reconnaître la violence familiale et à y répondre.

[The Trauma-Informed Toolkit](#)⁷⁹ du Manitoba Trauma Information and Education Centre [en anglais seulement]

[Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services](#)⁸⁰ de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) [en anglais seulement]

[Trauma- and Violence-Informed Care Tool](#) de EQUIP Health Care pour les organisations et les fournisseurs de soins de santé, [Trauma- and Violence-Informed Care Workshop](#) et [Trauma- and Violence-Informed Care Curriculum](#) auto-dirigés [en anglais seulement] pour des conseils pratiques sur la façon de fournir des soins tenant compte des traumatismes et de la violence

[Decolonizing Trauma Work: Indigenous Stories and Strategies](#) de Renee Linklater explore la guérison et le bien-être dans les communautés autochtones de l'île de la Tortue.

2.4 Pratique antiraciste

La discrimination raciale et ethnique a été associée de manière significative à un risque plus élevé de résultats négatifs en matière d'alcool dans les communautés racisées⁸²⁻⁸⁵. Par exemple, une revue systématique de 2016 (N = 97, principalement axées sur des participants afro-américains) a constaté que la discrimination raciale était associée à un risque plus élevé de consommation excessive d'alcool et de TUA⁸⁵. En outre, l'analyse d'une enquête nationale aux États-Unis en 2020 (n = 17 115) examinant la corrélation entre la discrimination raciale et la gravité des TUA a révélé que, par rapport à celles qui ne subissaient pas de discrimination, les personnes victimes de discrimination avaient 1,5 fois plus de risques de souffrir de TUA légers, 1,6 fois plus de risques de souffrir de TUA modérés et 2,3 fois plus de risques de souffrir de TUA graves en se basant sur les critères du DSM-5⁸⁴. En se référant à la littérature qui cerne la discrimination comme un facteur de stress, les auteurs supposent que les participants consomment de l'alcool afin de supporter les effets du racisme interpersonnel et systémique^{84,85}. La recherche a également montré que les membres des communautés racisées font face à davantage d'obstacles dans l'accès aux traitements, présentent un plus faible maintien et une moins bonne satisfaction que leurs homologues blancs, en raison de la discrimination vécue au sein du système de santé^{82,83}.

La mise en place d'un cadre antiraciste dans les soins relatifs à la consommation de substance peut contribuer à améliorer la participation aux soins et les résultats en matière de santé pour les clients racisés et les autres populations marginalisées⁸⁶. Par définition, l'antiracisme est un processus consistant à attaquer et à remettre en question les structures racistes qui persistent au sein des institutions socioculturelles actuelles, notamment du système de santé^{86,87}. Les pratiques antiracistes nécessitent que les individus prennent conscience de leur propre position et rôle au sein de ces systèmes en contestant activement les normes, politiques et pratiques qui marginalisent les membres racisés de la société^{86,87}.

Voici quelques exemples de politiques inclusives et antiracistes ainsi que de considérations en matière de développement de programme⁸⁸⁻⁹⁰ :

- Consulter avant la mise en œuvre les membres des communautés racisées et d'ethnies^e diverses concernées par le programme.
- Mettre la priorité sur l'équité et la diversité raciales et ethniques dans les pratiques d'embauche et de maintien en poste des employés.
- Donner une formation antiracisme à tout le personnel.
- Établir des partenariats avec les organisations communautaires qui soutiennent les membres des communautés racisées.
- Adapter les plans et les approches de traitement à des groupes culturels et raciaux précis.

Voici des exemples d'éléments de service quotidiens qui peuvent soutenir les membres des communautés racisées^{88,91} :

- Fournir des services d'interprétation et de traduction aux clients dont la langue constitue un obstacle pour une participation équitable au programme.
- S'assurer que les documents destinés au client sont écrits dans sa langue et avec un niveau de lecture suffisamment accessible.
- Intégrer un volet de proximité important, car les personnes qui ne connaissent pas encore le Canada, une province ou un territoire donné, peuvent ne pas être informées des types de services de soutien relatifs à la consommation de substance disponibles ou des manières d'y avoir recours.
- Fournir l'espace et les autres nécessités pour les pratiques religieuses ou culturelles.
- Établir une procédure confidentielle, clairement définie et expliquée pour que les clients et employés puissent signaler en toute sécurité les discriminations raciales.

e La race est un concept social utilisé pour catégoriser des groupes de personnes en fonction de caractéristiques physiques comme le teint de la peau, la texture des cheveux et les traits faciaux. L'ethnicité désigne un groupe de personnes qui partagent des expériences culturelles plus vastes comme la langue, les coutumes, la nourriture, la nation et la religion.

2.5 Sécurité culturelle pour les Autochtones et humilité culturelle

Des preuves abondantes ont montré que le colonialisme historique et actuel nuit à la santé et au bien-être des Autochtones du pays colonial nommé Canada. Des décennies de politiques fédérales visant uniquement à éradiquer les identités, les familles, les communautés, la culture et les modes de vie traditionnels autochtones (c.-à-d. le génocide) ont entraîné des traumatismes multigénérationnels, du racisme et de la discrimination⁹²⁻⁹⁴. Ces facteurs se manifestent comme un risque global accru de morbidité et de mortalité prématurées chez les Autochtones du Canada par rapport aux non-Autochtones du Canada⁹⁵⁻⁹⁷. Les données épidémiologiques qui montrent des taux de prévalence plus élevés de la consommation de substances à risque élevé, des troubles de l'usage de substances et des méfaits liés aux substances chez les Autochtones^{95,98} doivent être interprétées dans ce contexte plus large. Plus spécifiquement, il convient de souligner que les Autochtones ne sont pas par nature, que ce soit au niveau de leur bagage génétique ou de leur identité culturelle, une population à « risque élevé »; c'est plutôt l'approche d'effacement, de déplacement et d'assimilation des Autochtones menée par l'État colonial qui a induit des iniquités sociales et en matière de santé significatives et qui a créé des conditions dans lesquelles certaines personnes consomment de l'alcool et d'autres substances pour y faire face^{69,70}. Le racisme et la stigmatisation des Autochtones, notamment en ce qui concerne la consommation d'alcool et d'autres substances⁷¹⁻⁷³, persistent au sein de la société canadienne et du système de santé, ce qui dissuade cette population de rechercher des soins et de rester impliquée dans ces soins⁷⁴⁻⁷⁶.

Si l'on veut que le système de soins de santé traditionnel du Canada soit efficace dans la lutte contre les iniquités en santé et les inégalités sociales vécues par les Autochtones, les fournisseurs de soins de santé doivent s'engager de façon significative à fournir des soins culturellement sécuritaires et adaptés⁹⁹. La sécurité culturelle des Autochtones est une approche qui va au-delà du concept de sensibilité culturelle^f pour tenir compte de la façon dont les contextes sociaux et historiques, la discrimination institutionnelle, les déséquilibres du pouvoir structurel

f La sensibilité culturelle respecte les différences culturelles et consiste à communiquer et à se comporter d'une manière qui est considérée comme polie et respectueuse par la personne de l'autre culture¹⁰⁰.

et interpersonnel, et la colonisation passée, actuelle et permanente façonnent les expériences en matière de santé et de soins de santé des Autochtones. La sécurité culturelle est définie par ceux qui reçoivent les soins, et non par ceux qui les prodiguent¹⁰¹. Elle exige que les fournisseurs de soins de santé connaissent le colonialisme passé et actuel et les racines des traumatismes historiques, continus et multigénérationnels des Autochtones, et qu'ils pratiquent l'humilité culturelle, c'est-à-dire qu'ils s'auto-évaluent continuellement concernant les préjugés personnels et conscients de leur position de pouvoir et des effets que cette dynamique de pouvoir peut avoir sur les Autochtones dans les milieux de soins de santé¹⁰⁰.

Des approches et des ententes particulières ont été considérées nécessaires pour fournir des soins culturellement sécuritaires et appropriés aux Autochtones^{100,102}, notamment :

- Comprendre l'importance de l'histoire locale et les répercussions durables et multigénérationnelles de la colonisation et du système des pensionnats.
- Examiner, comprendre et reconnaître comment les propres valeurs des fournisseurs de soins de santé, notamment les points de vue potentiellement moralistes sur la consommation d'alcool et d'autres substances, influent sur l'environnement des soins de santé et les rencontres avec les professionnels de la santé.
- Comprendre l'incidence des déséquilibres de pouvoir attribuables aux différences d'éducation, de statut social et aux chocs de classe sociale avec les fournisseurs de soins de santé.
- Comprendre la santé comme un tout englobant le bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel.
- Comprendre les répercussions des disparités dans les déterminants sociaux de la santé.
- Respecter les connaissances, les traditions, les croyances traditionnelles et les pratiques de guérison autochtones locales.
- Reconnaître et respecter les différences de styles de communication, qui peuvent être influencées par les déséquilibres de pouvoir ainsi que par les comportements propres à chaque culture^g

g Par exemple, un moins grand contact visuel, de longs silences et le fait de ne pas répondre à des questions directes ou de répondre par une histoire ou une réponse narrative longue peuvent être la norme pour certains Autochtones comparativement aux populations non autochtones.

- Comprendre que des communautés entières peuvent être touchées par ce qui arrive à un de leurs membres, que l'unité familiale peut être une grande famille élargie et que des expériences d'hostilité dans le cadre des soins de santé peuvent influencer les attitudes de recherche de soins de santé pour des communautés entières.
- Comprendre que les pratiques de guérison culturelle peuvent exiger que les familles participent aux soins des clients.
- Aborder les relations avec les patients avec une curiosité respectueuse.
- Remettre en question ses suppositions personnelles, faire preuve de souplesse et être ouvert à changer la façon dont les choses se font couramment.
- Reconnaître le besoin d'un traducteur pour les personnes dont la langue maternelle n'est pas le français et y répondre.

Comme point de départ, ce document recommande fortement que tous les professionnels de la santé et le personnel suivent une formation sur la sécurité culturelle des Autochtones.

Afin d'améliorer leur capacité à établir des partenariats sûrs et positifs avec les clients et les familles autochtones, les équipes de soins et le personnel sont également encouragés à se familiariser avec les [Rapports de la Commission de vérité et réconciliation](#), notamment les [Appels à l'action](#), qui mettent en avant les actions nécessaires pour remédier à l'héritage du colonialisme dans un éventail de domaines, dont les soins de santé.

Programmes de formation en sécurité culturelle des Autochtones

La [National Indigenous Cultural Safety Collaborative Learning Series](#) [en anglais seulement]

Le [Ontario Indigenous Cultural Safety Program](#) [en anglais seulement]

Les [Cultural Competency Modules](#) du programme du Nunavut [en anglais seulement]

La [Saskatoon Health Region Cultural Competency & Cultural Safety Tool Kit](#) [en anglais seulement]

La [Manitoba Indigenous Cultural Safety Training](#) [en anglais seulement]

Le [San'yas Indigenous Cultural Safety Training](#) Program [en anglais seulement] proposé par le Aboriginal Health Program de la Provincial Health Services Authority (PHSA en C.-B.)

La [Cultural Safety and Cultural Humility Webinar Action Series](#) [en anglais seulement] de la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) et du BC Patient Safety & Quality Council.

Les cours en ligne de [Reconciliation Education](#)

Un cours en ligne intitulé [New Respect Indigenous Cultural Safety](#) [en anglais seulement] présenté par Public Health Training for Equitable Systems Change (PHESC)

Un cours en ligne, gratuit et complet en 12 modules intitulé [Indigenous Canada](#) [en anglais seulement] proposé par la University of Alberta Faculty of Native Studies, qui est conçu pour familiariser les apprenants avec les problèmes liés aux relations autochtones-colons dans l'ensemble du Canada de nos jours tout en découvrant les histoires, cultures et points de vue autochtones

2.6 Réduction des méfaits

La réduction des méfaits a été définie comme « les politiques, programmes et pratiques qui visent à minimiser les répercussions sociales, juridiques et sur la santé négatives de la consommation de drogue, des politiques et des lois relatives à la drogue. La réduction des méfaits [...] met l'accent sur le changement positif et sur le travail avec les gens sans porter de jugement, sans coercition, sans discrimination ou sans exiger qu'ils cessent de consommer des drogues comme condition préalable au soutien »¹⁰³. Bien que le plus souvent associées à la consommation de substances illicites (non médicales ou non réglementées), les approches de réduction des méfaits peuvent également être appliquées à tout comportement qui augmente le risque de conséquences néfastes pour la santé, la société ou juridiques pour une personne, y compris la consommation d'alcool¹⁰⁴.

À la base, une approche de réduction des méfaits de la consommation d'alcool appuie toutes les mesures prises par les patients pour améliorer leur santé et leur bien-être, et vise à rencontrer les patients « où ils en sont » sur le plan de l'intérêt et de la capacité à changer leur consommation d'alcool¹⁰⁴. Bien qu'il soit entendu que la seule façon d'éviter complètement toutes les conséquences

négatives associées à la consommation d'alcool est l'abstinence, il est également reconnu que ce ne sont pas tous les patients qui sont en mesure ou qui ont pour objectif de cesser ou de réduire considérablement leur consommation d'alcool¹⁰⁴. Ainsi, la réduction des méfaits implique une confiance mutuelle. Elle exige que le fournisseur de soins mette de côté ses préjugés et permette aux personnes marginalisées d'exprimer leurs propres principes sur le sens de la vie qu'elles veulent mener. Plus important encore, cela signifie que le patient peut avoir confiance en le fait que son équipe de soins ne l'abandonnera pas, même s'il prend des décisions contraires aux directives de l'équipe.

Lorsqu'un patient manifeste de l'intérêt pour la réduction de sa consommation d'alcool ou des méfaits liés à l'alcool plutôt que pour l'abstinence, les cliniciens peuvent promouvoir des stratégies visant à réduire au minimum les méfaits liés à l'alcool plutôt que de présenter l'abstinence comme le seul résultat souhaitable du traitement (voir [Établissement d'objectifs de traitement axés sur le patient](#)).

Les stratégies de réduction des méfaits pourraient comprendre ce qui suit :

- Promotion de stratégies de consommation d'alcool plus sécuritaires (p. ex. réduction de la consommation d'alcool – nombre de jours de consommation total ou par semaine, évitement de l'alcool au volant, réduction de la consommation d'alcool autre que l'alcool destiné à la consommation).
- Optimiser l'engagement et le suivi des soins.
- Mettre les patients en contact avec des ressources pour s'attaquer aux iniquités dans les déterminants sociaux de la santé (p. ex. logement, services juridiques, aide financière, programmes d'emploi)¹⁰⁵⁻¹⁰⁸.

Pour certains patients, une réduction de la consommation d'alcool peut entraîner des améliorations cliniquement significatives de la santé et de la qualité de vie¹⁰⁹⁻¹¹¹, tandis que pour d'autres, les objectifs du traitement peuvent changer, passant de la réduction de la consommation d'alcool à l'abstinence au fil du temps en maintenant un engagement continu dans le programme de soins¹⁰⁸. Les présentes lignes directrices reconnaissent également la quantité croissante de données probantes à l'appui des programmes de gestion de l'alcool comme approche de réduction des méfaits pour les personnes souffrant de TUA graves (voir [Programmes de gestion de l'alcool](#)).

2.6.i Réduction des méfaits pour les Autochtones

Une approche autochtone de la réduction des méfaits prend en compte les iniquités sociales et systémiques qui influent sur la consommation d'alcool et ses méfaits chez les personnes autochtones. Pour ce faire, les fournisseurs de soins doivent s'engager personnellement à faire face aux réalités du racisme structurel et à ses répercussions sur leurs patients au niveau individuel, ainsi qu'à réfléchir de façon critique à leurs propres préjugés, sans oublier de travailler à les éliminer. De plus, les cliniciens devraient chercher à travailler en partenariat avec leurs patients, en comprenant que le système de santé a été un lieu de préjudice important pour de nombreux Autochtones et en s'efforçant d'atténuer la dynamique du pouvoir entre le fournisseur et la personne qui reçoit des soins. Les pratiques autochtones de réduction des méfaits sont imprégnées de connaissances, de valeurs et de concepts autochtones de bien-être global et relationnel, et ne sont pas axées sur les comportements de consommation d'alcool des personnes.

Caractéristiques de la réduction des méfaits pour les Autochtones

Décolonisation – va au-delà de la remise en question des comportements individuels et interroge les structures et les systèmes néo-coloniaux qui façonnent et limitent la vie des Autochtones en centrant le pouvoir et le contrôle dans les endroits où il a été systématiquement éliminé. Dans le contexte des soins liés à la toxicomanie, il s'agit de fournir des services communautaires, dirigés par des pairs, sensibles aux traumatismes et à la violence ainsi que culturellement sécuritaires.

Autochtonisation – soutenir les programmes et politiques ancrés dans les connaissances autochtones et intégrer les enseignements, les traditions, les cérémonies et les langues autochtones locaux dans les programmes destinés aux clients autochtones

Holistique et globale – créer les conditions dans lesquelles les Autochtones peuvent être en bonne santé mentale, physique, émotionnelle et spirituelle en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé, notamment le logement, l'éducation, les pratiques culturelles et d'autres soutiens psychosociaux

Inclusive – s'opposer de manière active aux « hiérarchies de valeur » imposées par les structures de valeurs coloniales. Ceci implique des soins respectueux sans jugement quels que soient l'âge, le sexe, la sexualité, le niveau d'alphabétisation, le statut socio-économique, les antécédents criminels, les croyances spirituelles et les comportements liés à la consommation d'alcool et d'autres substances

Innovante et fondée sur les données probantes – associer ce qu'il y a de mieux dans les approches autochtones et traditionnelles pour obtenir des soins efficaces et ancrés dans la culture

Du [Canadian Aboriginal AIDS Network](#)¹¹²

Pour plus d'informations, consulter [La réduction autochtone des méfaits = Réduire les méfaits du colonialisme](#) développé par la Coalition interagence sida et développement (CISD). En outre, la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) de C.-B. a développé un feuillet d'information nommé [Indigenous Harm Reduction Principles and Practices](#) [en anglais seulement] qui peut être utile.

2.7 Soins centrés sur le rétablissement et le mieux-être défini par le patient lui-même

Le continuum de soins des TUA comprend la planification des soins et des services centrés sur le rétablissement et le mieux-être défini par le patient lui-même. Ces lignes directrices suggèrent l'adoption de la [Working Definition of Recovery \(définition pratique du rétablissement, en anglais seulement\)](#) de la SAMHSA des États-Unis, comme cadre général et dans le but d'élaborer des plans de traitement de rétablissement et de mieux-être centrés sur les patients : « un processus de changement grâce auquel les personnes améliorent leur santé et leur bien-être, vivent une vie autonome et s'emploient à déployer tout leur potentiel »¹¹³.

Les personnes qui recherchent le rétablissement et le mieux-être ont besoin de compréhension, de soutien et d'aiguillage vers les services appropriés pour atteindre leurs objectifs, qui peuvent comprendre l'abstinence pour certains patients, tandis que pour d'autres, il peut s'agir de réduction de la consommation ou d'une utilisation plus sécuritaire. Dans certains cas, les objectifs établis par les patients peuvent ne pas être directement liés à la consommation d'alcool. Il pourrait s'agir d'amélioration de la santé et du bien-être, de disposer d'un endroit sûr et stable où vivre, de la recherche d'un but par le bénévolat, l'éducation ou le travail; du renforcement des relations avec la famille et les amis, ou de l'établissement de réseaux de soutien social¹¹³. La reconnaissance et la validation de la façon dont les personnes choisissent de définir leur rétablissement et leur mieux-être constituent une composante importante de ces soins. Les soins centrés sur le rétablissement et le mieux-être visent à respecter les choix, l'autonomie, la dignité et l'autodétermination des personnes dans la définition de leurs objectifs et de leur cheminement personnels de rétablissement¹¹⁴. Il existe de multiples voies vers le rétablissement, et le cheminement peut être plus important que la destination. Les soins centrés sur le rétablissement et le mieux-être définis par le patient lui-même mettent l'accent sur des approches holistiques, axées sur le client et sur les forces, et peuvent englober un éventail de stratégies axées sur l'abstinence et sur la réduction des méfaits¹¹⁴.

Il existe divers services axés sur le rétablissement qui peuvent fournir des soins, du soutien et des conseils supplémentaires aux personnes et aux familles touchées par les TUA d'une manière complémentaire aux approches de gestion clinique

offertes en soins primaires. Ces lignes directrices soulignent l'importance d'établir des réseaux d'aiguillage fonctionnels et de simplifier les voies de communication entre ces deux secteurs dans le cadre d'une stratégie plus vaste visant à établir un continuum intégré de soins de la toxicomanie dans chaque province et territoire du Canada.

2.8 Continuum de soins intégré

Les troubles de l'usage de l'alcool sont considérés comme potentiellement chroniques et récurrents. Cela souligne l'importance d'utiliser une approche de continuum de soins, qui comprend le counseling pour la réduction des risques, des pharmacothérapies fondées sur des données probantes, des interventions et des traitements psychosociaux, des services adaptés à la culture et des services de soutien axés sur le rétablissement et le mieux-être. Les personnes atteintes de TUA peuvent avoir accès à de multiples approches d'intensité variable dans le cadre de ce continuum de soins afin de réduire les méfaits, d'améliorer la santé et la qualité de vie et de soutenir le rétablissement à long terme et le bien-être défini par le patient lui-même.

Ces lignes directrices appuient l'utilisation de soins progressifs et d'une approche intégrée, dans le cadre desquels les options de traitement sont continuellement ajustées pour répondre aux besoins, à l'état et aux objectifs évolutifs des patients. Le rétablissement de TUA modérés à graves est rarement un processus linéaire. Une approche progressive des soins peut comprendre l'intensification du traitement, des transitions entre différentes options de traitement et des stratégies pour réduire l'intensification du traitement à la discrétion du patient. Les patients peuvent choisir de reprendre la pharmacothérapie, le traitement psychosocial ou le soutien axé sur le rétablissement en tout temps si leurs besoins, leurs objectifs ou leur situation changent.

Les fournisseurs de soins primaires et les équipes de soins doivent veiller à ce que les patients souffrant de TUA et leur famille connaissent toute la gamme de programmes et de services communautaires et, le cas échéant, de programmes menés par des spécialistes qui sont à leur disposition. Ils doivent également évaluer régulièrement l'intérêt ou la disposition des patients à accéder à ces

services. Pour appuyer la continuité des soins et les transitions au sein du continuum, les fournisseurs de soins primaires et les équipes de soins devraient établir des voies d'aiguillage entièrement fonctionnelles. Les cliniciens doivent expliquer clairement aux patients la raison de tout aiguillage et offrir un soutien supplémentaire pour assurer la réussite de la recommandation. Cela peut être particulièrement important pour les patients qui ont des besoins sociaux et de santé plus complexes. On encourage fortement l'établissement de protocoles de communication et de transmission d'information, avec le consentement du patient, entre l'équipe de soins primaires et les partenaires d'aiguillage.

2.8.i Modèle de soins longitudinaux

Traditionnellement, les approches des soins et de la prise en charge des TUA ont mis l'accent sur les traitements à court terme et à haute intensité; par exemple, en aiguillant les patients vers des programmes de prise en charge du sevrage ou de traitement en milieu hospitalier sans plan de soins continus après le congé ou la fin du programme. Au cours des dernières années, on a reconnu de plus en plus que les soins longitudinaux, c'est-à-dire les efforts proactifs déployés pour poursuivre les soins après la phase de traitement actif, permettent aux patients de conserver des réalisations positives dans l'attente de l'atteinte de leurs objectifs de traitement. Il a été démontré que les soins longitudinaux continus améliorent les résultats pour d'autres problèmes de santé chroniques (p. ex. diabète, hypertension, maladies cardiaques), mais qu'ils ne sont pas couramment utilisés dans la gestion des troubles de l'usage de substances¹¹⁵. Une relation thérapeutique préexistante (ou le développement d'une relation thérapeutique au fil du temps) peut améliorer l'engagement et le suivi à long terme des soins¹¹⁶. Une relation établie éclairée par la confiance et le respect est essentielle pour mobiliser les personnes qui ont vécu un traumatisme, qui représentent une proportion importante des personnes souffrant de TUA.

2.9 Gestion globale de la santé

Comme c'est le cas pour toute affection médicale complexe ou chronique, tous les cliniciens et toutes les équipes de soins primaires devraient fournir une prise

en charge complète de la santé aux patients atteints de TUA. Par définition, cela comprend notamment la prestation de soutien et de conseils sans jugement; l'évaluation de la motivation et la détermination des obstacles au changement; l'élaboration et l'examen régulier d'un plan de traitement et de mieux-être avec le patient; l'acquisition et le renforcement des compétences de gestion du stress; l'aiguillage vers des soins médicaux spécialisés, du soutien au rétablissement et des services sociaux, au besoin¹¹⁷.

La prise en charge des TUA en soins primaires permet également la prestation de soins plus complets, ce qui peut comprendre notamment le dépistage et la prise en charge clinique de la consommation concomitante de substances et de troubles de santé mentale, de comorbidités médicales et de séquelles liées à l'alcool (p. ex. maladie hépatique, troubles gastro-intestinaux, maladie cardiovasculaire, démence), des soins de santé préventifs (p. ex. vaccination, dépistage général), des services de santé sexuelle et génésique (p. ex. dépistage des infections transmises sexuellement, counseling contraceptif, planification familiale), la prise en charge des maladies chroniques (p. ex. arthrite, diabète, maladies cardiovasculaires) et l'aiguillage vers des soins spécialisés.

2.10 Participation des familles et des cercles sociaux aux soins

Ces lignes directrices utilisent le terme « famille » pour englober toutes les relations importantes pour le patient, qui peuvent comprendre des partenaires amoureux, des amis proches et d'autres personnes importantes qui peuvent ou non être légalement reconnues comme membres de la famille. Les membres de la famille peuvent jouer un rôle important en tant que partenaires de soins d'un patient, et les présentes lignes directrices recommandent l'inclusion des membres de la famille dans les processus décisionnels et les soins à tous les niveaux, lorsque les patients et leurs équipes de soins le jugent approprié. La recherche a démontré que les familles peuvent jouer un rôle central dans l'amélioration des résultats du traitement et le maintien des avantages associés chez les jeunes et les adultes souffrant de TUA en offrant un soutien et une structure supplémentaires ainsi qu'en favorisant la résilience¹¹⁸⁻¹²¹. Si un patient détermine que la participation de sa famille constituerait un élément positif de son plan de traitement, les cliniciens

sont encouragés à éduquer les membres de sa famille au sujet des options et des ressources de traitement disponibles et à fournir le plus de renseignements précis possible, dans les limites des exigences en matière de confidentialité.

Comme pour tous les soins médicaux, les exigences en matière de confidentialité doivent être respectées lors du traitement de personnes souffrant de TUA. Cela comprend le respect de la confidentialité des renseignements par rapport aux membres de la famille, à moins que les patients n'aient consenti à ce que leurs renseignements médicaux soient communiqués à leur famille¹²². Les fournisseurs de soins de santé devraient éviter de faire des suppositions au sujet des renseignements personnels et demander régulièrement aux patients s'ils préfèrent inclure des membres de leur famille ou des amis comme partenaires de soutien dans leurs soins. Si des aspects des soins sont gardés confidentiels par rapport aux membres de la famille, il est nécessaire de discuter des défis et des aspects purement pratiques connexes avec le patient. Bien que les renseignements sur une personne ne puissent pas être communiqués aux membres de la famille sans le consentement du patient, les membres de la famille peuvent transmettre des renseignements pertinents aux fournisseurs de soins de santé sans violer la vie privée ou la confidentialité du patient, bien que le membre de la famille devrait être informé que ces renseignements pourraient devoir être communiqués au patient. Un clinicien peut aussi offrir de l'éducation et du soutien à une famille sans divulguer de renseignements sur une personne.

Il est important de noter que, dans certains cas, la participation de la famille peut ne pas être dans l'intérêt du patient. Des facteurs comme la consommation de substances par le partenaire ou les parents, la violence familiale ou les relations familiales dysfonctionnelles peuvent constituer des obstacles à l'engagement et au suivi du traitement, ainsi qu'au rétablissement à long terme¹¹⁸⁻¹²¹. La participation des membres de la famille ne devrait pas remplacer des soins médicaux adéquats. Bien que les familles jouent souvent des rôles importants en matière de prestation de soins, elles reçoivent habituellement une formation et orientation faibles voire nulles et peuvent manquer d'information au sujet des TUA et du traitement¹²³. Les patients, à condition qu'ils soient des décideurs compétents, devraient avoir le plein pouvoir discrétionnaire de décider s'ils souhaitent inclure des membres de leur famille dans leurs soins et, s'ils choisissent de ne pas faire participer des membres de leur famille, cette décision devrait être respectée.

Dans le cas des jeunes (âgés de 11 à 25 ans), la participation des parents au traitement devrait être activement encouragée, s'il y a lieu, mais n'est pas requise et dépend de la préférence du patient. Les membres de la famille et les aidants naturels devraient recevoir une formation et de l'information suffisantes sur la consommation d'alcool et les TUA. Dans la mesure du possible, il faut tenir compte des antécédents familiaux pour déterminer les problèmes de santé mentale ou de toxicomanie qui doivent être traités dans la famille du jeune, en reconnaissant que ces problèmes peuvent influencer la consommation d'alcool du jeune par mimétisme, ce qui crée des facteurs de stress pour le jeune ou réduit la capacité du membre de la famille à offrir du soutien au jeune souffrant de TUA. Il convient également de souligner que, comme les adultes, ce ne sont pas tous les jeunes qui ont des relations saines ou positives avec les membres de leur famille. Les décisions de faire participer les membres de la famille aux soins doivent être guidées par les souhaits du patient et une bonne compréhension de la dynamique familiale.

Peu importe leur niveau de participation aux soins d'un patient, les membres de la famille et les soignants ont souvent besoin de soutien pour leur propre santé et bien-être. Il existe plusieurs ressources pour les membres de la famille touchés par l'alcool et les TUA, notamment les [groupes familiaux Al-Anon et Alateen](#), [SMART Recovery for Family and Friends](#) et [Families for Addiction Recovery](#). Les membres de la famille peuvent également être aiguillés vers des services et des soutiens communautaires et dirigés par des spécialistes externes. Les cliniciens doivent garder à l'esprit les préoccupations que les patients peuvent avoir au sujet de la vie privée, de la confidentialité ou des conflits d'intérêts perçus si eux et les membres de leur famille sont aiguillés vers les mêmes programmes communautaires ou dirigés par le même spécialiste. [L'Association canadienne de protection médicale](#) donne des conseils aux médecins sur diverses questions médico-légales, notamment la confidentialité et la participation des membres de la famille aux soins.

3 Dépistage, diagnostic et intervention brève

Le dépistage, le diagnostic et l'intervention brève constituent le point de départ du périple qu'est le traitement des TUA. Le dépistage identifie les personnes qui consomment de l'alcool à des niveaux de risque élevés et devraient faire l'objet d'une entrevue de diagnostic des TUA. Le diagnostic permet de déterminer objectivement l'existence d'une consommation d'alcool à risque élevé et la présence de TUA légers, modérés et graves afin de permettre une intervention précoce et le lien avec les soins. L'intervention brève appuie un changement de comportement destiné à réduire ou cesser la consommation d'alcool au moyen de séances de counseling brèves et d'une durée limitée basées sur des entrevues motivationnelles. Une intervention brève devrait être offerte en même temps que d'autres interventions psychosociales et pharmacologiques pour les personnes ayant reçu un diagnostic de TUA.

Les fournisseurs de soins de santé et les exploitants de services sont encouragés à élaborer des cheminements et des processus cliniques qui appuient le dépistage et l'intervention précoce pour les personnes qui satisfont aux critères de consommation d'alcool supérieure aux limites de faible risque, ainsi qu'un plan pour les suivis diagnostiques requis et des traitements pour les personnes ayant reçu un diagnostic de TUA.

3.1 Formation sur le continuum des risques liés à l'alcool pour les patients

Les présentes lignes directrices appuient l'adoption et l'utilisation des [Repères canadiens sur l'alcool et la santé](#)⁸ comme ressource éducative et outil de discussion dans la pratique des soins primaires. Les *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* ont été publiés en 2023 en tant que mise à jour des *Directives de consommation d'alcool à faible risque* du Canada¹²⁴ publiées en 2011 grâce à de nouvelles données probantes sur la morbidité, la mortalité et les méfaits sociaux liés à l'alcool. Le document d'orientation introduit des changements importants aux seuils de consommation d'alcool à faible et à haut risque et supprime les distinctions selon l'âge et le sexe.

La recherche sur les *Directives de consommation d'alcool à faible risque* montre que le public était peu sensibilisé à ces directives et qu'il n'en avait que des connaissances fractionnaires. Plusieurs enquêtes provinciales et nationales menées auprès du grand public ont révélé que moins de 20 % des répondants savaient que les *Directives de consommation d'alcool à faible risque* du Canada existaient, et qu'un encore moins grand nombre d'entre eux était en mesure de déterminer correctement la taille standard des boissons ou de se souvenir des limites propres à l'âge et au sexe de consommation d'alcool à faible risque¹²⁵⁻¹²⁹. Bien que certaines études suggèrent que les campagnes médiatiques de masse visant à accroître la connaissance des lignes directrices nationales sur la consommation d'alcool à faible risque puissent mener à des réductions à court terme de la consommation d'alcool^{130,131}, d'autres ont constaté que, sans contexte personnalisé, certaines personnes peuvent percevoir les lignes directrices sur la consommation d'alcool à faible risque comme non réalistes ou pertinentes en ce qui les concerne, surtout lorsqu'ils boivent au-delà des limites de faible risque^{125,132}.

Les fournisseurs de soins primaires peuvent jouer un rôle important dans la promotion de la sensibilisation au continuum des risques liés à l'alcool en fournissant aux patients de l'information et de l'éducation au sujet des *Repères canadiens sur l'alcool et la santé*, en plus de travailler avec les patients pour comprendre dans quelle zone de risque leur consommation d'alcool les place et les répercussions sur leur santé et leur vie quotidienne. L'éducation sur les risques de l'alcool peut encourager les gens à adopter des comportements plus sains et plus sécuritaires (c.-à-d. à revenir à une consommation d'alcool à faible risque dans le cadre de ce continuum).

Les cliniciens ne doivent pas oublier que certains patients peuvent se sentir stigmatisés lorsqu'on leur pose des questions sur la consommation d'alcool ou peuvent considérer ces questions comme culturellement taboues, surtout en l'absence d'une relation préexistante et d'une justification claire aux questions. Le fait de présenter le sujet de façon générale et dans le cadre d'une conversation peut contribuer à établir un lien et à aider le patient à s'exprimer au sujet de sa consommation personnelle au cours des étapes suivantes du dépistage et du cheminement de l'intervention. Le fait d'obtenir le consentement du patient et de

fournir un contexte avant de poser des questions de dépistage peut favoriser la confiance et le confort. Par exemple :

« Je discute habituellement des effets de l'alcool sur la santé avec tous mes patients. Est-ce qu'il serait acceptable que nous en parlions maintenant? »

Si le patient est ouvert à la discussion, poser des questions exploratoires ouvertes sur la consommation d'alcool peut permettre des conversations respectueuses et productives.

Exemples :

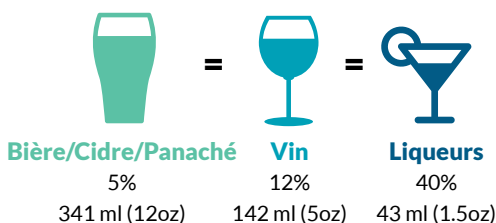
« Comment l'alcool s'intègre-t-il dans votre vie? »

« Quel genre de relation entretenez-vous avec l'alcool? »

Les cliniciens peuvent évaluer l'intérêt du patient à en apprendre davantage sur les effets de l'alcool et les niveaux de risque, puis décider si une discussion subséquente serait appropriée et bénéfique. D'autres conseils et exemples pour amorcer ces conversations se trouvent dans l'[A2.1 Avant le dépistage : amorcer la conversation \(étape 1\)](#).

3.1.i Aperçu des Repères canadiens sur l'alcool et la santé

Au Canada, une boisson standard contient 17,05 ml ou 13,45 g d'alcool pur



Les *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* fournissent aux Canadiens des renseignements exacts et à jour sur les risques et les méfaits associés à la consommation d'alcool. L'orientation vise à aider les gens à prendre des décisions éclairées au sujet de leur consommation d'alcool.

Les *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* reflètent les conclusions tirées d'examen des données probantes à l'échelle mondiale, de la modélisation mathématique du risque de décès et d'invalidité à vie pour divers niveaux de consommation d'alcool et des consultations avec le public et les experts. La modélisation mathématique a

révélé que 2 consommations standard par semaine sont associées à une mortalité de 1 sur 1 000 liée à un problème d'alcool, tandis que 6 consommations standard par semaine sont associées à un risque de 1 sur 100. Des études de cohorte observationnelles ont révélé que des consommations d'alcool à long terme ne dépassant pas 1 ou 2 consommations standard par jour sont directement ou indirectement liées à un risque accru d'au moins 8 types de cancer (cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du foie, du sein, du côlon et du rectum) ainsi que de nombreuses autres maladies graves (p. ex. épilepsie, accident vasculaire cérébral hémorragique, dysrythmies cardiaques, cirrhose et hypertension)¹³³⁻¹³⁹. De plus, un certain nombre de problèmes médicaux graves sont directement attribués à la consommation d'alcool à long terme, notamment les TUA, la psychose liée à l'alcool, la dégénérescence du système nerveux, la polyneuropathie, la myopathie, la cardiomyopathie, la gastrite, les maladies du foie (p. ex. l'hépatite) et la pancréatite^{124,133,137-139}.

Les Repères canadiens sur l'alcool et la santé modélisent le risque de nombreux problèmes et effets liés à l'alcool, notamment le cancer, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies hépatiques, l'hypertension et les blessures non intentionnelles.

Par conséquent, il existe un continuum de risque de négligeable à faible (≤ 2 consommations standard par semaine), à modéré (3 à 6 consommations standard par semaine) et à élevé (≥ 7 consommations standard par semaine), avec des niveaux de risque de plus en plus élevés pour chaque consommation supplémentaire.

Lors de chaque occasion de consommation d'alcool, le risque de conséquences aiguës, comme des blessures involontaires et la violence, est fortement associé à la consommation de plus grandes quantités d'alcool. Le risque de résultats négatifs augmente avec chaque consommation, et avec plus de deux consommations standard, la plupart des personnes présentent un risque accru de blessures ou d'autres problèmes. La consommation excessive d'alcool, habituellement définie comme la prise de cinq consommations standard ou plus pour les hommes, ou de quatre consommations standard ou plus pour les femmes au cours d'un épisode de consommation

Zone de risque	Nombre de consommations standard par semaine
Risque nul	0
Risque faible	1 – 2
Risque modéré	3 – 6
Risque élevé	7 – +

d'alcool, constitue un facteur de risque de décès, peu importe la cause, ainsi que de blessures involontaires, de violence, de maladies cardiaques et d'hypertension artérielle, d'inflammation du système gastro-intestinal et de développement d'un trouble de l'usage de l'alcool.

Les *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* formulent également des recommandations pour des populations et des scénarios précis conseillant l'abstention de consommer de l'alcool, notamment pendant la grossesse et la période préalable à la grossesse, ainsi que pour les personnes qui allaitent⁸. La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a publié des limites de consommation d'alcool à faible risque pour les aînés¹⁴⁰.

Au Canada, parmi les personnes de 15 ans et plus, 20 % ne boivent pas d'alcool, 21 % prennent habituellement moins de 2 consommations standard par semaine, 17 % prennent de 3 à 6 consommations standard par semaine en moyenne et 40 % prennent habituellement plus de 6 consommations standard par semaine^{141,142}. Ainsi, plus de la moitié de l'alcool consommé au Canada dépasse les niveaux jugés à faible risque.

Afin d'appuyer les discussions sur les *Repères canadiens sur l'alcool et la santé*, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) a créé un certain nombre d'outils d'éducation et de prise de décisions pour les patients.

3.1.ii Résumé de la section et recommandation

Ces lignes directrices recommandent fortement aux cliniciens d'informer leurs patients au sujet des *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* afin d'accroître la sensibilisation et les connaissances de leurs patients à l'égard de la consommation d'alcool et d'aborder la consommation d'alcool avant le dépistage. Bien que les données de recherche soient limitées, une sensibilisation et une connaissance accrues des lignes directrices sur la consommation sécuritaire d'alcool peuvent mener à une réduction de la consommation d'alcool^{130,131}, particulièrement lorsque la personne a exprimé le désir d'en apprendre davantage sur les méfaits de l'alcool, a envie et est capable de changer ses habitudes personnelles, et bénéficie du soutien d'autres aidants naturels, de membres de sa famille ou de sa communauté.

Recommandation 1

S'il y a lieu, les cliniciens devraient se renseigner sur les connaissances actuelles des adultes et des jeunes patients au sujet des Repères canadiens sur l'alcool et la santé et les informer à ce sujet afin de faciliter les conversations sur la consommation d'alcool.

FAIBLE qualité des données probantes

FORTE Recommandation

Remarques

- Les *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* présentent un continuum de risques fondé sur la consommation hebdomadaire et la consommation ponctuelle.
- Il est essentiel de pratiquer la sécurité culturelle et l'humilité culturelle lorsqu'on parle de consommation d'alcool aux patients autochtones et à leur famille. Les stéréotypes nuisibles répandus concernant les Autochtones et l'alcool ont causé des torts importants aux Autochtones dans les contextes de soins de santé et à ailleurs. L'engagement à l'égard d'une pratique constante et d'un apprentissage de l'humilité et de la sécurité culturelle peut renforcer les relations avec les patients autochtones. Il est important de garder à l'esprit la façon dont vous abordez ce sujet dans vos conversations avec les patients autochtones.
- Les cliniciens devraient adapter leur approche et leur langage en fonction de leur relation avec chaque patient et de sa situation. Des exemples de la façon d'entamer des conversations sur la consommation d'alcool se trouvent à l'[Annexe 2 : Dépistage et diagnostic](#).
- La qualité des données probantes pour cette recommandation a été jugée faible en raison du peu de données de recherche concernant l'utilisation des anciennes *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* comme outil éducatif pour les pratiques cliniques ainsi que du manque de preuves issues de recherche des *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* (publiés en janvier 2023).
- Cette recommandation a été jugée forte par consensus du groupe de travail, malgré le manque de données de recherche. Le comité s'entend pour dire que tous les patients pourraient bénéficier de conversations sur la consommation d'alcool avec leur fournisseur de soins de santé et que l'utilisation des *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* pourrait favoriser une sensibilisation et une connaissance accrues des limites de consommation d'alcool à faible risque.

- h Pour en savoir plus sur l'intégration de la sécurité culturelle et de l'humilité culturelle dans la pratique clinique, consultez les sections [Sécurité culturelle pour les Autochtones et humilité culturelle](#) et [Réduction des méfaits chez les Autochtones](#) dans le présent document.

3.2 Dépistage de la consommation d'alcool

Malgré sa prévalence élevée en soins primaires et dans d'autres contextes cliniques, la consommation d'alcool qui présente un risque d'avoir des conséquences négatives sur la santé ou d'engendrer des TUA passe souvent inaperçue et n'est pas traitée¹⁴³. La mise en œuvre du dépistage systématique et universel de la consommation d'alcool dans la pratique des soins primaires est de plus en plus préconisée, constituant une importante stratégie de santé publique pour le dépistage précoce de la consommation d'alcool à risque élevé et la prévention secondaire des TUA¹⁴⁴⁻¹⁴⁶.

Définition de la consommation d'alcool à risque élevé dans les présentes lignes directrices :

- **Tendance de consommation d'alcool associée au développement de conséquences négatives sur la santé physique ou mentale. Les conséquences sociales négatives sont courantes.**
- **Définie par un score AUDIT de 16 ou plus ou un score AUDIT-C de 8 ou plus.**

La justification sous-jacente du dépistage universel consiste à tirer parti des tendances de pratique déjà en place ainsi que du modèle de soins longitudinaux en contexte de soins primaires. Il est possible de poser des questions aux patients au sujet de leur consommation d'alcool de manière systématique pendant l'entrevue d'admission de nouveau patient, les évaluations générales, le dépistage préventif annuel et dans des cliniques de prise en charge de maladies particulières (p. ex. hypertension, diabète). Par conséquent, le dépistage pourrait avoir lieu lorsque la consommation d'alcool n'est pas la principale raison de la visite, ce qui permet une intervention précoce ainsi que d'entamer des soins pour des patients qui ne cherchent pas activement de traitement pour des problèmes ou des préoccupations liés à l'alcool. L'intervention précoce est cruciale, car **le dépistage à lui seul n'améliore pas les résultats pour les patients.**

L'établissement de la confiance et de la sécurité dans ces conversations initiales est particulièrement important pour des patients qui pourraient autrement avoir tendance à sous-déclarer leur consommation de substances, comme les personnes enceintes, les jeunes, les aînés, les personnes qui occupent des postes critiques pour la sécurité ou les patients qui souffrent de troubles de l'usage de substances concomitants qui

peuvent être associés à la consommation d'alcool et à un risque accru de préjudice. Il est probable que les cliniciens souhaitent obtenir le consentement des patients avant de poser des questions de dépistage. Par exemple :

« Est-ce que ça vous dérange si je vous pose des questions sur la quantité d'alcool que vous consommez? »

3.2.i Dépistage des patients adultes

Un certain nombre d'instruments normalisés de dépistage de la consommation d'alcool ont été validés dans toute une gamme de milieux de soins cliniques, notamment le Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, Test d'identification des troubles de l'usage de l'alcool) ou sa version condensée (AUDIT-C) et le questionnaire Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye Opener (CAGE) (voir [Annexe 2 : Dépistage et diagnostic](#))ⁱ. Les obstacles concernant le fournisseur, notamment les contraintes de temps, le manque de connaissance des instruments et la nécessité de calculer les scores de chaque élément et les scores globaux, ont été cités comme des obstacles à l'adoption et à l'utilisation de tels outils de dépistage dans les milieux de soins primaires. En réponse à ces obstacles, des outils rapides de dépistage validés ont été élaborés. Une approche spécialement adaptée au contexte des soins primaires est la méthode comportant une seule question de dépistage de la consommation d'alcool (single alcohol screening question, SASQ), car il faut peu de temps pour l'administrer, elle est facile à mémoriser et ne nécessite aucune notation¹⁴⁸. De même, la méthode AUDIT-C comprend seulement les trois premières questions du questionnaire AUDIT et s'est révélée pratique et efficace dans un contexte de soins primaires¹⁴⁹. Il faut éviter les outils de dépistage non validés et ceux dont la sensibilité et la spécificité sont faibles¹⁵⁰.

Dans les présentes lignes directrices, les examens systématiques et les méta-analyses sont décrits par la note suivante :

N = [nombre d'études],

n = [nombre de participants]

i Les études de validité citées dans ces lignes directrices étaient en anglais. Les questionnaires AUDIT et AUDIT-C ont été traduits dans de nombreuses autres langues et ont démontré un bon rendement et une bonne fiabilité¹⁴⁷.

Encadré 1. Terminologie utilisée pour évaluer les outils de dépistage

Sensibilité	Proportion de personnes correctement identifiées comme souffrant du problème ciblé, ou « vrais positifs ».
Spécificité	Proportion de personnes correctement identifiées comme ne souffrant pas du problème ciblé, ou « vrais négatifs ».
Remarques : La sensibilité et la spécificité peuvent varier selon le seuil utilisé pour l'échelle, la population évaluée, le contexte et l'expérience de l'évaluateur. Les scores de sensibilité et de spécificité de 0,75 ou 75 % ou plus sont généralement considérés comme utiles ¹⁵¹ .	

3.2.i.1 Méthode comportant une seule question de dépistage de la consommation d'alcool

La méthode SASQ est habituellement structurée en fonction de seuils propres au sexe et à l'âge qui sont associés à la consommation d'alcool à risque élevé ou aux TUA. Pour normaliser les discussions sur la consommation d'alcool et appuyer la divulgation, on pose la question suivante aux patients

« Au cours de la dernière année, à quelle fréquence avez-vous consommé plus de quatre verres (pour les femmes adultes^j) ou cinq verres (pour les hommes adultes) en une seule occasion^k? »

Toute réponse autre que « jamais » ou « zéro fois » à la question ci-dessous serait considérée comme une indication potentielle de consommation d'alcool à risque

- j Il existe peu de recherche sur les outils de dépistage appliqués aux personnes avec diverses identités de genre (p. ex. transgenres, non binaires). Les cliniciens peuvent adapter le dépistage de leurs patients en fonction de divers facteurs individuels, notamment des facteurs liés au poids, des facteurs biologiques (liés au sexe) (p. ex. pharmacocinétique de l'alcool, taux d'hormones) et des facteurs psycho-socioculturels (p. ex. liés au genre)¹⁵².
- k Les seuils de 4 consommations standard pour les femmes et de 5 consommations standard pour les hommes par jour sont le plus souvent utilisés dans les études de validation à question unique de la présence de TUA et sont également utilisés par le US National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Ces chiffres correspondent à la définition de la consommation excessive d'alcool dans les *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* ou de la consommation abusive d'alcool pour le NIAAA. Des recherches antérieures ont indiqué des niveaux de risque différents chez les femmes et les hommes en raison des différences métaboliques entre les sexes¹²⁴.

élevé ou de TUA. Un examen des études de validation pour ce test SASQ (N [nombre d'études] = 6, n [nombre de participants] = 44 244) a révélé une plage de sensibilité de 0,71 à 0,92 (plage d'IC à 95 %, de 0,65 à 0,98) et une plage de spécificité de 0,60 à 0,91 (plage d'IC à 95 %, de 0,55 à 0,95) pour la détection des TUA¹⁵³. Pour détecter la consommation à risque^l, des études ont révélé des sensibilités de 0,82 à 0,96 et des spécificités de 0,58 à 0,79¹⁵⁴⁻¹⁵⁶. Ces études ont été menées aux États-Unis dans des contextes de soins primaires. En raison de sa courte durée et de sa facilité d'utilisation, les revues systématiques ont conclu qu'il s'agit d'une option valable dans des contextes cliniques où le temps disponible et les interactions avec les patients sont limités^{148,157}. Une étude des associations d'outils de dépistage a révélé qu'un dépistage rapide suivi de l'application d'un outil plus long et validé comme l'AUDIT ou le CAGE constituait l'approche permettant une exactitude et une efficacité optimales¹⁴⁸. La méthode SASQ ne tient pas compte de la fréquence et d'autres facteurs (p. ex. habitudes et comportements de consommation d'alcool). Par conséquent, si le patient obtient un résultat positif au test de dépistage, la recommandation suivante devrait être suivie :

La méthode SASQ devrait être associée à un autre outil de dépistage (p. ex. AUDIT, AUDIT-C, CAGE) pour accroître l'exactitude et préciser les niveaux de risque.

3.2.i.2 Outil AUDIT-Consumption (AUDIT-C, Audit-Consommation)

L'outil AUDIT-C condensé consiste en trois questions concernant la consommation d'alcool¹⁴⁹ :

1. « À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool? »
2. « Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool? »
3. « Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus? »

^l Dans ces études, la consommation à risque était définie comme 5 verres par jour ou 14 verres par semaine pour les hommes et 4 verres par jour ou 7 verres par semaine pour les femmes à tout moment au cours des 30 derniers jours.

L'AUDIT-C est noté sur une échelle de 0 à 12 et constitue une méthode validée pour l'identification de la consommation à risqué ou des TUA (voir l'[Encadré 11](#) pour la notation et l'interprétation). Les études de validation ont défini les normes de comparaison fondées sur la consommation d'alcool autodéclarée au cours du dernier mois, l'entrevue diagnostique normalisée de détection des TUA et le score du test AUDIT. Une revue de 2007 a révélé qu'avec l'utilisation d'un seuil de 4 pour identifier la consommation à risque ou les TUA, la sensibilité va de 0,76 à 0,99 et la spécificité de 0,66 à 0,98 dans la population générale, les milieux de soins primaires et pour les anciens combattants¹⁴⁷. En se fondant sur des données obtenues avec divers seuils, les auteurs ont suggéré qu'un seuil de 3, plutôt que de 4, était plus efficace pour identifier la consommation d'alcool à risque chez les femmes. Les scores peuvent également être utilisés pour déterminer les catégories de consommation à faible risque, à risque modéré et à risque élevé¹⁵⁸. Des détails supplémentaires sont fournis dans l'[Annexe 2.3](#). Les personnes qui obtiennent un résultat positif au test de dépistage de la consommation d'alcool à risque élevé selon la méthode AUDIT-C devraient se voir offrir une évaluation plus poussée et une entrevue diagnostique de détection des TUA.

3.2.ii Dépistage des Autochtones

Avant de discuter de la consommation d'alcool avec les Autochtones, les cliniciens doivent être conscients des répercussions systémiques et continues de la colonisation sur les Autochtones qui ont entraîné la présence constante de stéréotypes et le racisme qui en a résulté envers les Autochtones¹⁵⁹⁻¹⁶¹. Ce racisme systémique a été largement ressenti dans les milieux de soins de santé et a entravé l'accès en temps opportun aux soins, ce qui a engendré de moins bons résultats dans ce domaine. En raison du racisme continu et de la stigmatisation entourant les Autochtones au sujet de la consommation d'alcool et d'autres substances⁷¹⁻⁷³, les Autochtones sont moins enclins à divulguer leur consommation d'alcool ou d'autres substances que leurs homologues non autochtones pour éviter d'autres discriminations¹⁶². Pour lutter contre ces effets, les cliniciens doivent s'engager à en apprendre davantage sur la sécurité culturelle et l'humilité culturelle (voir [Sécurité culturelle pour les Autochtones et humilité culturelle](#)) et à les intégrer dans la pratique clinique afin de réduire au minimum les méfaits potentiels lors des discussions et du dépistage de la consommation d'alcool.

Les cliniciens doivent obtenir le consentement du patient et présenter un contexte avant de poser des questions sur la consommation d'alcool et envisager d'établir une relation longitudinale avec le patient avant de procéder au dépistage de la consommation d'alcool.

Les lignes directrices recommandent un dépistage systématique et universel de la consommation d'alcool chez les Autochtones.^{163,164} Bien que les outils AUDIT, AUDIT-C, CAGE et CRAFFT soient couramment utilisés pour dépister la consommation d'alcool chez les Autochtones du Canada, des États-Unis, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande, peu d'études portant sur la précision et la validité de ces outils pour les Autochtones ont été menées¹⁶⁵. Peu importe l'outil de dépistage choisi, les cliniciens devraient tenir compte des obstacles communs que les Autochtones peuvent rencontrer en ce qui concerne le dépistage. Des barrières linguistiques peuvent exister lors du dépistage de la consommation d'alcool, et certains Autochtones pourraient préférer recourir aux services d'un interprète pendant leur visite.

3.2.iii Dépistage des jeunes patients

Pour les jeunes, il existe des outils de dépistage validés, notamment l'outil de dépistage du NIAAA, l'AUDIT, l'AUDIT-C, et l'instrument à six questions Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble (CRAFFT), qui est spécifiquement destiné au dépistage des jeunes de 12 à 21 ans (voir l'[Encadré 13](#)). Une approche simplifiée de dépistage à une ou à deux questions peut être privilégiée en soins primaires en raison de la rapidité et de la simplicité de mémorisation¹⁶⁶⁻¹⁶⁸. Une méta-analyse de 2019 (N = 33 études au-delà du seuil de qualité, n = 190 362) a révélé que les

-
- m Des seuils de qualité a priori ont été utilisés pour déterminer quelles études devraient être incluses dans le résumé analytique intégral des données. Pour être considéré au-delà du seuil de qualité, le test témoin d'une étude devait avoir une valeur prédictive supérieure à 0,7, une cohérence interne supérieure à 0,8 ou une valeur test-retest supérieure à 0,7.

outils de dépistage de la consommation d'alcool ont une sensibilité de 0,98 (IC à 95 % : 0,95 à 0,99) et une spécificité de 0,78 (IC à 95 % : 0,74 à 0,82) pour les jeunes de moins de 24 ans. Plus précisément, les outils de dépistage à question unique axés sur la fréquence de la consommation d'alcool (n = 18; sensibilité moyenne : 1,00, spécificité moyenne : 0,84) présentent un plus grand nombre d'études de validation à l'appui de leur utilisation que les outils de dépistage à question unique axés sur la quantité d'alcool consommée (n = 10; sensibilité moyenne : 0,96, spécificité moyenne : 0,91), mais la majorité des données pour chacune de ces mesures étaient fondées sur une seule grande étude épidémiologique¹⁶⁹.

3.2.iii.1 Outil de dépistage pour les jeunes du National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA).

Aux États-Unis, le NIAAA a élaboré un outil de dépistage à deux questions pour les jeunes de 11 à 18 ans, qui comprend les questions suivantes¹⁷⁰ :

1. « Est-ce que certains de vos amis ont consommé de l'alcool au cours de la dernière année? »
2. « Avez-vous consommé de l'alcool au cours de la dernière année? »

Ces questions ont été dérivées empiriquement d'analyses approfondies des données d'une enquête nationale et constituent la base de données probantes la plus solide pour prédire les problèmes actuels ou futurs liés à l'alcool chez les jeunes¹⁷⁰. Pour les jeunes de 11 à 14 ans (de la 6^e à la 8^e année), il est recommandé de commencer par poser des questions sur la consommation d'alcool des amis afin de présenter le sujet de façon moins intimidante, puis de poser des questions sur la consommation personnelle (c.-à-d. question 1, puis 2). Pour les jeunes de 14 à 18 ans (de la 9^e à la 12^e année), poser d'abord la question sur l'utilisation personnelle¹⁷¹.

n Les outils de dépistage inclus dans cette méta-analyse comprennent : AUDIT; AUDIT-C; consommation excessive d'alcool; CAGE; Under influence, Guilt, and Eye-opener (CUGE); CRAFFT; Fast Alcohol Screening Test (FAST); test de fréquence de consommation; consommation épisodique excessive d'alcool; AUDIT modifié; Tolerance, Worried, Eye-opener, Amnesia, K/Cut Down (TWEAK) modifié; Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT); test de quantité consommée; test de quantité par rapport à fréquence; Rapid Alcohol Problem Screen-Quantity Frequency (RAPS4-QF); Riding with intoxicated driver, Unable to stop, Family/friends, Trouble, Cut-down (RUFT-Cut).

Pour évaluer le risque et trier les jeunes de façon appropriée, demander à tous les jeunes de 11 à 18 ans qui obtiennent un résultat positif au test de dépistage de la consommation personnelle (« oui » à la question 2) d'estimer le nombre de jours au cours desquels ils ont consommé de l'alcool au cours de la dernière année^{172,173}. Les jours de consommation autodéclarés qui dépassent les seuils propres à l'âge indiquent que le patient peut présenter un risque accru d'avoir des problèmes liés à l'alcool, y compris les TUA¹⁷⁴. De plus amples renseignements sur l'interprétation et le suivi sont fournis dans l'[Annexe 2.3](#).

Tableau 2. Seuils de risque élevé selon l'âge à l'aide de l'outil de dépistage pour les jeunes du NIAAA

Âge	Seuil de risque élevé pour la consommation d'alcool de l'année précédente
11 ans	1 jour
12 à 15 ans	6 jours (environ 1 mois sur 2)
16 ans	12 jours (environ une fois par mois)
17 ans	24 jours (environ deux fois par mois)
18 ans	52 jours (environ une fois par semaine)

Des évaluations prospectives de l'outil du NIAAA intégrant ces seuils propres à l'âge ont permis de conclure qu'il s'agit d'une méthode précise et fiable de dépistage et de triage des jeunes en vue d'interventions plus intensives en contexte de soins primaires^{175,176}. Toutefois, ces études ont également fait ressortir les avantages d'une version simplifiée de l'outil qui pourrait être utilisée pour classer les jeunes de tout âge en catégories à risque faible ou élevé.

À ce jour, plusieurs études ont examiné une version simplifiée de l'outil du NIAAA sous l'angle du triage des jeunes en fonction du risque actuel ou futur de méfaits liés à l'alcool. Une étude de 2014 sur l'exactitude du diagnostic (n = 525) menée dans un établissement de soins primaires en milieu urbain a révélé que l'utilisation d'un seuil de 2 jours de consommation d'alcool par année pour les jeunes de 12 à 17 ans (n = 525) permettait d'obtenir une sensibilité (96 %; IC à 95 % 0,83 à 1,00) et une spécificité élevées (85 %; IC à 95 % 0,82 à 0,88) pour identifier les personnes qui satisfaisaient aux critères du DSM-5 des TUA au cours d'une entrevue diagnostique¹⁷⁵. L'outil de dépistage simplifié du NIAAA a par la suite été évalué dans le cadre d'une étude de 2016 sur l'exactitude du diagnostic menée dans six cliniques de soins primaires en milieu rural. Les chercheurs

ont déterminé qu'un seuil de 3 jours de consommation d'alcool par année présentait une sensibilité de 91 % et une spécificité de 93 % de détection des TUA chez les jeunes de 12 à 17 ans (n = 942), une valeur prédictive positive^o de 44 % et une valeur prédictive négative^p de 99 %¹⁷⁶. D'autres recherches sont nécessaires pour améliorer la précision et l'exactitude des seuils pour le triage des jeunes fondé sur le risque et, comme l'illustrent les constatations selon lesquelles les seuils peuvent différer entre les milieux urbains et ruraux¹⁷⁶, le contexte local peut jouer un rôle important. Entre-temps, il est recommandé d'utiliser les seuils propres à l'âge pour la consommation d'alcool à risque élevé, comme décrit dans le [Tableau 2. Seuils de risque élevé selon l'âge à l'aide de l'outil de dépistage pour les jeunes du NIAAA](#).

3.2.iv Dépistage des patientes enceintes

Le dépistage universel de toutes les patientes en soins primaires permet une intervention en temps opportun avant la grossesse et la prévention secondaire des préjudices maternels/parentaux^q et fœtaux associés à la consommation d'alcool¹⁷⁷. La recherche a indiqué que les autodéclarations des patientes constituent une mesure valide de la consommation d'alcool pendant la grossesse¹⁷⁸; toutefois, les cliniciens doivent être sensibles aux facteurs qui peuvent dissuader les patientes de fournir des réponses exactes aux questions de dépistage, comme la stigmatisation et la crainte de la prise en charge de leur enfant par les services sociaux^{179,180}. Pour répondre à ces préoccupations, il est essentiel d'établir un lien de confiance avant de passer au sujet. Une fois que le confort et la confiance ont été établis, demander le consentement éclairé de la patiente avant le dépistage. Dans le cadre du processus de consentement éclairé, discuter des

-
- o La valeur prédictive positive reflète la proportion de sujets ayant un résultat positif au test pour lesquels le résultat d'intérêt se vérifie effectivement.
 - p La valeur prédictive négative reflète la proportion de sujets dont le résultat du test est négatif pour lesquels le résultat d'intérêt est effectivement négatif.
 - q Bien que la majorité des personnes enceintes s'identifient comme des femmes, ce terme ne reflète pas l'identité et l'expérience de toutes les personnes enceintes, dont certaines ne s'identifient pas comme des femmes. Ces lignes directrices utilisent un langage neutre dans les lignes directrices liées à la grossesse afin de favoriser l'inclusion des populations de patients de diverses identités de genre et de sexe. Le fait de demander aux patients comment ils choisissent de s'identifier et d'utiliser leurs bons pronoms (p. ex. : il/elle/iel) est une composante importante des soins axés sur la personne.

limites de la confidentialité et des droits de la patiente, conformément aux normes de la pratique médicale^{41,181,182}. Pour de plus amples renseignements et des stratégies visant à appuyer les soins culturellement sécuritaires pour les patientes autochtones, voir la [Directive clinique de consensus à l'intention des professionnels de la santé œuvrant auprès des Inuits, des Métis et des Premières Nations](#)¹⁸³ de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et son [document d'accompagnement](#) [en anglais seulement].

Avant le dépistage, il est essentiel d'obtenir le consentement de la patiente et d'examiner la confidentialité et les autres droits de la patiente, conformément aux normes de pratique médicale⁴¹. **Les cliniciens doivent savoir que l'« obligation de signaler » ne s'applique pas à la consommation prénatale d'alcool ou de substances**¹⁸⁴ et que, par conséquent, la consommation prénatale d'alcool ne doit pas être déclarée.

Le dépistage de la consommation d'alcool doit être effectué au cours de la première visite prénatale ou du premier trimestre, et au besoin lors des visites subséquentes¹⁸⁵. Bien que son utilisation ne soit pas explicitement validée chez les patientes enceintes, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada¹⁸⁵ et le Preventive Health Services Task Force¹⁵⁷ des États-Unis ont recommandé l'outil SASQ comme première étape du dépistage de la consommation d'alcool chez cette population. Comme pour les patientes non enceintes, une approche simplifiée du dépistage de la consommation d'alcool peut être privilégiée dans le contexte des soins prénataux. Selon le consensus général des experts, ces questions sont suffisamment sensibles et spécifiques pour identifier les personnes enceintes qui consomment de l'alcool en quantités supérieures au risque faible¹⁷⁷. Combiné à un dialogue positif et sans jugement, l'outil SASQ, qui consiste à poser des questions ouvertes plutôt que fermées et à évaluer les habitudes de consommation d'alcool au cours de la dernière année, peut encourager une discussion ouverte sur la consommation d'alcool, accroître la compréhension des raisons pour lesquelles la personne peut boire de l'alcool et permettre d'élaborer des stratégies pour soutenir le parent et réduire les risques pour le parent et le fœtus¹⁸⁵. De plus, les personnes peuvent être plus susceptibles de déclarer avoir consommé de l'alcool avant la grossesse ou autrement, plutôt qu'une consommation d'alcool pendant la grossesse, en raison des risques et de la stigmatisation associés à la divulgation de cette information¹⁷⁷. D'autres directives sur le dépistage de la consommation d'alcool pendant la grossesse sont disponibles sur <http://www.aide-alcool.ca/>.

Les personnes qui déclarent avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse devraient faire l'objet d'une évaluation plus poussée afin de déterminer la fréquence de consommation et la quantité consommée, ainsi que pour distinguer la consommation à haut risque des TUA (voir [Diagnostic du trouble de l'usage de l'alcool](#)). Si la consommation d'alcool est susceptible d'avoir une incidence sur la parentalité, l'aiguillage précoce et la participation des travailleurs sociaux, avec le consentement et la participation de la patiente, peuvent grandement améliorer les résultats sociaux.

3.2.v Dépistage des aînés

Le dépistage de la consommation d'alcool est recommandé pour tous les aînés (généralement les personnes de 65 ans et plus^r). Malgré l'absence de données canadiennes, les données d'enquête nationales des États-Unis recueillies entre 2015 et 2019 (n=9 663) indiquent qu'environ 25 % des aînés qui ont déclaré avoir eu accès à des soins de santé et avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédente n'ont pas été interrogés sur leur consommation d'alcool par les fournisseurs de soins de santé au cours des rendez-vous médicaux¹⁸⁶. Le dépistage est particulièrement important pour les aînés, car ceux qui consomment de l'alcool au-delà des limites de risque sont plus à risque de développer de nouvelles comorbidités ou d'aggraver leurs comorbidités existantes. Cela s'explique en partie par les changements liés à l'âge concernant l'absorption, la distribution et l'excrétion de l'alcool dans l'organisme. De plus, les aînés peuvent être plus sensibles aux effets des interactions entre l'alcool et les médicaments d'ordonnance ou non réglementés et, en général, ne métabolisent pas les médicaments aussi efficacement que les jeunes adultes, ce qui augmente le risque d'interactions médicamenteuses à une consommation d'alcool moindre que pour leurs homologues plus jeunes^{140,187}.

r Le vieillissement présente de nombreuses dimensions, englobant les facteurs de risque biologiques, psychologiques, sociaux et cognitifs. Dans les présentes lignes directrices, « aîné » désigne les personnes de 65 ans et plus. Toutefois, les directives peuvent être pertinentes pour certaines personnes de moins de 65 ans, en raison de contextes médicaux, psychologiques et sociaux particuliers. À l'inverse, certaines personnes de 65 ans et plus peuvent être mieux adaptées aux approches utilisées pour les adultes de moins de 65 ans.

En 2019, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a publié les [Lignes directrices sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées](#). Elles recommandent que tous les aînés soient soumis à un dépistage de la consommation d'alcool au moins une fois par année (p. ex. au cours d'un examen annuel) et lors des transitions entre milieux de soins (p. ex. admission à l'hôpital).

Les outils de dépistage AUDIT, CAGE, Shortened Michigan Alcoholism Test–Geriatric version (SMAST-G), Comorbidity

Les outils SMAST-G, CARET et SAMI ont été conçus spécialement pour les aînés.

Alcohol Risk Evaluation Tool (CARET) et le Senior Alcohol Misuse Indicator (SAMI) peuvent être utilisés avec les aînés. Vous trouverez de plus amples renseignements sur chacun de ces outils dans les [Lignes directrices de la CCSMPA](#). Le dépistage de la consommation d'alcool chez les aînés est recommandé dans divers milieux cliniques, notamment les hôpitaux, les établissements de réadaptation, les soins de santé à domicile, les services communautaires, l'aide à la vie autonome, les établissements de soins de longue durée et les programmes spécialisés. Les cliniciens devraient s'assurer que le dépistage des aînés est adapté à l'âge, qu'il offre un soutien et qu'il tient compte d'éventuels troubles de la mémoire ou déclin cognitif¹⁴⁰.

Encadré 2. Indications pour le dépistage des aînés

Les cliniciens devraient envisager de mener des dépistages plus fréquents de la consommation d'alcool chez les aînés si l'un des facteurs suivants est présent¹⁴⁰:

- La consommation d'alcool dépasse le seuil de faible risque
- Le patient présente ou signale des symptômes de TUA
- Il y a des antécédents familiaux de TUA
- Il y a des symptômes d'anxiété ou de dépression
- Les aidants naturels expriment des préoccupations
- Il y a eu des transitions ou des changements importants dans la vie de la personne

3.2.vi Fréquence du dépistage de la consommation d'alcool

D'après une méta-analyse de 2018 (N = 11, n = 314 446), le Preventive Services Task Force des États-Unis a conclu que les données de recherche sont insuffisantes pour recommander un intervalle optimal de dépistage de la consommation d'alcool pour les adultes et les jeunes^{146,188}. Certaines organisations, comme le Department of Veterans Affairs des États-Unis, recommandent fortement un dépistage annuel¹⁸⁹. Ces recommandations découlent de raisons de commodité — le dépistage de la consommation d'alcool peut être combiné à d'autres éléments d'un examen médical de routine ou d'un dépistage préventif — et pour détecter les changements concernant les caractéristiques et les tendances de consommation d'alcool d'une personne, car la situation peut avoir une influence.

Le cas échéant, un dépistage plus fréquent de la consommation d'alcool peut permettre de saisir plus précisément les habitudes de consommation d'alcool d'une personne. Une étude de 2020 (n = 831) a révélé que 39 % des personnes ne présentaient pas d'habitudes constantes de consommation d'alcool pour chaque évaluation : initiale, effectuée au bout de trois mois, de six mois et de 12 mois. Parmi les personnes pour lesquelles une consommation d'alcool à faible risque avait été déterminée lors de l'évaluation initiale, 21 % ont obtenu un résultat positif au dépistage de la consommation d'alcool à risque élevé lors d'une ou de plusieurs évaluations de suivi. Les prédicteurs de la transition de la consommation initiale d'alcool à faible risque à un dépistage positif subséquent de la consommation d'alcool à risque élevé étaient le sexe féminin, un âge compris entre 18 et 29 ans, et une déclaration de deux jours ou plus de consommation d'alcool ou une consommation épisodique excessive au cours de la semaine précédant l'évaluation initiale¹⁹⁰.

3.2.vii Indications cliniques du dépistage de la consommation d'alcool

Ces lignes directrices recommandent le dépistage universel de tous les patients adultes et jeunes dans le cadre des soins primaires. Cependant, il existe plusieurs scénarios cliniques courants qui devraient déclencher un dépistage de la consommation d'alcool, peu importe si un patient a fait l'objet d'un dépistage ou à quel moment.

Encadré 3. Indications pour le dépistage de la consommation d'alcool

- Signes d'intoxication ou détection d'alcool dans l'haleine
- Avant de prescrire un médicament interagissant avec l'alcool
- Patient signalant une consommation prescrite ou illicite d'opioïdes, de benzodiazépines ou d'autres substances
- Patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse
- Des tests de laboratoire montrant des concentrations élevées d'enzymes hépatiques (augmentation de la GGT, de la TGO ratio TGO-ALT > 2:1) ou VGM > 96 fL dans la FSC^s
- Patientes enceintes ou qui prévoient le devenir
- Traumatismes physiques, brûlures, blessures, accidents ou chutes récents ou répétés
- Traumatisme psychologique récent, historique ou récurrent ou violence conjugale ou familiale
- Événement marquant de la vie (p. ex. décès du conjoint ou d'un membre de la famille, divorce)
- Signes de dysfonctionnement en milieu de travail (p. ex. congés inexpliqués, perte d'emploi)
- Comportements qui exposent le patient à un risque de préjudice (p. ex. jeu à risque élevé, relations sexuelles non protégées, conduite avec facultés affaiblies)
- Problèmes de santé soupçonnés, diagnostiqués ou qui s'aggravent pouvant être associés à la consommation d'alcool :
 - Dépression
 - Anxiété
 - Insomnie
 - Crises
 - Psychose
 - Manie
 - Anémie
 - Hypertension artérielle
 - Complications cardiovasculaires (p. ex. arythmie)
 - Goutte
 - Troubles de la mémoire
 - Pancréatite
 - Troubles gastro-intestinaux
 - Hépatite, cirrhose

De plus, les patients qui se présentent aux soins parce qu'ils sont préoccupés par leur consommation d'alcool ou qu'ils soupçonnent souffrir de TUA peuvent subir immédiatement une entrevue diagnostique complète.

3.2.viii Résumé de la section et recommandation

En se fondant sur les risques et les méfaits connus de la consommation d'alcool à risque élevé et des TUA, ainsi que sur les avantages du dépistage, de l'intervention et du traitement précoces, ces lignes directrices recommandent le dépistage universel de la consommation d'alcool pour tous les patients adultes et adolescents à l'occasion des soins primaires.

s Abréviations : GGT—gamma-glutamyl transférase, TGO—transaminase glutamique-oxalo-acétique, ALT—alanine aminotransférase, VGM—volume globulaire moyen, FSC—formule sanguine complète

Le comité approuve l'utilisation de la méthode comportant une seule question de dépistage de la consommation d'alcool (méthode SASQ) et de la méthode AUDIT-C pour les patients adultes (y compris les personnes enceintes) et de l'outil du NIAAA pour les jeunes. Les outils de dépistage simplifiés présentent plusieurs avantages dans le cadre des soins primaires¹⁴⁸, tout en présentant une sensibilité et une spécificité acceptables pour la détection de la consommation d'alcool à risque élevé par rapport aux outils de dépistage plus complexes^{148,156,191-193}.

Il existe un manque de données probantes concernant les intervalles optimaux de dépistage et de dépistage subséquent pour les adultes et les jeunes. Compte tenu des avantages de la détection et de l'intervention précoces pour réduire ou prévenir les méfaits liés à l'alcool, le comité s'entend pour dire que le dépistage systématique est bénéfique.

Recommandation 2

Tous les patients adultes et jeunes devraient être soumis à un dépistage systématique de toute consommation d'alcool supérieure au seuil de faible risque.

MOYENNE Qualité des données probantes

FORTE recommandation

Remarques

- Les cliniciens doivent obtenir le consentement du patient et présenter un contexte avant de poser des questions sur la consommation d'alcool et envisager d'établir une relation longitudinale avec le patient avant de procéder au dépistage de la consommation d'alcool.
- Le dépistage à lui seul n'améliore pas les résultats. Tous les patients devraient recevoir une rétroaction personnalisée au sujet de leurs résultats dans le cadre du déroulement normal du dépistage, peu importe l'outil utilisé.
- Les circonstances propres au patient peuvent indiquer un dépistage plus fréquent (p. ex. aînés [> 65 ans], adolescents [< 18 ans], personnes ayant des antécédents de troubles de l'usage de substances et personnes ayant des antécédents familiaux de l'usage de l'alcool, en plus des [Indications cliniques du dépistage de la consommation d'alcool](#)).
- Les personnes qui obtiennent un résultat positif au test de dépistage de la consommation d'alcool à risque élevé devraient se voir offrir une entrevue diagnostique de dépistage précoce des TUA et une évaluation plus poussée pour déterminer une approche de traitement.
- La qualité des données probantes à l'appui de cette recommandation a été évaluée à un niveau moyen sur la base d'examen systématiques et d'études de l'exactitude du diagnostic qui démontrent que les outils de dépistage permettent d'identifier précisément les personnes qui consomment de l'alcool à des niveaux de risque élevés. Les données de recherche sont insuffisantes pour recommander un intervalle optimal de dépistage de la consommation d'alcool chez les adultes et les jeunes; cependant, certains organismes de santé publique recommandent un dépistage au moins une fois par année.
- La force de cette recommandation a été jugée forte en fonction de la qualité des données probantes, du consensus du groupe de travail, du faible coût et de l'exactitude des outils de dépistage disponibles.

3.3 Diagnostic du trouble de l'usage de l'alcool

Les patients qui obtiennent un résultat positif au test de dépistage de la consommation d'alcool à risque élevé doivent subir une entrevue diagnostique des TUA selon les critères du DSM-5 (voir le [Tableau 11](#)). La confirmation ou l'exclusion de la présence de TUA ainsi qu'une évaluation de la gravité des TUA et du risque de complications du patient déterminent les étapes subséquentes du traitement.

Les patients chez qui on a diagnostiqué des TUA doivent subir une évaluation plus complète (voir le [Tableau 12](#)) notamment, le cas échéant et selon les indications, un examen médical détaillé, des vérifications des antécédents de santé mentale et de consommation de substances, un examen physique, des examens de laboratoire et l'évaluation du risque de complications graves du sevrage (p. ex. crises épileptiques, delirium tremens). Tous les patients devraient se voir offrir un traitement fondé sur les données probantes pour le sevrage alcoolique et les TUA (voir [Prise en charge du sevrage, Soins continus – Interventions de traitement psychosocial, Soins continus – Pharmacothérapie](#)).

3.3.i Diagnostic du trouble de l'usage de l'alcool à l'aide du DSM-5

Le DSM-5 permet de classer les troubles de santé mentale à des fins cliniques et de recherche, et il est important que les cliniciens comprennent que la consommation excessive d'alcool à elle seule ne suffit pas pour poser un diagnostic de TUA¹⁹⁴. Le trouble de l'usage de l'alcool, tel qu'il est défini dans le DSM-5, est diagnostiqué lorsque les patients satisfont au critère « d'altération du fonctionnement ou de souffrance cliniquement significative, » en raison de leur consommation d'alcool et, parmi ceux qui satisfont à ce critère, à l'évaluation de 11 critères de diagnostic. La gravité des TUA peut être légère (2 à 3 critères de diagnostic respectés), modérée (4 à 5 critères de diagnostic respectés) ou grave (6 critères de diagnostic ou plus respectés)¹⁹⁵.

L'abus d'alcool et la dépendance à l'alcool, qui étaient auparavant deux diagnostics distincts dans le DSM-III et le DSM-IV, ne sont plus des diagnostics selon les critères du DSM-5 et ont été intégrés dans la catégorie des TUA. En plus de

modifier les classifications de la gravité des TUA, le DSM-5 a introduit un nouveau critère lié au manque d'alcool et supprimé le critère relatif aux problèmes juridiques récurrents liés à l'alcool¹⁹⁶. Les conséquences négatives semblent n'être que peu spécifiques en ce qui concerne le diagnostic et la définition des troubles de l'usage de substances en raison de divers problèmes conceptuels et de mesure¹⁹⁷.

En 2015, une revue systématique des études sur l'exactitude du diagnostic (N = 8, n = 68 228) a révélé un accord modéré à excellent entre les critères du DSM-IV et du DSM-5 (kappa = 0,60 à 0,90), une seule étude faisant état d'un accord seulement modéré. Une analyse plus poussée de la stabilité diagnostique a indiqué qu'entre 51,4 % et 92,7 % des participants recevaient un diagnostic de TUA selon les critères du DSM-IV et du DSM-5 dans l'ensemble des études. Comparativement au DSM-IV, l'utilisation des critères du DSM-5 a entraîné une prévalence accrue des diagnostics de TUA, en particulier dans les contextes non cliniques (p. ex. population générale, étudiants universitaires). La prévalence accrue des TUA peut s'expliquer en partie par le fait que les critères du DSM-5 tiennent compte d'une proportion d'« orphelins diagnostiques » du DSM-IV (c.-à-d. les personnes qui ne satisfont qu'à un ou deux critères de dépendance à l'alcool et à aucun en ce qui concerne l'abus d'alcool)¹⁹⁶.

Il est important de connaître les risques de diagnostics faux positifs avec les critères du DSM-5^{198,199}. Ceux qui satisfaisaient auparavant aux critères d'abus d'alcool du DSM-IV peuvent maintenant être classés comme souffrant de TUA légers à modérés avec la fusion des critères de diagnostic de dépendance à l'alcool et d'abus d'alcool. Les cliniciens devraient prendre soin de faire la distinction entre les TUA graves, qui sont synonymes de la définition traditionnelle de la dépendance²⁰⁰, et les TUA légers à modérés, qui peuvent refléter une consommation nocive, mais qui ne correspondent pas à la définition traditionnelle de la dépendance^{198,199}. L'évaluation de la gravité des TUA contribue à déterminer le cheminement clinique le plus approprié pour le patient (voir la [Figure 1. Dépistage, diagnostic et méthode de traitement](#)).

Il peut être difficile d'utiliser les critères du DSM-5 des TUA afin de diagnostiquer ces troubles chez les aînés¹⁴⁰. Il peut y avoir une incertitude diagnostique entre une consommation d'alcool à risque élevé et des TUA légers, et les aînés qui satisferaient autrement aux critères du DSM-5 pourraient ne pas respecter tous

les critères diagnostiques en raison d'une réduction possible des obligations professionnelles ou sociales non liée à la consommation d'alcool (p. ex. retraite) auxquelles l'alcool pourrait nuire dans le cas contraire¹⁴⁰. Une évaluation exhaustive est indiquée pour tous les aînés souffrant de TUA, qui présentent des signes de consommation nocive ou une intoxication aiguë. Une évaluation exhaustive devrait comprendre l'utilisation d'un questionnaire normalisé sur la consommation d'alcool; l'examen des médicaments administrés pour déterminer les interactions possibles; l'évaluation des autres consommations de substances ou troubles d'usage de substances; l'évaluation de la capacité physique, mentale et cognitive, de la nutrition, de la douleur chronique; des conditions sociales, du soutien familial/social et du fonctionnement général; des antécédents fournis par les proches. L'évaluation doit être effectuée indépendamment des comorbidités physiques, mentales ou cognitives, avec les modifications jugées appropriées¹⁴⁰.

De même, pour les jeunes, il peut être difficile de distinguer la consommation d'alcool à risque élevé des TUA légers et le diagnostic à l'aide du DSM-5 peut engendrer de faux positifs dans ce contexte. De plus, très peu de jeunes en soins primaires satisfont aux critères du DSM-5 des TUA modérés à graves. L'utilisation de questions d'entrevue qui qualifient davantage les critères du DSM-5 pour les patients peut contribuer à éviter les faux positifs (voir le [Tableau 11](#) pour des exemples de questions d'entrevue clinique).

3.3.ii **Résumé de la section et recommandation**

Compte tenu des données probantes disponibles et de la nécessité de poser un diagnostic de TUA pour avoir accès à des soins continus pour ces troubles, les présentes lignes directrices recommandent aux cliniciens d'évaluer les patients qui obtiennent un résultat positif au dépistage de la consommation d'alcool à risque élevé au moyen d'une entrevue structurée appliquant soigneusement les critères du DSM-5. Les patients qui reçoivent un diagnostic de TUA doivent subir une évaluation médicale plus complète (voir [Liste de vérification pour l'évaluation](#)) et se voir offrir des soins pour les TUA au besoin (c.-à-d. prise en charge du sevrage ou soins continus). Dans le cas des personnes souffrant de TUA, une intervention brève peut se révéler utile pour faciliter l'aiguillage et l'élaboration d'un plan de traitement.

Les cliniciens doivent être conscients des risques de diagnostics faux positifs avec le DSM-5. En règle générale, seuls les TUA graves correspondent à l'incapacité de s'arrêter face aux préjudices sanitaires et sociaux, conformément à la définition traditionnelle de la dépendance. Le respect minutieux du guide DSM-5, y compris l'utilisation de questions d'entrevue de qualification, peut contribuer à réduire le nombre de réponses faussement positives aux 11 critères.

Les critères des TUA du DSM-5 semblent entraîner une prévalence accrue des diagnostics de TUA par rapport au DSM-IV, et certaines populations (p. ex. les aînés, les jeunes) pourraient ne pas recevoir de diagnostic exact à l'aide des critères du DSM-5, tandis que d'autres personnes pourraient être classées à tort comme souffrant de TUA si les critères du DSM-5 ne sont pas appliqués correctement.

Recommandation 3

Tous les patients adultes et jeunes qui obtiennent un résultat positif au test de dépistage de consommation d'alcool à risque élevé devraient passer une entrevue diagnostique de TUA en utilisant les critères du DSM-5 et une évaluation plus poussée pour éclairer un plan de traitement, le cas échéant.

FAIBLE qualité des données probantes

FORTE recommandation

Remarques

- Les cliniciens doivent diagnostiquer et évaluer la gravité des TUA en utilisant les critères du DSM-5 associés afin de déterminer le cheminement clinique le plus approprié pour le patient.
- La confirmation du diagnostic et de la gravité des TUA est essentielle pour aiguiller les patients vers les soins appropriés, notamment des ordonnances et un aiguillage vers des soins continus, le cas échéant.
- Il se peut que les critères du DSM-5 ne permettent pas d'identifier avec exactitude les jeunes ou les aînés souffrant de TUA, qui sont susceptibles d'obtenir un diagnostic faussement positif.
- La qualité des données probantes pour cette recommandation a été évaluée comme faible par consensus du groupe de travail.
- La force de cette recommandation a été jugée forte en considérant la qualité des données probantes, le consensus du groupe de travail, le besoin reconnu de diagnostic et d'évaluation de la gravité pour permettre aux patients d'avoir accès à des soins des TUA plus poussés.

3.4 Intervention brève pour la consommation d'alcool à risque élevé

3.4.1 Théorie et pratique

L'identification des patients présentant une consommation d'alcool à risque élevé au moyen du dépistage permet aux cliniciens de mener une intervention brève pour appuyer un changement de comportement afin de réduire la consommation d'alcool ou d'y mettre fin. Les approches d'intervention brève peuvent varier en fonction d'un certain nombre de composantes, comme la durée et le nombre d'interactions entre le clinicien et le patient, et bon nombre d'entre elles intègrent les principes de l'entrevue motivationnelle (EM), une approche de counseling fondée sur les données probantes. Les cliniciens doivent savoir que l'intervention brève seule peut ne pas représenter un soutien suffisant pour tous les patients dans l'atteinte de leurs objectifs en matière de consommation d'alcool, et que certains patients peuvent avoir besoin d'autres interventions.

L'entrevue motivationnelle est une approche de counseling qui aide les patients à renforcer leur motivation à changer et crée une alliance thérapeutique, à savoir un partenariat, plutôt qu'une dynamique expert-patient²⁰¹. Les principes généraux de l'EM sont le partenariat, l'acceptation, la compassion et la suggestion²⁰¹. Le résultat prévu de l'EM est la sensibilisation du patient à tout écart entre ses comportements actuels, ses valeurs et ses objectifs. Le counseling fondé sur l'EM ne nécessite pas de spécialisation professionnelle et peut être offert par des médecins de premier recours, des infirmières praticiennes, des infirmières et d'autres professionnels de la santé agréés qui ont suivi la formation appropriée, bien que l'aiguillage vers des soins spécialisés devrait être effectué au besoin.

Les approches à base d'intervention brève qui suivent les principes de l'EM sont habituellement structurées à l'aide de l'approche FRAMES²⁰¹, une abréviation mémotechnique qui signifie **F**eedback, **R**esponsibility, **A**dvice, **M**enu, **E**mpathic et **S**elf-efficacy (rétroaction, responsabilité, conseils, menu, empathie et auto-efficacité, voir le [Tableau 13](#))^{201,202}. Un exemple qui a été bien étudié en soins primaires est le modèle en 5 étapes pour le changement de comportement²⁰³. Le modèle en 5 étapes a été élaboré à l'origine pour encourager l'adoption du

dépistage universel et des interventions brèves pour l'abandon du tabac, puis il a été adapté à plusieurs autres comportements liés à la santé, notamment la consommation d'alcool^{106,204}. Les 5 étapes sont **D**emander, **C**onseiller, **É**valuer, **A**ider et **P**révoir (voir [A3.3 Le modèle en 5 étapes pour les interventions brèves en matière d'alcool](#)). La simplicité de mémorisation et la rapidité d'administration constituent des forces pertinentes de cette approche. La méthode des 5 étapes peut aussi être facilement adaptée à des populations de patients et à des contextes cliniques particuliers (p. ex. l'ordre des questions et le format peuvent être modifiés au besoin), et d'autres membres de l'équipe de soins primaires peuvent utiliser l'outil si le temps du prescripteur est limité.

Les principaux aspects de l'intervention brève sont la discussion des préoccupations du patient en matière de santé, l'établissement collaboratif d'objectifs et l'élaboration d'un plan de traitement adapté à ces objectifs et aux préférences du patient.

Les patients à l'étape de la pré-contemplation ou ambivalents à l'égard de la réduction de leur consommation d'alcool peuvent être réévalués lors de rendez-vous subséquents afin de déterminer si leur consommation d'alcool et les circonstances connexes ont changé. Des directives détaillées sur la prestation de l'intervention brève se trouvent dans [l'Annexe 3 : Intervention brève pour la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA](#).

3.4.ii Intervention brève

Il existe une solide base de données probantes à l'appui de l'utilisation de l'intervention brève pour la consommation d'alcool à risque élevé chez les adultes^{166,205}, les jeunes (âgés de 11 à 25 ans) et les étudiants universitaires^{172,206-208}. Plusieurs méta-analyses et revues systématiques de haute qualité ont démontré que les interventions brèves entraînent des réductions cliniquement significatives des comportements de consommation d'alcool à risque élevé, notamment la consommation épisodique excessive d'alcool, les consommations quotidiennes ou hebdomadaires élevées d'alcool et la consommation d'alcool qui dépasse les limites recommandées, et ont conclu que, dans l'ensemble, les interventions brèves ont un effet bénéfique modéré²⁰⁹⁻²¹⁴. Par exemple, une étude Cochrane de 2018 (N = 69 ECR, n = 33 642) a rapporté des données probantes de qualité

modérée selon lesquelles l'administration d'interventions brèves liées à l'alcool dans des établissements de soins primaires a entraîné une réduction soutenue de la consommation d'alcool jusqu'à un an plus tard. En moyenne, les participants ayant bénéficié d'une intervention brève ont consommé 1,5 verre de moins par semaine (-20 g, IC à 95 % : -11,81 g à -28,36 g) et ont déclaré moins de séances de consommation excessive (différence moyenne [DM] : -0,08; IC à 95 % : -0,02 à -0,14) et jours de consommation (DM : -0,13; IC à 95 % : -0,04 à -0,14) par semaine comparativement aux participants ayant reçu une intervention minimale ou aucune intervention. Cependant, les grammes d'alcool consommés par jour de consommation étaient équivalents entre les groupes²⁰⁹.

Bien qu'une revue systématique de 2012 (N = 23, n = 10 745) ait signalé l'ampleur de l'effet la plus forte avec des interventions brèves à contacts multiples (c.-

Une seule séance d'intervention brève de cinq minutes est susceptible d'être efficace pour réduire la consommation d'alcool.

à-d. plusieurs séances d'intervention brève de 10 à 15 minutes offertes sur une période allant jusqu'à un an)¹⁴⁴, d'autres études ont révélé que la prolongation de la durée et de la fréquence des interventions brèves ne semble pas conférer d'avantages importants^{209,215}. Une constatation constante de multiples revues est que même une seule séance de cinq minutes intégrant les principes de base de l'EM est susceptible d'être efficace pour réduire la consommation d'alcool chez les personnes qui présentent un risque plus élevé de méfaits liés à l'alcool²⁰⁵. Une méta-analyse de 2016 portant sur 52 ECR (n = 29 891) a révélé que le type de fournisseur (p. ex. les conseillers, les pairs, les travailleurs sociaux, les psychologues) n'avait pas d'incidence sur les résultats, et que certaines données probantes indiquaient qu'une intervention brève fournie par des infirmières était plus efficace que celle offerte par des médecins, des conseillers ou des pairs pour réduire la quantité d'alcool consommée par les personnes ayant des habitudes de consommation à risque élevé (d de Cohent : -0,23, IC à 95 % : -0,33 à -0,13)²¹⁶. Par conséquent, si le temps du médecin et de l'infirmière praticienne est limité, la délégation du dépistage et de l'intervention brève à d'autres membres formés de l'équipe de soins ou du personnel peut être envisagée.

t Le d de Cohen est une mesure de la taille d'effet. Un résultat de 0,2 correspond à un effet de petite taille, 0,5 à un effet de taille moyenne et 0,8 à un effet important.

3.4.ii.1 Intervention brève par des moyens technologiques

L'utilisation de l'intervention brève par des moyens technologiques (c.-à-d. l'intervention brève offerte au moyen d'un format Web, d'un téléphone intelligent ou d'une autre technologie) est de plus en plus fréquente dans les milieux de soins primaires et communautaires. De multiples méta-analyses, des revues systématiques et des ECR laissent entendre que ce type de méthode pourrait être efficace pour améliorer les résultats liés à l'alcool et réduire les méfaits liés à l'alcool²¹⁷⁻²²⁸. Par exemple, une revue systématique de 42 études en 2019 (n = 19 135) a révélé que 71 % des études indiquaient une réduction de la consommation d'alcool ou des méfaits liés à l'alcool dans tous les résultats d'efficacité primaire ou secondaire (c.-à-d. la quantité d'alcool consommée, la fréquence de la consommation d'alcool, la gravité de la consommation d'alcool ou les scores de risque, la consommation excessive ou épisodiquement excessive d'alcool, le statut de la consommation à risque d'alcool, la consommation générale et les conséquences de la consommation d'alcool) à la suite d'une intervention brève par des moyens technologiques²¹⁷. Ces constatations concordent avec une méta-analyse de 2018 des données de chaque patient provenant de 19 ECR (n = 14 198) qui a démontré que les interventions brèves par des moyens technologiques ont considérablement réduit la consommation hebdomadaire moyenne d'alcool (-5,02 unités standard, IC à 95 % : -7,57 à -2,48; p < 0,001) et ont accru le respect par les participants des recommandations de consommation d'alcool à faible risque (RC = 2,20, IC à 95 % : 1,63 à 2,95; p < 0,001; NNT = 4,15)²¹⁸. Les interventions brèves par des moyens technologiques peuvent être intensifiées; toutefois, davantage de recherche est nécessaire pour déterminer quelles populations peuvent en tirer le plus grand avantage et quels contextes de prestation appuient le mieux les patients²¹⁸.

3.4.iii Intervention brève auprès des jeunes

De multiples méta-analyses et revues systématiques ont démontré l'efficacité de l'intervention brève dans l'amélioration des résultats en matière d'alcool chez les jeunes. Par exemple, une méta-analyse en réseau de 2020 (N = 22, n = 5 668) a révélé que l'intervention brève entraînait une baisse importante du nombre de jours de consommation d'alcool (-1,1 jour par mois, intervalle crédible à 95 % : -2,2 à -0,3) et de jours de forte consommation d'alcool (-0,7 jour par

mois, intervalle de crédibilité à 95 % : -1,6 à 0,0) comparativement au traitement habituel chez les jeunes de 12 à 20 ans; cependant, il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne les taux d'abstinence²²⁹. À l'instar des populations adultes, l'intervention brève par des moyens technologiques peut être une option réalisable pour les jeunes, avec des données probantes tirées d'une revue systématique de 2019 (N = 53, n = 31 365) démontrant une légère réduction de la consommation d'alcool à 6 mois comparativement à l'absence d'intervention (différence moyenne standardisée [DMS] : -0,18, IC à 95 % : -0,29 à -0,08) ou évaluation seulement (DMS : -0,14, IC à 95 % : -0,02 à -0,09) chez les jeunes de 15 à 25 ans²¹⁹. On a constaté que l'intervention brève indiquée et universelle (c.-à-d. préventive) donne des résultats cliniquement importants au sujet de la consommation d'alcool et des indices connexes chez les jeunes de 12 à 18 ans²³⁰. Cependant, un manque de recherche persiste sur les pratiques exemplaires de prestation, les méthodes de communication et les composantes propres à l'intervention qui pourraient influencer l'efficacité « réelle » de l'intervention brève dans cette population²³⁰.

Les fournisseurs de soins primaires sont bien placés pour offrir des interventions brèves aux jeunes, et les jeunes peuvent être plus susceptibles de participer à l'intervention brève offerte en contexte de soins primaires que dans un milieu spécialisé. Dans une étude randomisée de 2020 dans laquelle 7 cliniques de soins primaires ont mis en œuvre un modèle de dépistage mené par un généraliste ou un spécialiste, d'intervention brève et d'aiguillage vers le traitement (modèle SBIRT) en utilisant l'outil CRAFFT pour le dépistage; 24,4 % des adolescents (âgés de 12 à 17 ans) ont refusé un rendez-vous avec un spécialiste pour l'intervention brève après le dépistage mené par un spécialiste, tandis que seulement 3,8 % des adolescents ont refusé l'intervention brève fournie par leur fournisseur de soins primaires avec le modèle de dépistage mené par un généraliste, ce qui laisse entendre que le modèle mené par un spécialiste était moins efficace²³¹. Le taux plus faible d'interventions brèves menées par un spécialiste dans le cadre du modèle SBIRT peut refléter la volonté du patient de poursuivre une conversation au sujet de sa consommation de substances avec un fournisseur de soins peut-être nouveau et inconnu.

Dans le contexte canadien, les messages clés pour les jeunes qui pourraient être adaptés à l'intervention brève sont de les encourager à retarder toute

consommation d'alcool jusqu'à atteindre l'âge légal (≥ 18 ou 19 ans)^{232,233}. Si les jeunes décident de boire, il est possible de discuter de stratégies pour réduire les méfaits, comme veiller à ce que la consommation d'alcool se fasse dans un environnement sécuritaire et limiter la consommation d'alcool à une ou deux à la fois, une à deux fois par semaine^{232,233}. Les jeunes peuvent également bénéficier d'espaces qui leur sont réservés pour la consommation de substances et de services de santé mentale. Les cliniciens sont également encouragés à fournir de l'information aux jeunes sur ce qui est disponible dans leur collectivité. D'autres directives se trouvent dans [l'Annexe 3 : Intervention brève pour la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA](#).

3.4.iv Intervention brève pour les patientes enceintes

En 2009, une revue systématique (N = 4, n = 715) d'essais cliniques randomisés examinant l'efficacité des interventions psychosociales a révélé que l'intervention brève peut motiver les patientes enceintes à réduire ou à cesser leur consommation d'alcool; cependant, en raison de l'insuffisance et de l'hétérogénéité des données, une méta-analyse n'a pas pu être effectuée²³⁴. Un certain nombre d'études individuelles ont rapporté des résultats significatifs en faveur de l'intervention brève dans cette population. Par exemple, un essai randomisé de 2007 (n = 255) qui a comparé l'intervention brève à l'évaluation seule a seulement révélé que les personnes enceintes qui avaient bénéficié d'une intervention brève étaient cinq fois plus susceptibles de cesser de consommer de l'alcool pendant leur grossesse que celles qui avaient reçu une évaluation seulement (RC : 5,29, IC à 95 % : 1,59 à 18,25)²³⁵. Les résultats périnataux se sont également améliorés pour le groupe ayant profité d'interventions de courte durée, le taux de mortalité infantile étant trois fois plus faible (0,9 % contre 2,9 %) et où les nourrissons avaient une taille à la naissance significativement supérieure ($p = 0,03$) et un poids plus élevé ($p = 0,06$) dans le groupe ayant profité d'interventions brèves que dans le groupe évalué seulement²³⁵.

Comme dans le cas de la population générale de patients, la forme d'intervention brève la plus fréquemment étudiée dans cette population est l'EM, ce qui comprend le modèle en 5 étapes^{185,236,237}. Cependant, la recherche a également montré que le simple fait de demander aux patientes enceintes de parler de leur consommation d'alcool, de discuter des risques potentiels et la prestation de brefs conseils sans porter de jugement peut contribuer à modifier leur comportement de consommation d'alcool^{185,238}.

3.4.v Intervention brève auprès des aînés

Une revue systématique de 2014 (N = 37) des interventions brèves auprès de la population adulte générale a révélé un manque de documentation sur l'utilisation d'interventions brèves pour les aînés²⁰⁵. Une revue systématique subséquente (N = 7, n = 3 531) a révélé un effet positif global sur les résultats liés à l'alcool (p. ex. consommation d'alcool, nombre de consommations d'alcool par semaine, jours de consommation excessive) à la suite d'une intervention de courte durée; cependant, les auteurs insistent sur la nécessité de mener d'autres recherches propres aux aînés²³⁹. Les [Lignes directrices sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées](#) de la CCSMPA suggèrent qu'une intervention brève devrait être envisagée au départ auprès des aînés souffrant de TUA légers, car il s'agit de l'option de traitement la moins intrusive¹⁴⁰. Une revue systématique de 2022 (N = 61^u, n = 51 360) a permis de cerner trois principaux éléments des interventions qui sont efficaces pour contribuer à la prévention ou à la réduction de la consommation d'alcool chez les aînés (de 55 ans et plus) : fournir de l'information sur les conséquences de la consommation d'alcool; fournir une rétroaction personnalisée sur la consommation d'alcool en fonction de l'âge et d'autres facteurs, et que patient communique avec d'autres personnes et parle avec eux au sujet de la consommation d'alcool²⁴⁰. Une intervention brève donne l'occasion d'intégrer ces trois éléments.

3.4.vi Résumé de la section et recommandation

D'après les données probantes disponibles, les présentes lignes directrices recommandent que les cliniciens offrent des interventions brèves à tous les patients adultes et jeunes qui obtiennent un résultat positif au dépistage de la consommation d'alcool à risque élevé. Plusieurs revues systématiques de grande qualité ont révélé que l'intervention brève entraîne des réductions importantes et cliniquement significatives de la consommation d'alcool et ont conclu que, dans l'ensemble, il existe des données de qualité moyenne concernant un effet bénéfique de l'intervention de courte durée^{26,157,209,241}.

-
- u La grande majorité des études incluses dans cette revue systématique n'étaient pas axées sur les personnes âgées. Au lieu de cela, les interventions étaient plus généralement ciblées sur la population générale et incluaient les personnes âgées de 55 ans ou plus.

Le comité appuie l'utilisation d'entrevues motivationnelles courtes et conviviales d'une manière qui s'harmonise avec les [Principes de soins](#), afin de soutenir un changement de comportement, par exemple grâce au modèle en 5 étapes, car ces approches ont été bien étudiées et sont probablement connues de nombreux fournisseurs de soins primaires^{106,204}.

Il est recommandé de faire participer le personnel ou les équipes interprofessionnels au dépistage et à l'intervention brève si le temps du clinicien est limité et de veiller à ce que tous les patients fassent l'objet d'un dépistage et d'un triage appropriés. La recherche a démontré que l'intervention brève offerte par des conseillers, des pairs de soutien, des travailleurs sociaux ou des psychologues est aussi efficace que l'intervention brève offerte par un médecin pour aider les patients à réduire les méfaits liés à la consommation d'alcool, et que les interventions brèves effectuées par les infirmières peuvent être plus efficaces que celles menées par des médecins²¹⁶.

Recommandation 4

Tous les patients qui obtiennent un résultat positif au dépistage de la consommation d'alcool à risque élevé devraient avoir accès à une intervention brève.

MOYENNE Qualité des données probantes

FORTE recommandation

Remarques

- Les cliniciens devraient avoir accès à la formation, à l'éducation et aux ressources appropriées pour la prestation des interventions brève.
- Une intervention brève et une surveillance continue devraient être offertes aux patients qui obtiennent un résultat positif au dépistage de la consommation d'alcool à risque élevé. Dans le cas des personnes ayant reçu un diagnostic de TUA, l'intervention brève devrait être offerte avec des interventions psychosociales et/ou pharmacologiques appropriées.
- La qualité des données probantes à l'appui de cette recommandation a été jugée moyenne d'après des revues systématiques qui ont révélé que l'intervention brève entraînait des réductions importantes et cliniquement significatives des comportements de consommation d'alcool à risque élevé, notamment de la consommation épisodique excessive d'alcool, des consommations quotidiennes ou hebdomadaires d'alcool élevées et de la consommation d'alcool qui dépasse les limites recommandées.
- La force de cette recommandation a été jugée forte en fonction de la qualité des données probantes, du consensus du groupe de travail, du faible coût et de l'efficacité des interventions brèves.

3.5 Mise en œuvre du dépistage et des interventions brèves dans la pratique

La mise en œuvre du dépistage universel et de l'intervention brève pour la consommation d'alcool a été recommandée par diverses organisations nationales et internationales, y compris le Groupe de travail sur la stratégie nationale sur l'alcool, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, la Société canadienne de pédiatrie, le US Preventive Services Task Force, l'American Academy of Pediatrics et l'Organisation mondiale de la Santé^{145,202,242-246}. Cependant, la mise en œuvre du dépistage universel de la consommation d'alcool et d'une intervention brève dans la pratique clinique s'est révélée difficile, les taux de participation déclarés ne dépassant pas 2 % pour le dépistage de la consommation d'alcool et 1 % pour l'intervention de courte durée²⁴⁷. Les obstacles les plus souvent mentionnés par les fournisseurs de soins primaires comprennent le manque de temps, d'éducation, de formation et de ressources; l'inconfort et le malaise personnels liés à la façon de communiquer avec les patients; la stigmatisation qui se manifeste par la croyance que les patients ne changeront pas leur comportement; et la crainte d'offenser les patients en leur posant des questions sur leur consommation d'alcool²⁴⁸.

Ces obstacles peuvent également sous-tendre les écarts entre les études de l'efficacité et les études des effets. Malgré des essais randomisés qui démontrent l'efficacité de l'intervention brève dans des contextes de recherche, un certain nombre d'essais récents font état de différences modestes ou nulles de consommation d'alcool à la suite de l'application généralisée du dépistage universel de la consommation d'alcool et de l'intervention brève dans les systèmes de soins privés et financés par le secteur public.²⁴⁹⁻²⁵² Dans ces études, les auteurs ont expressément cité comme facteur contributif les faibles taux de conformité des fournisseurs dans l'administration de l'intervention brève selon les protocoles de l'étude. Des facteurs organisationnels ou systémiques, comme les incitatifs pour les fournisseurs, l'éducation des fournisseurs au sujet des risques de la consommation d'alcool et de l'efficacité de l'intervention de courte durée, la lutte contre la stigmatisation et la formation du personnel délégué (p. ex. infirmières, professionnels de la santé réglementés) pourraient faciliter une mise en œuvre plus large et améliorer l'efficacité dans le contexte des soins primaires²⁴⁸⁻²⁵².

Aux États-Unis, les National Institutes of Health accordent depuis plus d'une décennie la priorité au financement des initiatives liées à l'outil SBIRT sur la consommation de substances, et des évaluations robustes de projets mis en œuvre à grande échelle sont disponibles²⁵³⁻²⁵⁷. Ce travail a permis de dégager un certain nombre de thèmes communs parmi les programmes qui ont connu du succès. Ces pratiques exemplaires pour l'adoption et la mise en œuvre réussies de la méthode SBIRT pour la consommation de substances sont résumées ci-dessous.

Encadré 4. Pratiques exemplaires pour la mise en œuvre de la méthode SBIRT dans les établissements de soins primaires²⁵³⁻²⁵⁷

- Désigner un ou des « champions de la pratique »
- Assurer l'adhésion de la direction et des cadres supérieurs
- Faire participer tous les membres de l'équipe de soins et le personnel de la clinique
- Définir clairement chaque étape de la méthode SBIRT et la communiquer à tous les membres de l'équipe
- Élaborer des parcours d'aiguillage fonctionnels avec des partenaires et des programmes externes
- Mettre en place des possibilités continues et régulières de formation et de recyclage du personnel concernant la méthode SBIRT
- Harmoniser la méthode SBIRT au sein du parcours dans les cliniques de soins primaires de façon à ce que les perturbations soient minimales et que le changement soit facilement adopté
- Utiliser un instrument de dépistage court et validé (p. ex. SASQ) avant d'effectuer un dépistage complet
- Intégrer la méthode SBIRT au dossier de santé électronique
- Utiliser des rappels informatisés pour inciter à prendre des mesures dans le cadre de la méthode SBIRT
- Mettre en œuvre des mesures de rendement

4 Prise en charge du sevrage

La prise en charge du sevrage est définie comme étant un ensemble d'interventions pharmacologiques, psychosociales et de soins de soutien visant à gérer les symptômes ou les syndromes de sevrage qui surviennent lorsqu'une personne atteinte d'un trouble de l'usage de substance arrête ou réduit de manière significative sa consommation de cette substance²⁵⁸. La prise en charge complète du sevrage consiste à fournir des soins aux patients qui cessent de consommer une substance (c.-à-d. se désintoxiquent) et à aider le patient à stabiliser son état, à s'impliquer dans les soins continus et à accéder à d'autres services de santé et sociaux²⁵⁹. La prise en charge du sevrage constitue également un moment critique pour aiguiller les personnes vers des services de soutien continus. Il est important de noter que, pour les personnes souffrant de TUA modérés ou graves, la prise en charge du sevrage sous surveillance médicale peut prévenir des complications potentiellement mortelles qui peuvent émerger sans traitement (p. ex. crises, delirium tremens)²⁵⁸. Pour cette raison, il est essentiel de faire la distinction entre les personnes à risque de complications graves lors du sevrage et les personnes présentant des symptômes de sevrage légers à modérés.

La recherche a montré que la prise en charge du sevrage avant le début de la pharmacothérapie pour les TUA peut améliorer les résultats du traitement en empêchant un retour rapide à la consommation d'alcool (ou une rechute), lequel est souvent associé à des symptômes de sevrage non traités²⁶⁰⁻²⁶². La prise en charge du sevrage peut également être requise avant l'admission à un traitement en milieu hospitalier (anciennement appelé programme de traitement en établissement) et à d'autres programmes de soutien ou de rétablissement qui exigent l'abstinence et ne favorisent pas le sevrage médicalisé.

La prise en charge du sevrage peut être nécessaire ou recommandée pour de nombreuses raisons. La prise en charge du sevrage peut réduire le risque de symptômes de sevrage graves, contribuer à prévenir la reprise de la consommation d'alcool et appuyer les objectifs du patient (p. ex. prise en charge des symptômes de sevrage légers à modérés, établissement d'un lien entre les patients et les soins continus). Tous les patients doivent être évalués en fonction du risque de complications graves découlant du sevrage (c.-à-d. crises, delirium tremens) et

d'autres considérations cliniques pour la stratification en diverses voies de prise en charge du sevrage. Les niveaux de risque peuvent être évalués à l'aide de l'échelle de prévision de la gravité du sevrage alcoolique (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale, PAWSS)²⁶³ tout en tenant compte de la situation et des préférences du patient. Les patients dont l'évaluation révèle un risque élevé de complications graves (p. ex., crises, delirium tremens) doivent être dirigés vers un établissement hospitalier pour recevoir un traitement avec une observation clinique appropriée au niveau de risque du patient. Les patients qui présentent un faible risque de développer des complications graves peuvent ne pas avoir besoin d'une prise en charge du sevrage en milieu hospitalier, et le sevrage peut être traité en toute sécurité au moyen de programmes à domicile, de services de toxicomanie spécialisés en consultation ambulatoire et de milieux de soins primaires. Les cliniciens peuvent déterminer qu'il est plus approprié qu'un patient soit aiguillé vers une prise en charge en milieu hospitalier, ou une personne peut exprimer une préférence pour ce type de prise en charge, quelle que soit la cote PAWSS. Certains patients peuvent également commencer immédiatement à recevoir des soins continus de pharmacothérapie ou des traitements psychosociaux (voir [Soins continus – Pharmacothérapie](#) et [Soins continus – Interventions de traitement psychosocial](#))²⁶⁴. Les cliniciens doivent toutefois savoir que la plupart des pharmacothérapies de soins continus des TUA n'ont pas d'effet démontré sur les symptômes de sevrage, qu'il n'a pas été démontré qu'une pharmacothérapie de soins continus prévient les complications graves du sevrage, et que des symptômes de sevrage peuvent encore apparaître chez les personnes à faible risque de sevrage grave à la suite d'une réduction soudaine ou importante de la consommation d'alcool. Les cliniciens doivent surveiller de près ces patients pendant les premières étapes du traitement.

La prise en charge du sevrage à elle seule est une intervention à court terme qui peut sauver des vies et il est recommandé d'offrir à tous les patients un aiguillage vers des soins continus après la prise en charge du sevrage. Selon les objectifs du patient et les ressources disponibles, la prise en charge du sevrage devrait idéalement mener à une pharmacothérapie continue, à des soins psychosociaux ou aux deux. Dans les cas où la prise en charge du sevrage est le seul traitement en personne disponible (p. ex. dans les régions rurales et éloignées ou en situation de manque de ressources), les cliniciens devraient offrir une prise en charge du sevrage et un aiguillage vers des soins continus virtuels (p. ex., rendez-vous virtuels pour prescrire une pharmacothérapie et pour fournir ou conseiller un traitement psychosocial, notamment sous la forme de groupes de soutien par les pairs).

4.1 Vue d'ensemble du sevrage alcoolique

L'alcool affecte principalement le système nerveux central (SNC) en agissant comme agoniste de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA) et antagoniste du glutamate. Normalement, le cerveau maintient un équilibre entre les effets inhibiteurs du GABA et les effets excitants du glutamate. L'alcool perturbe cet équilibre en amplifiant les effets inhibiteurs du GABA et en supprimant les effets excitants du glutamate, ce qui se traduit par une impression de calme et de détente, une réduction des inhibitions, une perte d'équilibre et de coordination, et un ralentissement de la vitesse de réaction, de la cognition et de la respiration²⁶⁵. Avec la consommation chronique d'alcool, le cerveau s'adapte et compense ses effets; les systèmes médiés par le GABA deviennent moins sensibles à ce neurotransmetteur et les systèmes médiés par le glutamate deviennent plus sensibles au glutamate pour rétablir l'équilibre neurochimique²⁶⁶. Dans ces conditions, un arrêt soudain ou une réduction importante de la consommation d'alcool entraîne un déséquilibre aigu entre les systèmes du GABA et du glutamate, ce qui entraîne un état général d'excitation du SNC et réduit le seuil de déclenchement de crise²⁶⁶. Ce mécanisme explique de nombreux symptômes de sevrage alcoolique qui se manifestent chez les patients qui ont des antécédents de consommation chronique élevée d'alcool lorsqu'ils cessent ou réduisent considérablement de manière soudaine leur consommation d'alcool.

Jusqu'à 50 % des personnes souffrant de TUA à long terme connaîtront des symptômes de sevrage après avoir cessé de consommer de l'alcool²⁶⁷⁻²⁶⁹. Les symptômes de sevrage alcoolique commencent habituellement 6 à 24 heures après la dernière consommation d'alcool et atteignent leur intensité maximale après 24 à 48 heures, la plupart des symptômes se résorbant dans les 5 à 7 jours²⁷⁰. Dans les heures suivant l'arrêt de la consommation d'alcool, l'hyperactivité autonome peut se présenter sous forme de tachycardie, de fièvre, de tremblements, de nausées, de vomissements et de sudation, symptômes qui peuvent également être accompagnés d'une détresse psychologique sous forme d'anxiété, d'agitation, de troubles du sommeil ou d'insomnie (voir l'[Encadré 5](#)).

Les données sur le déroulement naturel du sevrage alcoolique proviennent principalement d'études portant sur des patients hospitalisés et malades d'un point de vue strictement médical. Ces études ont montré que, bien que le sevrage

alcoolique se limite habituellement aux symptômes énumérés ci-dessus, environ 7 à 8 % des personnes symptomatiques peuvent aussi subir des hallucinations visuelles, auditives ou tactiles transitoires²⁷¹. De plus, environ 10 % des patients symptomatiques ont des crises tonico-cloniques généralisées liées au sevrage qui nécessitent une intervention médicale^{264,272}. Si elles ne sont pas traitées, environ le tiers des personnes qui subissent des crises de sevrage risquent une évolution vers un delirium tremens²⁷³. Le delirium tremens est la manifestation la plus grave du sevrage alcoolique et est caractérisé par l'apparition d'une confusion, d'une désorientation ou d'hallucinations graves, accompagnées d'une hyperactivité autonome grave²⁷⁴. Le delirium tremens survient chez environ 3 à 5 % des patients hospitalisés pour la prise en charge du sevrage alcoolique^{265,267,275} et, s'il n'est pas traité, le risque de décès est d'environ 3 à 5 %²⁷⁶. Les patients peuvent éprouver des symptômes habituels et moins graves, comme des frissons et des tremblements, et les confondre avec des symptômes plus graves, en particulier des crises et du delirium tremens. Au cours du diagnostic, les cliniciens doivent définir clairement les symptômes de sevrage et s'assurer que le patient comprend chaque symptôme avant d'interpréter la réaction du patient.

Encadré 5. Critères de diagnostic du syndrome de sevrage alcoolique

Veillez consulter <http://www.psychomedia.qc.ca/toxicomanies/quels-sont-les-symptomes-de-sevrage-alcoolique> pour plus de détails

4.2 Évaluation des symptômes de sevrage au point d'intervention

Il a été démontré que la mesure périodique des symptômes pendant le sevrage alcoolique facilite les ajustements appropriés de la posologie et atténue le risque de symptômes graves, car les scores élevés au début du traitement prédisent des complications graves du sevrage, notamment les crises et le delirium tremens.²⁷⁷⁻²⁷⁹ Plusieurs échelles d'évaluation de la gravité des symptômes de sevrage alcoolique ont été publiées; parmi celles-ci, le Clinical Institute Withdrawal Assessment—Alcohol Revised (CIWA-Ar) et le Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS) sont les deux outils les plus couramment utilisés et recommandés pour mesurer l'intensité des symptômes de sevrage²⁷⁹⁻²⁸¹.

4.2.i Clinical Institute Withdrawal Assessment—Alcohol Revised

Le CIWA-Ar est l'outil le plus utilisé²⁸² pour évaluer la gravité des symptômes de sevrage dans divers milieux de soins cliniques, avec une fiabilité et une validité inter-évaluateurs démontrées²⁸³. Le CIWA-Ar comprend l'évaluation clinique de 10 symptômes et signes particuliers de sevrage alcoolique, notamment l'anxiété et l'agitation, les troubles auditifs, visuels et tactiles, les tremblements, la transpiration, les nausées, les maux de tête et le brouillage sensoriel, qui se voient attribuer un score numérique fondé sur des mesures de gravité objectives et subjectives (voir l'[Encadré 14](#))²⁸³. Le CIWA-Ar ne convient pas à l'autoévaluation et devrait être administré par un clinicien.

Le CIWA-Ar peut être utilisé pour déterminer les calendriers d'administration des médicaments avant le début du traitement et périodiquement pendant la prise en charge du sevrage (c.-à-d. les calendriers modifiés en temps réel selon les symptômes). Des études ont montré que l'utilisation du CIWA-Ar dans ce contexte minimise la sous-médication et la surmédication des patients.^{279,280}

L'utilisation du CIWA-Ar peut ne pas être appropriée s'il existe des obstacles à la communication entre le fournisseur et le patient (p. ex. langue, capacité verbale, troubles cognitifs ou baisse du niveau de conscience), ou si le patient montre des signes d'instabilité, de désorientation ou de délire. Les cliniciens doivent savoir que de telles circonstances peuvent miner la validité des cotes liées

aux symptômes subjectifs dans le cadre du CIWA-Ar, lesquels nécessitent une discussion avec le patient afin d'effectuer une évaluation précise (p. ex. anxiété, maux de tête, nausées, hallucinations).²⁸⁴ Le CIWA-Ar n'a pas été validé pour les patients qui consomment de l'alcool avec d'autres déprimeurs du SNC (p. ex. opioïdes, benzodiazépines) et il existe un risque que le sevrage des opioïdes ou des benzodiazépines soit identifié à tort comme des symptômes du sevrage alcoolique^{279,280}.

4.2.ii Short Alcohol Withdrawal Scale

La méthode SAWS a été élaborée en mettant l'accent sur la réduction de la durée, du biais des observateurs et des obstacles à la communication qui peuvent nuire à la cotation objective des symptômes de sevrage alcoolique^{285,286}. À l'instar du CIWA-Ar, l'outil de cotation SAWS porte sur 10 symptômes, dont la gravité varie de zéro (0) à grave (3) (voir [Encadré 15](#)). Les patients qui déclarent un score combiné de 12 ou plus sont considérés comme des candidats appropriés pour la prise en charge pharmacologique du sevrage²⁸⁵. La cotation au moyen de l'outil SAWS prend de 5 à 10 minutes et peut être effectuée par le patient ou dans le cadre d'une entrevue structurée en milieu hospitalier ou ambulatoire²⁸⁵.

Les avantages cités de l'instrument SAWS sont sa concision ainsi que sa facilité d'interprétation et d'utilisation par les patients et les cliniciens^{285,286}. Une étude randomisée de 2010 portant sur 122 patients a validé l'utilisation de l'outil SAWS en contexte ambulatoire et a révélé que le SAWS était facile à comprendre et pertinent pour le choix des traitements et l'évaluation²⁸⁶. De plus, il est suggéré que la passation du SAWS par les patients puisse contribuer à éliminer le biais d'observation et les obstacles pratiques imposés par la fréquence de cotation par le personnel clinique²⁸⁶. Par conséquent, le SAWS peut servir d'outil autonome pour évaluer les symptômes de sevrage alcoolique légers à modérés ou de supplément aux outils administrés par les cliniciens comme le CIWA-Ar. À l'instar du CIWA-Ar, l'utilisation du SAWS est limitée s'il existe des obstacles à la communication ou à la compréhension (p. ex. langue, faible littératie).²⁸⁶

4.3 Évaluation du risque de complications graves liées au sevrage alcoolique

Toutes les personnes souffrant de TUA ne subiront pas de graves complications au moment de la réduction ou de l'arrêt de la consommation d'alcool; par exemple, certaines revues suggèrent que les jeunes, les personnes qui consomment moins d'alcool ou depuis moins longtemps ou qui souffrent de TUA moins graves peuvent être moins susceptibles de souffrir de complications graves²⁶⁷⁻²⁶⁹. Une théorie largement citée connue sous le nom d'« effet d'embrassement »²⁸⁷ suggère que la gravité des symptômes de sevrage ressentis par un patient est directement liée à ses antécédents de consommation d'alcool (p. ex. la durée depuis laquelle il consomme de l'alcool et depuis le début de la consommation excessive d'alcool) et aux expériences antérieures de sevrage (p. ex. nombre de tentatives antérieures d'abstinence, gravité des symptômes, antécédents de complications). La théorie de l'embrassement suggère que les épisodes répétés de symptômes de sevrage alcoolique non traités augmentent progressivement l'excitabilité neuronale et peuvent réduire le seuil de crise. Cela peut mener à des épisodes de sevrage de plus en plus graves qui ont une plus grande probabilité de progression vers les crises et le delirium tremens^{273,288}.

Une méthode systématique de prévision du risque de symptômes de sevrage graves fondée sur les antécédents de consommation d'alcool, les antécédents de sevrage et d'autres facteurs pertinents peut contribuer à éclairer la prise de décisions au moment de choisir des voies de prise en charge du sevrage et d'élaborer des stratégies adaptées à chaque patient^v. L'identification des patients à faible risque de complications graves peut contribuer à réduire les admissions inutiles en soins actifs et la consommation de médicaments. Cela pourrait également permettre l'utilisation d'une approche sans benzodiazépine ou avec peu de benzodiazépines, qui peut réduire les effets indésirables couramment observés avec ces médicaments, comme une sédation excessive, des chutes, des épisodes de délire, des troubles de la mémoire, une dépression respiratoire, un coma, une dépendance et une hospitalisation prolongée^{289,290}.

-
- v Certaines personnes qui boivent beaucoup peuvent être à risque de développer des symptômes de sevrage sans satisfaire aux critères diagnostiques des TUA. Les cliniciens doivent amorcer la prise en charge du sevrage lorsque cela est médicalement nécessaire, quel que soit le diagnostic de TUA.

4.3.i Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale

L'échelle de prévision de la gravité du sevrage alcoolique (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale, PAWSS) est un outil validé à base de scores permettant d'estimer le risque de sevrage grave qui peut éclairer le choix des voies appropriées de prise en charge du sevrage (voir l'outil dans l'[Encadré 16](#))²⁶³.

Encadré 6. Facteurs prédictifs de symptômes de sevrage alcoolique et de complications graves^{263,268,274}

- Épisodes antérieurs de sevrage alcoolique, de crises, de delirium tremens, de traitement de réadaptation en milieu hospitalier pour alcoolémie ou de périodes de trou noir
- Utilisation concomitante d'agents dépresseurs du SNC (p. ex. opioïdes, benzodiazépines, barbituriques) ou d'autres substances licites ou illicites
- Intoxication récente; alcoolémie positive au moment de l'admission aux soins
- Augmentation de l'activité autonome, notamment élévation de la tension artérielle, de la fréquence cardiaque et de la température corporelle

L'outil PAWSS intègre les facteurs de risque énumérés ci-dessus dans une échelle cumulative de 10 éléments avec un score maximal de 10, un score < 4 indiquant un risque faible et un score ≥ 4 indiquant un risque élevé de complications graves du sevrage²⁶³.

Une étude prospective de 12 mois portant sur 403 patients hospitalisés publiée en 2015 a montré que l'outil PAWSS avait une valeur prédictive élevée pour l'identification des patients à risque élevé de complications graves (valeur prédictive positive [VPP]^w = 93,1; valeur prédictive négative [VPN]^x = 99,5). et une bonne fiabilité inter-évaluateurs (accord à 96,3 %) ²⁹¹. Les auteurs ont conclu que cet outil peut permettre aux cliniciens d'identifier avec précision les patients à risque de complications graves et d'élaborer un plan de traitement approprié pour prévenir ces symptômes²⁹¹.

w La valeur prédictive positive reflète la proportion de sujets ayant un résultat positif au test pour lesquels le résultat d'intérêt se vérifie effectivement.

x La valeur prédictive négative reflète la proportion de sujets dont le résultat du test est négatif pour lesquels le résultat d'intérêt est effectivement négatif.

L'exactitude et l'utilité de l'outil PAWSS ont été démontrées davantage dans une méta-analyse de 2018 de 14 études (n = 71 295) évaluant des mesures uniques et composites du risque de sevrage grave²⁹². Les auteurs ont démontré que, bien qu'aucun facteur unique ne puisse être utilisé pour exclure le risque de syndrome de sevrage grave, des antécédents de delirium tremens (rapport de vraisemblance [RV]^y = 2,9, IC à 95 % : 1,7 à 5,2) et tension artérielle systolique de référence de 140 mmHg ou plus (RV = 1,7, IC à 95 % : 1,3 à 2,3) étaient associés à une probabilité accrue de complications graves du sevrage alcoolique. La revue a également démontré que les échelles composites (c.-à-d. PAWSS, Luebeck Alcohol Withdrawal Risk Scale²⁹³ et Alcohol Withdrawal Rating Scale²⁹⁴) qui mesuraient de multiples signes et symptômes étaient plus utiles pour prédire le risque d'une personne que les signes ou symptômes pris seuls. Parmi ces échelles composites, la PAWSS s'est révélée la plus précise, avec un RV positif de 174 (IC à 95 % : 43 à 696; spécificité = 0,93) et un RV négatif de 0,07 (IC à 95 % : 0,02 à 0,26; sensibilité = 0,99)²⁹².

Comme mentionné dans la méta-analyse de 2018²⁹², la PAWSS n'a pas encore été validée en milieu ambulatoire, pour les jeunes ou les personnes enceintes. Il est également nécessaire de souligner que cet outil ne convient pas à l'autoévaluation; le clinicien qui administre devrait définir clairement les critères du questionnaire PAWSS pour le patient afin de réduire au minimum le risque d'un résultat faux positif.

Comme tout autre outil d'évaluation, la PAWSS est conçue pour être utilisée conjointement avec les informations cliniques, les ressources cliniques et les préférences du patient. Le principal facteur de risque de complications graves liées au sevrage est un antécédent de sevrage grave antérieur, notamment des crises ou des delirium tremens antérieurs.^{295,296} En raison de la gravité de ces effets, les cliniciens doivent tenir compte des antécédents, de la situation des clients (p. ex. logement non sécuritaire, itinérance, violence entre partenaires intimes; voir l'[Encadré 7](#)) et des ressources cliniques pour mieux attribuer le niveau de soins approprié aux patients.

y Le rapport de vraisemblance (RV) donne la probabilité de prédire correctement la présence d'une maladie par rapport à la probabilité de prédire incorrectement la présence de la maladie. Un RV > 1 indique que le test a augmenté l'évaluation de la probabilité de présence de la maladie; un RV < 1 indique que le test a diminué l'évaluation de la probabilité de présence de la maladie. Un RV de 1 indique qu'aucune information de diagnostic n'est ajoutée par le test.

Le risque de complications graves du sevrage alcoolique doit être évalué pour tous les patients ayant reçu un diagnostic de TUA, même si un patient choisit de ne pas commencer le traitement ou si la prise en charge du sevrage ne fait pas partie du plan de traitement d'un patient. Des complications graves peuvent survenir en cas de réduction soudaine ou importante de la consommation d'alcool ou d'arrêt de celle-ci. Les cliniciens doivent examiner les scores PAWSS avec les patients et fournir de l'information sur les risques associés au sevrage non supervisé.

La PAWSS ne peut être utilisée que pour prédire le risque de complications graves du sevrage. Les symptômes de sevrage actifs peuvent être évalués à l'aide de l'échelle CIWA-Ar ou de la méthode SAWS.

4.3.ii Résumé de la section et recommandation

Le comité des lignes directrices recommande l'utilisation de la PAWSS pour évaluer le risque de complications graves liées au sevrage alcoolique et pour contribuer à éclairer le triage des patients vers les voies de soins ambulatoires liés au sevrage (p. ex. PAWSS < 4) ou en milieu hospitalier (p. ex. PAWSS ≥ 4). Cette recommandation est fondée sur les résultats d'une étude prospective qui a révélé que la PAWSS avait une excellente valeur prédictive (VPP = 93,1; VPN = 99,5) pour l'identification des patients à risque de complications graves²⁹¹ et d'une méta-analyse de 2018 qui a révélé que la PAWSS avait la sensibilité (93 %) et la spécificité (99 %) les plus élevées pour identifier les patients à risque de symptômes graves de sevrage alcoolique par rapport à d'autres échelles composites (c.-à-d. Luebeck Alcohol Risk Scale et Alcohol Withdrawal Rating Scale) et par rapport aux signes et aux symptômes pris seuls²⁹².

Recommandation 5

Les cliniciens devraient utiliser des paramètres cliniques, comme les crises ou les delirium tremens passés, ainsi que l'échelle de prévision de la gravité du sevrage alcoolique (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale, PAWSS) pour évaluer le risque de complications graves du sevrage alcoolique et déterminer une voie de prise en charge du sevrage appropriée.

MOYENNE Qualité des données probantes

FORTE Force de la recommandation

Remarques

- Cet outil doit être utilisé conjointement avec une évaluation complète des antécédents médicaux du patient, de sa situation actuelle, de ses besoins et de ses préférences.
- La PAWSS ne convient pas à l'autoévaluation et devrait être administrée par un clinicien.
- Les patients peuvent confondre certains des critères inclus dans le questionnaire PAWSS, en particulier les crises et le delirium tremens, avec des symptômes courants et moins graves de sevrage. Pour éviter les faux positifs, le clinicien qui administre le questionnaire doit définir clairement ces critères avant d'obtenir les réponses du patient.
- La PAWSS n'a pas été validée dans les structures de soins ambulatoires ni pour les personnes jeunes ou enceintes.
- La qualité des données probantes pour cette recommandation a été jugée moyenne, car la PAWSS a démontré une grande exactitude dans un petit nombre d'études prospectives menées sur des populations limitées.
- La force de cette recommandation a été jugée forte selon la qualité des données probantes, le consensus du groupe de travail, la rentabilité, la faisabilité de la mise en œuvre de la PAWSS en contexte clinique et l'utilité de la stratification des risques pour éclairer les cheminement de soins des patients.

4.4 Stratégies de prise en charge du sevrage

Cette section passe en revue les critères applicables aux stratégies de prise en charge du sevrage en ambulatoire et en milieu hospitalier. Les cliniciens devraient utiliser la PAWSS, ainsi que d'autres critères relatifs aux patients, pour évaluer le risque de complications graves liées au sevrage alcoolique et pour orienter le choix de la voie de prise en charge du sevrage appropriée. Les patients à faible risque de complications graves du sevrage alcoolique (p. ex. PAWSS < 4) peuvent généralement profiter d'une prise en charge du sevrage en ambulatoire, tandis que les patients à risque élevé de complications graves du sevrage (p. ex. PAWSS 4) doivent généralement être aiguillés vers la prise en charge du sevrage en milieu hospitalier, le cas échéant.

4.4.i Prise en charge du sevrage en ambulatoire

On estime que jusqu'à 80 % des patients souffrant de TUA peuvent profiter d'une prise en charge du sevrage sous supervision médicale en ambulatoire (p. ex. bureaux de soins primaires, établissements de traitement de la toxicomanie)^{297,298}. La prise en charge en ambulatoire est généralement sécuritaire, efficace et plus économique que le traitement en milieu hospitalier^{298,299} et peut constituer une perturbation moindre du travail et de la vie familiale d'un patient³⁰⁰. De plus, les revues indiquent que plus de 70 % des patients inscrits à la prise en charge du sevrage en ambulatoire ont terminé leur traitement et que 50 % d'entre eux continuent de recevoir des soins continus en toxicomanie afin d'atteindre leurs objectifs de traitement à long terme (c.-à-d. réduction des méfaits liés à la consommation excessive d'alcool ou abstinence)^{295,301}. Les critères spécifiques au patient pour la prise en charge du sevrage ambulatoire sont énumérés ci-dessous.

Encadré 7. Critères de prise en charge du sevrage alcoolique en ambulatoire^{295,296}

Tous les critères suivants doivent être respectés :

- Score PAWSS < 4 (voir l'[Encadré 16](#))
- Absence de contre-indications et d'état qui pourraient indiquer une prise en charge du sevrage en milieu hospitalier, quel que soit le score PAWSS :
 - Multiples tentatives infructueuses de prise en charge du sevrage en ambulatoire
 - Antécédents de crises ou de delirium tremens
 - Comorbidités médicales graves ou incontrôlées (p. ex. diabète grave ou non contrôlé, MPOC, maladie cardiaque)
 - Atteinte hépatique grave (p. ex. jaunisse, ascite, cirrhose décompensée)
 - Confusion aiguë ou déficience cognitive
 - Maladie aiguë ou infection nécessitant une intervention médicale
 - Symptômes psychiatriques graves concomitants ou troubles psychiatriques instables (p. ex. idées suicidaires, psychose)
 - Prise en charge du sevrage de plus d'une substance ou stabilisation en cours de plus d'un traitement pharmacothérapeutique pour la consommation de substances
 - Utilisation concomitante d'autres dépresseurs du SNC (p. ex. consommation prescrite ou non médicale de benzodiazépines ou de médicaments apparentés, de barbituriques, d'opioïdes)
 - Troubles de la douleur chroniques, complexes
 - Grossesse
 - Absence d'un milieu sûr, stable et exempt de substances (p. ex. itinérance) ou d'une personne fiable (p. ex. un membre de la famille, un ami, un aidant, un pharmacien ou une personne de soutien communautaire) pour fournir les médicaments
 - Manque de réaction adéquate aux médicaments non-benzodiazépines après 24 à 48 heures
- Possibilité de faire un suivi pendant les trois à cinq premiers jours et par la suite, un jour sur deux
 - Si les visites en personne ne sont pas possibles pour les patients ou les cliniciens, des options de suivi virtuel comme des appels téléphoniques ou vidéo devraient être offertes
- Capacité de prendre des médicaments par voie orale
- Capacité à comprendre des instructions médicales
- Un logement sécuritaire (c.-à-d. un logement qui ne met pas en péril la santé, la sécurité ou le bien-être de ses occupants et qui permet l'accès à des services publics de base)
- Dispose d'une personne fiable (p. ex. un membre de la famille, un ami, un soignant, un pharmacien, une personne de soutien communautaire) qui peut surveiller les symptômes pendant la période de sevrage aigu (c.-à-d. de 3 à 5 jours) et appuyer le respect du traitement médicamenteux
- Tout autre problème médical ou social qui, selon le clinicien traitant, présenterait des risques graves pour la sécurité du patient si le sevrage alcoolique était géré en ambulatoire

Remarque : Les patients ne disposant pas de soutien de la famille ou de la collectivité ou mal logés en raison de leur pauvreté et des obstacles systématiques ne devraient pas se voir refuser un traitement. Si le traitement en milieu hospitalier n'est pas une option en raison du manque de lits ou de la préférence des patients, les patients qui ont un soutien social minimal doivent être pris en charge et traités au moyen d'autres stratégies, comme des visites quotidiennes à la clinique, des visites à domicile, la mise en relation avec un pharmacien local ou des soins virtuels. Si des benzodiazépines sont prescrites pour une utilisation en ambulatoire, envisager un calendrier à court terme et réduit (5 à 7 jours), une distribution quotidienne et un conditionnement sous emballage coque. Les antécédents du patient en matière de fiabilité et de respect des recommandations cliniques doivent être considérés comme un facteur dans cette décision.

La prise en charge du sevrage en milieu hospitalier dans un hôpital ou un établissement spécialisé devrait être envisagée pour les patients qui ne satisfont pas aux critères susmentionnés, qui ont d'autres contre-indications à la prise en charge ambulatoire selon le jugement clinique du fournisseur de soins de santé traitant, ou qui expriment une préférence pour la prise en charge du sevrage en milieu hospitalier. Les personnes subissant une marginalisation sociale et économique importante, qui vivent dans la pauvreté ou qui ont de graves comorbidités et des problèmes de santé aigus sont susceptibles de recevoir des soins plus sécuritaires dans un milieu hospitalier où elles peuvent être surveillées et soutenues pendant leur traitement de sevrage alcoolique. Par ailleurs, dans les collectivités où ils sont disponibles, des programmes de prise en charge du sevrage ambulatoires sous supervision médicale (p. ex. programmes de désintoxication à domicile comportant des visites quotidiennes de l'équipe de soins, programmes de jour ambulatoires) peuvent être envisagés si cela est possible et approprié.

4.4.i.1 Absence de symptômes ou symptômes de sevrage légers

Les patients chez qui on a diagnostiqué des TUA légers à modérés (selon les critères du DSM-5) peuvent présenter des symptômes de sevrage négligeables ou mineurs lorsqu'ils cessent de consommer de l'alcool. Dans ce cas, certains patients peuvent choisir les soins de soutien seuls (p. ex. environnement favorable, un minimum d'interactions interpersonnelles, nutrition et hydratation adéquates, encouragement et renforcement positif, aiguillage vers des ressources communautaires) ou de commencer à prendre une pharmacothérapie pour les TUA (p. ex. naltrexone, acamprosate) pour appuyer les objectifs de traitement à long terme (p. ex. consommation d'alcool plus sécuritaire, réduction de la consommation d'alcool ou abstinence).

Il y a un manque de consensus et de directives claires concernant la prise en charge ambulatoire des patients qui présentent des symptômes de sevrage légers. Les guides de pratique tendent à préconiser la prestation de soins de soutien seulement jusqu'à ce que les symptômes de sevrage disparaissent^{258,302}. D'après les premières études, les soins de soutien étaient suffisants pour environ 75 % des patients qui n'avaient pas de troubles médicaux complexes comorbides^{303,304}. À la lumière de ces résultats, les patients avec un score PAWSS < 4 qui préfèrent entamer leur sevrage sans avoir recours à des pharmacothérapies d'ordonnance devraient recevoir les renseignements et les aiguillages nécessaires, sans oublier de faire l'objet d'un suivi fréquent. Des analgésiques en vente libre, des antiémétiques et des médicaments anti-diarrhéiques peuvent également être recommandés pour la gestion des symptômes légers.

4.4.i.2 Symptômes de sevrage légers à modérés

Des études ont démontré que la prise en charge du sevrage peut être assurée en toute sécurité dans les services ambulatoires pour la plupart des patients atteints de TUA^{295,297,298,301}. Les patients qui présentent un faible risque de complications graves du sevrage (p. ex. PAWSS < 4) et qui n'ont pas d'autres problèmes ni de complications concomitantes qui nécessiteraient une prise en charge en milieu hospitalier ([Encadré 7](#)) peuvent se voir proposer une prise en charge du sevrage en ambulatoire. Des suggestions pour la prise en charge en ambulatoire sont présentées ci-dessous ([Encadré 8](#)).

Une gestion adéquate des symptômes de sevrage, notamment par la pharmacothérapie, le cas échéant, peut accroître la probabilité que les patients atteignent leurs objectifs de traitement. Par conséquent, les cliniciens peuvent aussi envisager de rédiger une ordonnance que le patient peut utiliser au besoin, afin d'éviter des retards déstabilisants dans la gestion de tout symptôme de sevrage important qui se manifesterait ultérieurement. Il faut conseiller aux patients de communiquer avec leur fournisseur de soins de santé si cela se produit. Les pharmaciens communautaires peuvent également représenter une source importante de soutien et de conseils pour les patients qui présentent des symptômes de sevrage inattendus. Voir [Pharmacothérapies pour la prise en charge du sevrage](#) pour plus d'informations.

Encadré 8. Proposer la prise en charge du sevrage en ambulatoire

PLANIFICATION

- Évaluez et déterminez les objectifs de traitement du patient.
- Planifiez la prise en charge du sevrage en tenant compte de la couverture disponible et de la situation du patient. Le début du traitement en fin de semaine peut réduire au minimum la perturbation du travail d'un patient. Si le service n'est pas disponible en fin de semaine, prévoyez un traitement le lundi ou le mardi pour assurer l'accès au service les jours suivants.
- Donnez aux patients un numéro de téléphone ou les coordonnées d'une autre personne-ressource qu'ils peuvent appeler en cas d'urgence.
- Dans la mesure du possible, demandez qu'une personne fiable (p. ex. un membre de la famille, un ami, un aidant, un pharmacien, une personne de soutien communautaire, un pair de soutien) soit disponible pour fournir du soutien, aider à établir les calendriers de traitement, faire le suivi des symptômes et des réactions aux médicaments et accompagner ou transporter le patient à ses rendez-vous. Si ce n'est pas le cas, organisez un soutien de suivi virtuel (p. ex. appels téléphoniques ou vidéo sécurisés).
- Fournissez aux patients et aux membres de leur famille/soignants (avec le consentement du patient) des ressources éducatives décrivant en détail les symptômes de sevrage, les médicaments, les effets secondaires et les problèmes de sécurité, ainsi que des ressources sur le soutien concernant les TUA et pour les familles.
- Fournissez un soutien en prévention des rechutes et des surdoses ainsi qu'en planification de la sécurité en fonction des facteurs de risque du patient.
- Recommandez des vitamines en vente libre, notamment la thiamine et le folate, comme mesure prophylactique avant et pendant le sevrage. Les cliniciens devraient consulter le formulaire pertinent pour déterminer si ces vitamines sont couvertes.
- Recommandez une augmentation de l'apport en liquides et en électrolytes, une alimentation restreinte composée d'aliments légers et un minimum d'exercice.
- Examinez les risques et les avantages des remèdes naturels, de la caféine ou de toute activité qui augmente la transpiration (p. ex. bains chauds, douches ou saunas), en respectant et en comprenant l'importance des pratiques de guérison culturelle pour certains patients (p. ex. sueries).
- Conseillez aux patients de ne pas conduire jusqu'à ce que leurs symptômes de sevrage disparaissent.

SURVEILLANCE

- Évaluez les éléments suivants à chaque visite quotidienne :
 - Signes vitaux
 - Symptômes de sevrage
 - Hydratation
 - Cognition
 - État émotionnel
 - État physique général
- Évaluez le patient quotidiennement pendant la phase aiguë du sevrage (c.-à-d. de 3 à 5 jours), évaluez et ajustez le calendrier de suivi par la suite, au besoin. S'il y a lieu, envisagez des options de suivi des soins virtuels (c.-à-d. appels téléphoniques ou vidéo) ou la communication avec un pharmacien local pour les situations où les visites en personne ne sont pas possibles.
- Fournissez des instructions claires pour les situations qui exigent que le patient soit évalué en personne (p. ex. si les symptômes de sevrage s'aggravent).
- Offrez des encouragements et un aiguillage vers les ressources communautaires, les groupes de soutien ou les programmes d'aide aux employés, le cas échéant.

SUIVI

- Réévaluez régulièrement la réaction du patient au plan de traitement et les objectifs de traitement définis par le patient lui-même.
- Si le patient a un objectif d'abstinence, surveillez toute éventuelle rechute et examinez en collaboration toute cause de retour à la consommation d'alcool.
- Si le patient a pour objectif de réduire sa consommation d'alcool, continuez de surveiller celle-ci, offrez une pharmacothérapie et des interventions psychosociales (voir [Soins continus—Pharmacothérapie](#) et [Soins continus — Interventions de traitement psychosocial](#)) pour appuyer l'auto-efficacité de la consommation d'alcool à faible risque.
- Examinez ensemble la cause de toute consommation d'alcool qui dépasse les objectifs que le patient s'est fixés.
- Consultez un spécialiste des toxicomanies, au besoin, s'il y a lieu (consultez l'[Annexe 6 : Services de consultation](#) pour des programmes qui offrent des services de consultation ou d'aiguillage vers des spécialistes des toxicomanies).

4.4.ii Prise en charge du sevrage en milieu hospitalier

Environ 20 % des patients souffrant de TUA auront besoin d'une hospitalisation ou d'une prise en charge du sevrage en milieu hospitalier en raison d'un risque accru de complications graves^{297,298}. Les cliniciens devraient consulter un spécialiste ou aiguiller les patients vers des soins en milieu hospitalier en cas de risque de développement de complications graves du sevrage. Les patients situés dans des régions où il n'existe pas d'établissement hospitalier spécialisé en gestion du sevrage doivent être admis

à l'hôpital^{293,294,305}. Pour obtenir des conseils sur la prise en charge du sevrage en milieu hospitalier et la prise en charge des symptômes graves de sevrage alcoolique (p. ex. crises toniques cloniques, delirium tremens), voir [Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management](#) de l'American Society of Addiction Medicine [en anglais seulement] et [Alcohol Use Disorders: Diagnosis and Clinical Management of Alcohol-Related Physical Complications](#) [en anglais seulement].

La prise en charge en ambulatoire des patients présentant un risque élevé de complications graves n'est pas recommandée^{258,306}. Si un patient présente un risque élevé de complications graves liées au sevrage (p. ex. PAWSS \geq 4), mais que le traitement en milieu hospitalier n'est pas possible en raison de la préférence du patient ou du manque de disponibilité du service, les cliniciens devraient prendre des dispositions pour un suivi et un soutien communautaires pendant le traitement (p. ex. programmes de sevrage à domicile, programmes ambulatoires intensifs, établissement de liens avec un pharmacien communautaire, participation de membres de la famille, d'amis, de soignants ou d'une personne de soutien communautaire). Passer en revue les risques d'un sevrage alcoolique soudain ou non supervisé avec le patient et lui proposer de créer un plan de soins axé sur sa sécurité, notamment en veillant à ce qu'il soit conscient de la nécessité de demander une aide immédiate en cas de complications du sevrage. Surveiller de près le patient pendant la période de sevrage (p. ex. appels téléphoniques quotidiens, visites cliniques fréquentes).

4.4.ii.1 Gestion de l'alcool pour la prise en charge du sevrage en milieu hospitalier

Les programmes de gestion de l'alcool (PGA) constituent une intervention de réduction des méfaits, étayée par un ensemble limité de données probantes, qui visent à réduire au minimum les effets indésirables personnels et sociétaux des TUA graves, particulièrement chez les personnes souffrant de TUA chroniques et graves qui peuvent être en situation d'itinérance ou qui sont mal logées^{307,308}. La gestion de l'alcool consiste habituellement à administrer des doses personnalisées d'alcool aux clients à intervalles réguliers afin de réguler leur consommation, de réduire au minimum le risque de développer des symptômes graves de sevrage alcoolique et de réduire ou d'éliminer la nécessité de consommer de l'alcool non destiné à la consommation (p. ex. désinfectant pour les mains, rince-bouche, alcool à friction, laque)³⁰⁷. Certains patients peuvent exprimer une préférence pour la participation à un PGA au lieu de la prise en charge standard du sevrage. Pour plus de détails, voir [Programmes de gestion de l'alcool](#).

4.4.iii Compléments alimentaires pendant la prise en charge du sevrage

Le soutien alimentaire constitue un traitement complémentaire important pendant la prise en charge du sevrage. Les cliniciens doivent évaluer l'alimentation des patients et cerner les déséquilibres concernant les liquides ou les carences électrolytiques. Il serait nécessaire d'offrir des conseils cliniques sur la façon de corriger les déséquilibres ou les carences, notamment en suggérant l'utilisation de compléments de vitamines et de minéraux au besoin. La supplémentation en multivitamines avec de la thiamine (100-200 mg), de l'acide folique (1 mg) et de vitamine B6 (2 mg) peut être offerte aux patients présentant un risque élevé de consommation d'alcool ou ayant reçu un diagnostic de TUA³⁰⁹. Les pratiques fondées sur la terre (p. ex. cérémonie de l'eau, chasse et récolte d'aliments équilibrés et nourrissants) peuvent contribuer à répondre aux besoins nutritionnels d'un patient et devraient être encouragées, s'il y a lieu.

4.4.iii.1 Thiamine

La carence en thiamine est courante chez les personnes atteintes de TUA²⁷¹, en raison d'un apport alimentaire inadéquat, d'une malabsorption de la thiamine, d'une augmentation des besoins en thiamine, d'une diminution des capacités de stockage ou d'une consommation réduite de la thiamine^{309,310}. La carence en thiamine peut mener à l'encéphalopathie de Wernicke, qui se transforme en trouble permanent, le syndrome de Korsakoff, si elle n'est pas traitée³⁰⁹. La thiamine prophylactique orale (100-200 mg) doit être administrée aux patients en traitement ambulatoire qui sont sous-alimentés ou à risque de malnutrition, qui souffrent d'hépatopathie décompensée, qui sont en phase de sevrage aigu ou avant et pendant un sevrage médicalement assisté planifié³¹¹. Offrir de 200 à 300 mg de thiamine parentérale (par voie intraveineuse ou intramusculaire) aux patients chez qui on soupçonne une encéphalopathie de Wernicke; offrir de la thiamine parentérale prophylactique aux patients qui se présentent à l'urgence ou qui sont admis à l'hôpital et qui souffrent de malnutrition ou présentent un risque de malnutrition ou d'hépatopathie décompensée³¹¹. La thiamine parentérale doit être administrée pendant au moins 5 jours, à moins que l'encéphalopathie de Wernicke ne soit exclue, suivie de la thiamine orale³¹¹.

4.4.iii.2 Acide folique

Les personnes atteintes de TUA présentent également fréquemment de faibles taux d'acide folique³⁰⁹. Une faible consommation alimentaire d'acide folique peut causer une anémie mégalo-blastique grave dans les cinq semaines chez les personnes atteintes de TUA, les réserves d'acide folique commençant à s'épuiser dans les jours suivant la dernière consommation²⁷¹. L'anémie grave est associée à de la faiblesse, des vertiges, des acouphènes, de la fatigue, de la somnolence et à de l'irritabilité; une insuffisance cardiaque et un choc peuvent également se produire³⁰⁹.

4.4.iii.3 Vitamine B6

La carence en vitamine B6 est fréquente chez les personnes atteintes de TUA, ce qui peut contribuer à des changements de comportement, des troubles neurologiques, une neuropathie périphérique et des troubles dermatologiques³⁰⁹. La vitamine B6 peut être consommée dans le cadre d'une cure multivitaminée quotidienne; il faut éviter les fortes doses (200 mg) de vitamine B6 en raison du risque d'ataxie³⁰⁹.

4.5 Pharmacothérapies pour la prise en charge du sevrage

Dans cette section :

- Benzodiazépines
- Carbamazépine
- Gabapentine
- Acide valproïque
- Clonidine

La présente section examine les données probantes sur l'efficacité et l'innocuité des médicaments couramment utilisés pour gérer les symptômes de sevrage alcoolique, soit les benzodiazépines, les anticonvulsivants et la clonidine. Se reporter au [Tableau 14](#) pour une comparaison sommaire des pharmacothérapies de prise en charge du sevrage. D'autres médicaments pour lesquels il n'existe pas suffisamment de données probantes pour la prise en charge du sevrage (p. ex. le baclofène^{312,313}) n'ont pas été inclus.

4.5.i Benzodiazépines

Les benzodiazépines constituent la pharmacothérapie la plus utilisée dans le traitement du sevrage alcoolique^{265,290,297,314-318}, des données probantes solides provenant de multiples revues systématiques démontrant leur efficacité supérieure

dans la prévention du delirium tremens et des crises comparativement aux placebos et aux autres traitements, y compris ceux à base d'anticonvulsivants et d'antipsychotiques³¹⁹⁻³²¹. Les études incluses dans ce résumé comprennent un mélange de contextes de patients hospitalisés et de patients traités en ambulatoire.

À ce jour, aucune revue systématique n'a permis d'établir de façon concluante qu'une catégorie de benzodiazépines est supérieure à une autre pour la prise en charge du sevrage alcoolique, bien qu'une étude Cochrane et une méta-analyse de 2010 (N = 64, n = 4 309) a signalé que le chlordiazépoxyde peut être légèrement plus efficace que d'autres benzodiazépines pour réduire les crises, tandis que le diazépam a engendré de meilleurs résultats que d'autres benzodiazépines pour réduire le delirium tremens, bien qu'aucune comparaison n'ait atteint une valeur scientifiquement significative. Les benzodiazépines (c.-à-d. diazépam, chlordiazépoxyde, lorazépam) ont engendré des résultats semblables en termes de réduction de la gravité des symptômes, mesurée selon la méthode CIWA-Ar³²¹. Une méta-analyse de 2021 (N = 9, n = 423) qui a examiné l'efficacité du diazépam par rapport aux traitements non benzodiazépines (c.-à-d. carbamazépine, clométhiazole, oxcarbazépine, acide γ -hydroxybutyrique) n'a révélé aucune différence significative en ce qui concerne les diminutions des scores CIWA-Ar entre les groupes de traitement²⁸². Par conséquent, d'autres facteurs, comme l'expérience du fournisseur, la durée de l'action (c.-à-d. à action brève ou prolongée), le calendrier de posologie, les antécédents de santé du patient (p. ex. antécédents de dysfonctionnement hépatique), la couverture et la disponibilité des médicaments et la possibilité d'une utilisation non médicale, peuvent orienter le choix des médicaments. Par exemple, le lorazépam ou l'oxazépam représentent les benzodiazépines de choix pour le traitement du sevrage alcoolique chez les aînés et chez les patients atteints de cirrhose ou de dysfonctionnement hépatique grave, tandis que les benzodiazépines à action prolongée (p. ex. chlordiazépoxyde, diazépam) peuvent être préférées chez d'autres populations²⁷³. Bien que toutes les benzodiazépines soient métabolisées par le foie, le lorazépam et l'oxazépam ne comportent aucun métabolite actif, ont une demi-vie de durée intermédiaire et sont moins

Les benzodiazépines à action prolongée (p. ex. chlordiazépoxyde, diazépam) sont préférables pour la population adulte générale. Les benzodiazépines à action plus courte (p. ex. lorazépam ou oxazépam) sont préférables pour les aînés et les patients qui souffrent d'une cirrhose ou d'un dysfonctionnement hépatique grave.

sujets à l'accumulation que les benzodiazépines à action prolongée. À mesure que les patients âgés et les patients atteints de cirrhose ou de dysfonctionnement hépatique grave subissent la diminution de l'élimination des médicaments et une augmentation de l'accumulation des métabolites, les benzodiazépines à action prolongée peuvent entraîner une sédation excessive²⁷³ et doivent être évitées.

De plus en plus de données probantes appuient l'utilisation de benzodiazépines en cas de symptômes plutôt que d'un calendrier à dose fixe pour le traitement du sevrage alcoolique. Une méta-analyse de 2019 (N = 6 ECR, n = 664) a révélé que l'approche à base de benzodiazépine en cas de symptômes a réduit la dose et la durée totales du traitement comparativement au traitement à dose fixe à base de benzodiazépine; cependant, la majorité des ECR inclus concernaient des participants à faible risque qui n'ont pas développé de symptômes de sevrage et qui, par conséquent, n'ont pas reçu de benzodiazépines dans le volet de l'étude sur l'administration de benzodiazépines en cas de symptômes³²². Un ECR subséquent de 2020 (N = 96) a démontré des résultats semblables, indiquant que les personnes à qui on a prescrit des benzodiazépines en cas de symptômes prenaient une dose totale de benzodiazépine (c.-à-d. chlordiazépoxyde) beaucoup plus faible pendant la semaine de sevrage alcoolique (170,5 mg par rapport à 286,5 mg; $p < 0,001$) et présentaient une durée plus courte de sevrage alcoolique (3,9 jours par rapport à 6,4 jours; $p < 0,001$) comparativement à ceux qui ont reçu un traitement à dose fixe à base de benzodiazépines³²³. Les scores médians CIWA-Ar étaient comparables entre les groupes, ce qui suggère que les symptômes de sevrage ont été gérés efficacement avec les benzodiazépines à dose fixe et les benzodiazépines en cas de symptômes. Les personnes atteintes de delirium tremens du groupe concerné par le traitement en cas de symptômes ont reçu des doses de chlordiazépoxyde semblables à celles du groupe avec un calendrier horaire fixe (635 mg c. 500 mg; $p = 0,583$), tandis que les personnes non atteintes de delirium tremens dans le groupe concerné par le traitement en cas de symptômes ont reçu une dose totale de chlordiazépoxyde beaucoup plus faible que le groupe à horaire fixe (88,5 mg c. 255,7 mg; $p < 0,0001$). Les résultats de cette étude appuient l'utilisation du traitement à base de benzodiazépines en cas de symptômes pour le sevrage alcoolique, car il réduit l'utilisation inutile de benzodiazépines tout en évitant les complications liées au sevrage^{323,324}.

Une étude de cohorte prospective de 2020 (n = 22 899 hospitalisations), qui a évalué les changements de consommation de médicaments et les résultats obtenus grâce aux services pour les patients hospitalisés souffrant du syndrome de sevrage alcoolique à la suite de la mise en œuvre d'un ensemble d'ordonnances visant à réduire les quantités de benzodiazépines, a montré des résultats favorables³²⁴. L'ensemble de méthodes employées comprenait des voies de traitement basées sur les scores PAWSS ou CIWA-Ar, des échelles de posologie de benzodiazépine réduites et des médicaments non benzodiazépines (p. ex. gabapentine, acide valproïque, clonidine, dexmédétomidine). Après la mise en œuvre de la nouvelle méthode, il y a eu une diminution importante des ordonnances de benzodiazépines chez les patients hospitalisés pour sevrage alcoolique (78,1 % des patients avant et 60,7 % des patients après; $p < 0,001$) et de la dose moyenne totale de benzodiazépine (c.-à-d. lorazépam, 19,7 mg avant contre 6,0 mg après; $p < 0,001$). L'utilisation de l'ensemble de méthodes de diminution des quantités de benzodiazépines a été associée à une réduction du recours aux unités de soins intensifs (ratio de taux corrigé [RTC] : 0,71; IC à 95 % : 0,56 à 0,89; $p = 0,003$) et de la durée du séjour à l'hôpital (RTC : 0,71; IC à 95 % : 0,58 à 0,86; $p < 0,001$) comparativement aux hospitalisations sans méthode de diminution des quantités de benzodiazépines. Cette étude suggère que les initiatives visant à réduire la consommation de benzodiazépines chez les patients atteints du syndrome de sevrage alcoolique sont efficaces pour gérer le sevrage tout en améliorant la sécurité des patients et en réduisant l'utilisation des services.

Le traitement à base de benzodiazépines devrait être de courte durée et se limiter à la phase de sevrage aigu. L'utilisation à long terme n'est pas recommandée.

Quel que soit le type de benzodiazépines, la durée du traitement doit être courte et se limiter à la phase aiguë du sevrage alcoolique, avec un calendrier de réduction de la dose déterminé par la réponse de la personne

au traitement (habituellement de 5 à 7 jours). L'utilisation à long terme de benzodiazépines n'est pas recommandée. Les risques et les effets secondaires des benzodiazépines augmentent avec la durée d'utilisation et l'augmentation des doses.³²⁵ Les benzodiazépines présentent un potentiel élevé de consommation non médicale et de dépendance; la dépendance physiologique peut se développer rapidement.³²⁶ La consommation de benzodiazépines à court et à long terme est

positivement associée à des méfaits comme des pertes persistantes de mémoire et d'autres déficits neurocognitifs³²⁷⁻³²⁹, des collisions en véhicule^{330,331}, une augmentation de la gravité de l'anxiété et du TSPT³³², ainsi que les pensées et les comportements suicidaires³³³. Les aînés, les patients fragiles et ceux qui souffrent d'un dysfonctionnement hépatique peuvent présenter un risque particulier d'effets secondaires de la consommation de benzodiazépines^{289,290}. Comme la consommation combinée de benzodiazépines et d'alcool, d'opioïdes ou d'autres dépresseurs du SNC peut causer une dépression respiratoire et la mort, l'importance de s'abstenir de consommer de l'alcool, des opioïdes, ou d'autres dépresseurs du SNC, ainsi que la prise des médicaments selon les directives, doivent être mis en valeur auprès des patients, des familles ou des soignants. Pour prévenir les surdoses ou la consommation non médicale, discuter d'un plan de sécurité avec le patient en décrivant des méthodes qui peuvent atténuer ses déclencheurs et son risque de rechute, et lui demander à qui il peut s'adresser pour obtenir du soutien lorsque le manque de substances le prend. Si des benzodiazépines sont prescrites pour des soins ambulatoires, des calendriers de distribution quotidienne ou fréquente et un conditionnement sous emballage-coque peuvent être envisagés pour atténuer les risques, s'il y a lieu. Les risques potentiels associés à l'utilisation non médicale et au détournement des benzodiazépines devraient également être pris en compte. Une aide à l'administration des médicaments peut être fournie par une pharmacie pendant les soins ambulatoires, le cas échéant.

4.5.ii Anticonvulsivants

Compte tenu des effets secondaires et des risques liés aux benzodiazépines, on s'intéresse de plus en plus aux traitements non benzodiazépines pour le sevrage alcoolique³³⁴. Les anticonvulsivants, aussi appelés antiépileptiques, constituent une solution de rechange aux benzodiazépines et sont utilisés pour atténuer les symptômes de sevrage alcoolique. Malgré leur utilisation répandue, il existe peu de données sur l'innocuité et l'efficacité des anticonvulsivants pour le sevrage alcoolique³³⁵.

Une méta-analyse de 2021 (N = 24, n = 2 223) des ECR effectués dans des services d'hospitalisation, de consultation ambulatoire et d'urgence a révélé que les anticonvulsivants^z n'avaient pas davantage d'effet qu'un placebo ou des benzodiazépines pour le sevrage alcoolique³³⁶. Sur le plan de l'efficacité, il n'y avait pas de différence significative entre les médicaments anticonvulsivants, le placebo ou les benzodiazépines concernant les crises, le delirium tremens ou le score CIWA-Ar après 4 jours. Lorsqu'on a comparé la monothérapie anticonvulsivante au traitement combiné à base d'anticonvulsivants et de benzodiazépines, on a observé une fréquence semblable de delirium tremens, quel que soit le traitement. Les anticonvulsivants augmentaient les probabilités (RC : 3,50, IC à 95 % : 1,32 à 9,28; $p = 0,012$) d'avoir besoin de médicaments de secours comparativement aux benzodiazépines, mais en diminuaient les probabilités (RC : 0,49, IC à 95 % : 0,29 à 0,83) comparativement à un placebo. Le taux de décrochage a augmenté considérablement avec des anticonvulsivants comparativement au placebo (RC : 1,86, IC à 95 % : 1,05 à 3,28; $p = 0,034$), mais il n'y avait pas de différence de décrochage par rapport aux benzodiazépines. Les événements indésirables étaient semblables pour les anticonvulsivants par rapport au placebo et pour les anticonvulsivants et les benzodiazépines combinés par rapport aux benzodiazépines seulement. Tous les résultats de cette méta-analyse ont été cotés comme étant de qualité faible ou très faible, en raison du risque de biais (p. ex. mauvais rapport méthodologique, taux élevés de décrochage) dans les études incluses et de l'absence d'études publiées depuis 2015. De plus, la plupart des ECR comprenaient des participants qui n'avaient que de légers symptômes de sevrage alcoolique; par conséquent, peu de participants avaient besoin d'un traitement pharmacologique pour le sevrage alcoolique. Par conséquent, les résultats pourraient ne pas s'appliquer aux personnes qui présentent des symptômes de sevrage modérés à graves³³⁶.

4.5.ii.1 Carbamazépine

La carbamazépine est utilisée en Europe depuis plus de 35 ans pour gérer les symptômes du sevrage alcoolique³³⁷ et a été jugée relativement sûre et efficace

-
- z La méta-analyse a porté sur les médicaments antiépileptiques suivants : brivaracetam, cannabidiol, carbamazépine, acétate d'eslicarbazépine, éthosuximide, Cerebryx, gabapentine, lacosamide, lamotrigine, lévétiracétam, oxcarbazépine, paraldéhyde, pérampandol, phénytoïne, prégabaline, rufinamide, valproate de sodium, stiripentol, tiagabine, topiramate, acide valproïque, vigabatrine et zonisamide.

pour la gestion du sevrage alcoolique dans un certain nombre d'ECR^{335,338-342}. La carbamazépine présente plusieurs avantages : elle n'est pas sédatrice, elle n'interagit pas avec l'alcool et elle ne présente aucun potentiel de consommation non médicale ou de détournement.

À ce jour, cinq essais randomisés menés en milieu hospitalier (n = 422) ont démontré que la carbamazépine est équivalente³³⁸⁻³⁴¹ ou supérieure³⁴² aux benzodiazépines en ce qui concerne la réduction de la gravité des symptômes de sevrage. Des résultats semblables ont été démontrés dans le cadre d'un ECR mené en ambulatoire en 2002, dans le cadre duquel 136 participants ont été affectés au hasard à une réduction de dose fixe de carbamazépine sur une période de 5 jours (800 mg le jour 1, réduction à 200 mg le jour 5) ou de lorazépam (6 à 8 mg le jour 1, réduction à 2 mg le jour 5)³⁴³. Les auteurs ont signalé une différence significative dans la gravité du sevrage évaluée par le médecin au fil du temps ($p = 0,007$) et au septième jour après le traitement ($p = 0,01$) en faveur de la carbamazépine³⁴³. De plus, l'évaluation du comportement de consommation d'alcool après le traitement a révélé que les participants qui avaient reçu du lorazépam étaient trois fois plus susceptibles de recommencer à boire immédiatement après le traitement que ceux qui avaient reçu de la carbamazépine ($p = 0,044$). Dans tous les essais menés à ce jour, aucun problème d'innocuité n'a été signalé, et la carbamazépine était bien tolérée, sans qu'il y ait de différence entre les groupes de traitement en ce qui concerne les taux de décrochage attribuable aux effets secondaires³³⁷. Une étude Cochrane de 2010 et une méta-analyse (N = 46, n = 4 076) ont conclu que, de tous les anticonvulsivants non-benzodiazépines étudiés à ce jour, la carbamazépine est le seul médicament qui peut être plus efficace que les benzodiazépines pour réduire la gravité des symptômes de sevrage alcoolique³³⁵.

Les effets secondaires de la carbamazépine sont généralement légers et temporaires. La méta-analyse de 2010 susmentionnée a révélé que la carbamazépine peut avoir des effets secondaires chez jusqu'à 18 % des patients; cependant, les auteurs ont aussi signalé que le traitement était généralement bien toléré, moins de 2 % des abandons d'essai étant attribuables à des effets secondaires intolérables³³⁵. Les effets secondaires les plus fréquemment signalés chez les ECR de carbamazépine étaient le prurit (6,9 % à 18 %), les étourdissements (11,5 %) et les nausées et les vomissements (3,8 % à 10,3 %), tandis que moins de 3 % des participants subissaient de la confusion mentale,

de la somnolence et des éruptions cutanées³³⁵. Comme certains de ces effets secondaires peuvent imiter ou masquer les symptômes du sevrage alcoolique, il faut faire preuve de prudence en faisant la distinction entre les symptômes de sevrage et les effets secondaires des médicaments avant de rajuster la dose. À des doses plus élevées (> 1 200 mg/jour) et avec une durée de traitement plus longue (p. ex. pour les troubles épileptiques), on a établi un lien entre la carbamazépine et une dyscrasie sanguine rare ainsi qu'avec le syndrome de Stevens Johnson; cependant, ces effets indésirables n'ont été signalés dans aucun ECR de carbamazépine pour le sevrage alcoolique³³⁷. Fait important, des études pharmacogénétiques ont montré que certaines personnes d'origine asiatique^{aa} sont plus à risque d'événements indésirables graves en raison d'une prévalence plus élevée d'une variante génétique induisant une toxicité de la carbamazépine (HLA-B*15:02)³⁴⁵. Il faut éviter de prescrire de la carbamazépine aux patients d'origine asiatique, à moins que des tests génétiques n'indiquent que cette variante allélique n'est pas présente. Cet allèle est courant à l'échelle mondiale^{ab} et a été trouvé chez les Européens, les Chinois, les Japonais, les Nord-Américains d'ascendance mixte et chez les Sud-Américains³⁴⁷. Les cliniciens devraient envisager de surveiller les patients pour détecter les effets indésirables de la carbamazépine s'ils ont un risque élevé de porter l'allèle HLA-B*15:02 ou HLA-A*31:01. La carbamazépine a des interactions médicamenteuses connues avec de nombreux autres médicaments, qu'il faut examiner attentivement avant de prescrire. Pour plus d'informations, voir l'outil en ligne [Lexicomp Drug Interactions](#) de UpToDate [en anglais seulement].

aa L'association entre l'allèle HLA-B*15:02 et le syndrome de Stevens-Johnson induit par la carbamazépine et la nécrolyse épidermique toxique a été principalement observée dans les populations chinoises han³⁴⁵; toutefois, la FDA recommande des tests génétiques pour toutes les personnes d'origine asiatique en raison de l'incidence relativement élevée de l'allèle HLA-B*15:02 dans ces populations³⁴⁶. La prévalence de l'allèle HLA-B*15:02 varie de 15 % à Hong Kong, en Thaïlande, en Malaisie, au Vietnam et dans certaines parties des Philippines, de 10 à 13 % à Taïwan et à Singapour, de 4 % en Chine du Nord, de 2 à 4 % en Asie du Sud, à moins de 1 % au Japon et en Corée et chez les personnes qui ne sont pas d'origine asiatique³⁴⁷.

ab La prévalence de l'allèle HLA-A*31:01 varie de 15 % chez les Japonais, les Autochtones d'Amérique du Nord, les Sud-Indiens et certains Arabes, jusqu'à 10 % chez les Chinois Han, les Coréens, les Européens, les Latino-Américains et d'autres Indiens, à 5 % chez les Afro-Américains, les Thaïs, les Taïwanais et les Chinois (Hong Kong)³⁴⁷.

4.5.ii.2 Gabapentine

La gabapentine présente de plus en plus de données probantes qui appuient son efficacité et son innocuité pour la prise en charge en ambulatoire du sevrage alcoolique chez les patients à faible risque de complications^{348,349}. Les résultats de deux revues systématiques de 2020 indiquent que la gabapentine est efficace pour réduire la gravité des symptômes de sevrage alcoolique. La première revue systématique, qui comprenait une méta-analyse (N = 16, 7 ECR axées sur le sevrage alcoolique, n = 318), a montré que la gabapentine est efficace pour réduire la gravité des symptômes de sevrage alcoolique comparativement au traitement habituel (c.-à-d. benzodiazépines, phénobarbital) et au placebo (g de Hedges^{ac} = 0,29, IC à 95 % : 0,03 à 0,55; $p = 0,296$)³⁴⁸. Une deuxième revue systématique de 2020 (N = 34, n = 2 338) examinant les médicaments non-benzodiazépines pour le sevrage alcoolique a conclu qu'il y avait des données probantes de qualité moyenne à l'appui de l'utilisation de la gabapentine comparativement aux benzodiazépines afin de produire une réduction semblable ou meilleure de la gravité des symptômes de sevrage, avec une dose plus élevée (c.-à-d. 1 200 mg/jour pour les premiers jours) potentiellement plus efficace qu'une dose plus faible (c.-à-d. 600 mg/jour). Les auteurs suggèrent que la gabapentine devrait constituer le premier traitement de rechange pour les patients éprouvant un sevrage alcoolique modéré à grave lorsqu'il y a des préoccupations liées à la prescription de benzodiazépines (p. ex., risque d'utilisation simultanée de dépresseurs du SNC, détournement). Cela peut être particulièrement pertinent dans le contexte de la santé en virtuel, où les patients ne peuvent pas être surveillés de près pendant le traitement de sevrage alcoolique.

Les résultats des ECR de 2009⁷⁸ (n = 100) et de 2013⁷⁹ (n = 26) indiquent que la gabapentine (1 200 g par jour) est aussi efficace que les benzodiazépines pour la prise en charge en ambulatoire des symptômes légers de sevrage alcoolique et peut procurer des avantages supplémentaires en termes de vigilance accrue pendant la journée et de qualité du sommeil, ainsi qu'une réduction de l'anxiété et des troubles de l'humeur^{350,351}. Un autre soutien de l'efficacité de la gabapentine provient d'un essai ouvert mené auprès de 27 patients hospitalisés présentant des

ac Le g de Hedges est une mesure de la taille d'effet. Un résultat < 0,20 correspond à une taille d'effet petite, entre 0,20 et 0,50 est une taille d'effet moyenne, et > 0,50 est une taille d'effet importante.

symptômes de sevrage légers à modérés, qui a montré qu'une dose plus élevée de gabapentine (1200 g deux fois par jour, réduite de 600 mg par jour) avait des effets comparables à ceux du phénobarbital, avec des résultats semblables pour les deux traitements.³⁵² De plus, une étude d'observation menée en 2010 auprès de 37 patients hospitalisés qui ont subi un sevrage aigu a montré que deux heures après l'administration de 800 mg de gabapentine, 73 % (27) des patients ont montré une réduction significative de la gravité des symptômes mesurée par les scores CIWA-Ar (17,3 à 8,0; $p < 0,001$)³⁵³.

En plus d'être une option de traitement pour la prise en charge du sevrage, la gabapentine est recommandée comme pharmacothérapie de deuxième intention pour le traitement des TUA en soins continus. Un examen plus complet des considérations relatives à l'innocuité de la gabapentine, y compris la consommation non médicale, le détournement, la dépendance physiologique et le risque de surdose, se trouve dans la section [Soins continus— Pharmacothérapie](#).

4.5.ii.3 Acide valproïque

Il existe peu de données probantes à l'appui de l'efficacité de l'acide valproïque pour traiter le sevrage alcoolique. Un examen systématique de 2020 (N = 34, n = 2 338) concernant l'utilisation des médicaments non-benzodiazépines pour le sevrage alcoolique a conclu qu'à la présence de preuves de qualité faible à l'appui de l'utilisation de l'acide valproïque pour le traitement du sevrage alcoolique comparativement aux benzodiazépines³⁵⁴. La plupart des ECR menées à ce jour ont été de petite envergure et peu ambitieuses³⁵⁵. Seulement deux des six essais publiés ont signalé une différence statistiquement significative en faveur de l'acide valproïque pour le traitement du sevrage alcoolique, et ces différences avaient une significativité clinique marginale³⁵⁵. Les deux essais ont révélé que l'acide valproïque entraîne une diminution plus rapide et plus constante de la gravité des symptômes de sevrage comparativement à une benzodiazépine (lorazépam et chlordiazépoxyde)^{356,357}; cependant, en raison de la petite taille des échantillons, une évaluation adéquate de l'innocuité (p. ex., prévention de symptômes graves, de crises ou de delirium tremens) et d'événements indésirables n'a pas pu être effectuée³⁵⁵. L'effet secondaire le plus souvent signalé dans les essais cliniques était un trouble gastro-intestinal³⁵⁵. Sur le plan de l'innocuité, l'acide valproïque n'a pas de potentiel de consommation non médicale ou de détournement, et il ne renforce pas les effets de l'alcool ou d'autres déprimeurs du SNC (p. ex., opioïdes, benzodiazépines) lorsqu'ils sont pris ensemble³⁵⁸.

4.5.iii Clonidine

La clonidine est un agoniste α adrénergique à action centrale qui peut supprimer les symptômes noradrénergiques persistants (p. ex., hypertension, tachycardie) associés au sevrage alcoolique léger qui peut être prescrite comme pharmacothérapie autonome ou auxiliaire. Lorsqu'elle est prescrite comme traitement autonome, la clonidine ne doit être utilisée que pour traiter des symptômes de sevrage légers chez les patients qui présentent un faible risque de développer des complications graves du sevrage (p. ex., PAWSS < 4)³⁵⁹. Deux ECR ont signalé que la clonidine (à des doses de 0,2 à 0,6 mg par jour) est aussi efficace que le chlordiazépoxyde (benzodiazépine) dans la gestion des symptômes de sevrage légers à modérés, avec des avantages concernant le contrôle des symptômes sympathiques et la réduction de l'anxiété des patients^{360,361}. Les deux essais excluaient les patients ayant des antécédents de crises liées au sevrage^{360,361}. Aucun problème d'innocuité n'a été signalé concernant l'administration concomitante de clonidine avec d'autres médicaments. Par conséquent, la clonidine peut également être considérée comme un médicament d'appoint pour les patients à qui on prescrit des benzodiazépines, de la carbamazépine, de la gabapentine ou d'autres anticonvulsivants, car elle peut offrir des avantages supplémentaires dans la gestion des symptômes de sevrage par un mécanisme d'action différent de ces médicaments³⁶².

4.5.iv Résumé de la section et recommandations

4.5.iv.1 Gestion du sevrage chez les patients à faible risque de complications graves

En se fondant sur les données probantes disponibles, le comité des lignes directrices recommande des médicaments non benzodiazépines comme approche privilégiée pour la prise en charge en ambulatoire des symptômes de sevrage légers à modérés chez les patients à faible risque de complications graves. Il a été démontré que la carbamazépine^{335,338-341} et la gabapentine^{335,350,351} sont sécuritaires et efficaces pour la prise en charge des symptômes de sevrage légers à modérés comparativement au placebo. L'utilisation de la clonidine comme option d'appoint pour les symptômes de sevrage légers à modérés est également étayée

par des données probantes de qualité moyenne^{360,361}; toutefois, la clonidine ne devrait être prescrite comme pharmacothérapie unique que pour les patients qui présentent des symptômes de sevrage légers.

Il n'y a pas suffisamment de preuves démontrant que la gabapentine, la carbamazépine et la clonidine sont efficaces pour prévenir les crises ou le delirium tremens; toutefois, ces médicaments sont sûrs et efficaces pour traiter les symptômes de sevrage légers à modérés.

Il existe peu de données probantes à l'appui de l'efficacité de l'acide valproïque pour le traitement du sevrage alcoolique³⁵⁵. Par conséquent, bien que ce médicament puisse encore être couramment utilisé pour la gestion du sevrage alcoolique dans certains milieux de soins, le comité recommande que son usage ne soit envisagé que lorsque toutes les autres options pharmacothérapeutiques sont contre-indiquées.

Un ensemble de données probantes établi appuie l'innocuité et l'efficacité de la prise en charge du sevrage en ambulatoire pour la majorité des patients (80 %) atteints de TUA^{297,298,363}. La prise en charge en ambulatoire est généralement sécuritaire, efficace et plus rentable que le traitement en milieu hospitalier^{298,299} et peut constituer une perturbation moindre du travail et de la vie familiale des patients³⁰⁰. Les revues des années 1990 indiquent que plus de 70 % des patients inscrits à la prise en charge du sevrage en ambulatoire ont terminé leur traitement et que 50 % d'entre eux continuent de recevoir des soins continus en toxicomanie^{295,301}.

Recommandation 6

Dans le cas des patients à faible risque de complications graves du sevrage alcoolique (p. ex., PAWSS < 4), les cliniciens devraient envisager d'offrir des médicaments autres que des benzodiazépines, comme la gabapentine, la carbamazépine ou la clonidine, pour la prise en charge du sevrage en ambulatoire (p. ex. soins primaires, virtuel).

MOYENNE Qualité des données probantes (gabapentine)
FAIBLE Qualité des données probantes (carbamazépine, clonidine)

FORTE Recommandation

Remarques

- Le choix d'un médicament approprié doit se faire par une prise de décision commune entre le patient et le fournisseur en tenant compte des buts, des besoins et des préférences du patient.
- Il faut également tenir compte des contre-indications, des effets secondaires, de la faisabilité (calendriers de posologie, coûts directs) et des antécédents du patient au moment de choisir un médicament.
- La gabapentine est contre-indiquée chez les patients hypersensibles à ce médicament. La prudence est de mise pour les patients souffrant d'une insuffisance rénale. La gabapentine ne devrait pas être associée à des opioïdes.
- La carbamazépine est contre-indiquée pour les patients souffrant d'une maladie hépatique, d'une aplasie médullaire, d'un trouble sanguin grave et d'un bloc auriculoventriculaire.
- Il est nécessaire de surveiller les patients pour détecter les effets indésirables de la carbamazépine s'ils ont un risque élevé de porter l'allèle HLA-B*15:02 ou HLA-A*31:01^{345,347}.
- La clonidine est contre-indiquée pour les patients qui ont une déficience du nœud sino-auriculaire, une bradyarythmie grave et une intolérance au galactose. La prudence est de mise pour les patients souffrant d'hypotension.
- La clonidine peut être prescrite comme pharmacothérapie unique (symptômes légers seulement) ou auxiliaire.
- En plus d'un score PAWSS < 4, les candidats à la prise en charge du sevrage ambulatoire doivent répondre aux critères suivants :
- Aucune contre-indication, comme une comorbidité grave ou incontrôlée, des troubles psychiatriques graves, des troubles concomitants graves liés à la consommation de substances autres que le tabagisme et pas de grossesse en cours.
- Possibilité de faire un suivi pendant les trois à cinq premiers jours en personne ou de suivre des soins en virtuel.
- Capacité de prendre des médicaments par voie orale.
- Hébergement stable et personne de soutien fiable (p. ex., un membre de la famille, un ami, un aidant, un pharmacien, une personne de soutien communautaire) pour offrir du soutien et surveiller les symptômes pendant la période de sevrage aigu (c.-à-d. de trois à cinq jours).
- Dans le cas des patients qui ne répondent pas à ces critères, le soutien et les conseils d'une personne ou d'une équipe spécialiste des toxicomanies peuvent être nécessaires, et la prise en charge des patients en milieu hospitalier peut être envisagée. Les patients qui ont un score PAWSS < 4 et qui préfèrent un traitement en milieu hospitalier devraient se voir offrir un aiguillage si ce type de traitement est disponible.

Remarques continuer..

- Évaluer les objectifs de traitement du patient et les déterminants sociaux de la santé et offrir aux patients un aiguillage vers des ressources psychosociales et communautaires selon leurs buts (voir [Soins continus – Interventions de traitement psychosocial](#) et [Programmes et mesures de soutien communautaires](#)).
- Offrir de la thiamine orale (100-200 mg) aux patients qui ont des niveaux de consommation d'alcool à risque élevé ou qui souffrent de TUA. Encourager la supplémentation en vitamines (acide folique, 1 mg et vitamine B6, 2 mg).
- La qualité des données probantes pour cette recommandation a été jugée moyenne, car de multiples méta-analyses et ECR ont démontré l'innocuité et l'efficacité de la carbamazépine et de la gabapentine pour la gestion du sevrage chez les patients à faible risque de développer des complications graves liées à l'alcool. Bien que peu de données probantes appuient l'utilisation de l'acide valproïque pour traiter le sevrage. La clonidine peut être sans danger et efficace en tant que traitement unique pour les symptômes de sevrage légers et en tant que pharmacothérapie d'appoint aux benzodiazépines, à la carbamazépine, à la gabapentine ou à d'autres anticonvulsivants. L'utilisation de ces médicaments non-benzodiazépines réduit les risques et les effets secondaires associés à l'utilisation des benzodiazépines. De plus, les données probantes indiquent que la prise en charge du sevrage en ambulatoire est sécuritaire et efficace pour jusqu'à 80 % des patients souffrant de TUA, 70 % des patients inscrits ayant terminé le traitement et 50 % des patients ayant continué à recevoir des soins continus des TUA.
- La force de cette recommandation a été jugée forte selon la qualité des données probantes, le consensus du groupe de travail, la faisabilité, la rentabilité du traitement en ambulatoire et les avantages de réduire les risques associés à l'utilisation de benzodiazépines en ambulatoire.

4.5.iv.2 Gestion du sevrage chez les patients à haut risque de complications graves

Ces lignes directrices recommandent l'utilisation d'un traitement à base de benzodiazépine pour les patients à risque élevé de développer des complications graves du sevrage, idéalement prescrit dans un milieu hospitalier où les patients peuvent recevoir un traitement sous étroite observation. De multiples critiques systématiques ont rapporté des données probantes de haute qualité selon lesquelles les benzodiazépines sont plus efficaces que le placebo et d'autres traitements actifs pour la suppression des symptômes de sevrage graves et la prévention des delirium tremens et des crises³¹⁹⁻³²¹.

Les benzodiazépines ne constituent généralement pas une option privilégiée pour la prise en charge du sevrage en ambulatoire en raison de leurs effets secondaires bien documentés, de leur tendance à amplifier les effets de l'alcool s'ils sont consommés en même temps, et du potentiel de consommation non médicale, de détournement et de dépendance²⁵⁸.

Bien que ce ne soit pas préférable, si les benzodiazépines sont prescrites pour la prise en charge du sevrage en ambulatoire, les mesures suivantes devraient être envisagées : prescrire une ordonnance de courte durée (de 5 à 7 jours), doit être réduites progressivement, faire distribuer le médicament quotidiennement à partir d'une pharmacie, et effectuer des évaluations cliniques en personne ou virtuelles fréquentes pour surveiller de près les effets secondaires, les symptômes et la consommation d'alcool ou d'autres substances, ainsi que pour ajuster la dose au besoin.

Recommandation 7

Dans le cas des patients qui présentent un risque élevé de complications graves du sevrage (p. ex., PAWSS 4), les cliniciens devraient offrir une ordonnance de benzodiazépine à court terme, idéalement dans un établissement hospitalier (c.-à-d. un établissement de gestion du sevrage ou un hôpital). Toutefois, lorsqu'il existe des obstacles à l'admission des patients en établissement hospitalier, les benzodiazépines peuvent être offertes en ambulatoire si les patients peuvent être surveillés de près.

ÉLEVÉE Qualité des données probantes

FORTE Recommandation

Remarques

- Le choix d'une benzodiazépine appropriée doit se faire par une prise de décision commune entre le patient et le fournisseur en tenant compte des buts, des besoins et des préférences du patient.
- Il faut également tenir compte des contre-indications, des effets secondaires, de la faisabilité (calendriers de posologie, coûts directs) et des antécédents du patient au moment de choisir une benzodiazépine.
- Les benzodiazépines peuvent être contre-indiquées chez certains patients avec une insuffisance respiratoire sévère, une fonction hépatique anormale, une apnée du sommeil, une myasthénie grave et un glaucome à angle étroit.
- Il est possible que les benzodiazépines aient des interactions médicamenteuses avec des déprimeurs du SNC (p. ex., alcool, opioïdes) et la gabapentine, ce qui entraîne une sédation excessive, une altération du fonctionnement psychomoteur et cognitif.
- Si un patient présente un score PAWSS ≥ 4 , mais que le traitement en milieu hospitalier n'est pas possible en raison de la préférence du patient ou du manque de disponibilité du service, les cliniciens devraient prendre des dispositions pour un suivi et un soutien communautaires pendant le traitement. (p. ex., programmes de sevrage à domicile, programmes ambulatoires intensifs, établissement de liens avec un pharmacien communautaire, participation de membres de la famille, d'amis, de soignants ou d'une personne de soutien communautaire) et surveiller de près le patient (appels téléphoniques quotidiens, visites cliniques fréquentes).
- Si les benzodiazépines sont prescrites pour la prise en charge du sevrage en ambulatoire, les mesures suivantes devraient être envisagées : prescrire une ordonnance brève (de 5 à 7 jours), doit être réduites progressivement, faire distribuer le médicament quotidiennement à partir d'une pharmacie, et effectuer des évaluations cliniques fréquentes pour surveiller de près les effets secondaires, les symptômes et la consommation d'alcool, ainsi que pour ajuster la dose au besoin.
- Évaluer les objectifs de traitement du patient et les déterminants sociaux de la santé et offrir aux patients un aiguillage vers des ressources psychosociales et communautaires selon leurs buts (voir [Soins continus – Interventions de traitement psychosocial](#) et [Programmes et mesures de soutien communautaires](#)).
- Offrir de la thiamine (100-200 mg) aux patients qui ont des niveaux de consommation d'alcool à risque élevé ou qui souffrent de TUA. La thiamine doit être administrée par voie intraveineuse ou intramusculaire (200-300 mg) dans les cas où on soupçonne une carence grave en thiamine ou une encéphalopathie de Wernicke. Encourager la supplémentation en vitamines (acide folique, 1 mg et vitamine B6, 2 mg).
- La qualité des données probantes à l'appui de cette recommandation a été jugée élevée selon de multiples examens systématiques appuyant l'utilisation de benzodiazépines pour gérer les symptômes de sevrage graves et prévenir les crises et le delirium tremens³¹⁹⁻³²¹.
- La force de cette recommandation a été jugée forte selon la qualité des données probantes, le consensus du groupe de travail et les avantages de réduire les risques associés à l'utilisation de benzodiazépines.

4.6 Gestion du sevrage chez les jeunes patients

Les symptômes de sevrage au moment de la cessation ou d'une réduction importante de la consommation d'alcool sont relativement rares chez les jeunes patients (âgés de 12 à 19 ans) souffrant de TUA³⁶⁴. On estime que de 5 à 10 % des jeunes souffrant de TUA éprouveront des symptômes de sevrage de quelque gravité que ce soit³⁶⁴, et que seul un sous-ensemble de ces personnes auront besoin d'une prise en charge pharmacologique³⁶⁵. En raison de la rareté relative de ces symptômes, aucune donnée empirique n'est disponible pour formuler des recommandations fondées sur des données probantes pour la gestion pharmacologique du sevrage alcoolique chez les adolescents. Les guides de pratique recommandent que, dans les rares cas où la prise en charge pharmacologique est nécessaire, les approches soient généralement les mêmes pour les jeunes que pour les patients adultes³⁶⁵. Dans les cas impliquant des jeunes, il est fortement recommandé de consulter un spécialiste en toxicomanie avant d'amorcer un sevrage surveillé en ambulatoire, même si le score PAWSS < 4, car cet instrument n'a pas été validé pour être utilisé chez les jeunes.

4.7 Gestion du sevrage chez les patientes enceintes

Il existe des considérations particulières pour la prise en charge du sevrage chez les personnes enceintes. Les risques et les avantages potentiels de la pharmacothérapie pour le parent et le fœtus doivent être évalués par rapport aux risques connus de sevrage non traité ou de poursuite de la consommation d'alcool. En outre, très peu de médicaments ont été étudiés pour les personnes enceintes, et plusieurs options dont l'innocuité et l'efficacité ont été prouvées pour les patientes adultes non enceintes sont contre-indiquées pendant la grossesse en raison du risque de malformations fœtales (p. ex., carbamazépine).

La recherche limitée sur la gestion du sevrage pendant la grossesse a porté presque exclusivement sur la pharmacothérapie à base de benzodiazépines et a produit des résultats contradictoires. Les premières études cas-témoins ont indiqué que les benzodiazépines étaient associées à un risque accru de malformations fœtales³⁶⁶; toutefois, une méta-analyse de 2011 (N = 9, n = 1 051 376) comprenant des études cas-témoins et des études de cohorte, a conclu que : dans l'ensemble, les données

disponibles n'appuyaient pas la tératogénicité des benzodiazépines³⁶⁷⁻³⁶⁹. Ces résultats doivent être pris avec prudence, car très peu d'études ont été publiées sur le sujet et il n'y a pas eu d'essais randomisés ou quasi randomisés sur la gestion du sevrage pharmacologique pour les personnes enceintes souffrant de TUA. D'autres recherches sont nécessaires pour évaluer avec précision l'innocuité et l'efficacité des traitements disponibles pour cette population³⁷⁰.

Peu de guides de pratique clinique ont formulé des recommandations explicites sur la prise en charge du sevrage chez les personnes enceintes. Les [Guidelines for Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy](#) [en anglais seulement] de l'Organisation mondiale de la Santé et le [Supplément sur la grossesse – Lignes directrices provinciales pour la gestion clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et des troubles liés à la consommation d'alcool](#) du Centre de la Colombie-Britannique sur l'usage de substances, du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et du ministère de la Santé mentale et des dépendances de la Colombie-Britannique recommandent que les personnes enceintes souffrant de TUA soient admises dans des établissements de gestion du sevrage en milieu hospitalier ou dans des établissements hospitaliers bien équipés pour surveiller les mouvements du fœtus, sa fréquence cardiaque du fœtus et les signes vitaux pendant le traitement³⁷¹. La pharmacothérapie à base de benzodiazépines, de préférence une benzodiazépine à action brève (p. ex., lorazépam, oxazépam), est recommandée lorsque cela est indiqué et approprié, et elle doit être administrée sous étroite observation afin que la dose puisse être déterminée en fonction de la gravité des symptômes de sevrage (c.-à-d. protocole en cas de symptômes)^{258,371}. La gabapentine peut être envisagée pour le traitement du sevrage alcoolique léger pendant la grossesse, bien que les renseignements limités concernant l'innocuité de la gabapentine pendant la grossesse proviennent de son utilisation pour d'autres indications (p. ex., douleur, épilepsie, troubles de l'humeur)³⁷². En l'absence de preuves claires, il faut évaluer les risques de symptômes de sevrage non traités chez le parent, notamment la détresse fœtale, l'avortement spontané, la naissance prématurée et la mort fœtale³⁶⁹, par rapport aux risques d'un traitement pharmacologique. Si un traitement pharmacologique est nécessaire peu avant la naissance ou pour des périodes prolongées, il est conseillé de consulter un pédiatre ou de recommander une consultation avec un pédiatre. Les médicaments comme les benzodiazépines peuvent compliquer le syndrome de sevrage néonatal et être excrétés dans le lait

maternel en quantités variables selon le médicament, la dose et la durée. Si des médicaments sont utilisés pendant l'allaitement, il est conseillé aux cliniciens de surveiller toute somnolence chez les nourrissons.

4.8 Gestion du sevrage chez les aînés

Les aînés (généralement les personnes âgées de 65 ans et plus^{ad}) présentent un risque accru de complications découlant du sevrage alcoolique en raison de la prévalence plus élevée des comorbidités, des antécédents de consommation d'alcool généralement plus longs et d'une plus grande sensibilité aux traitements pour le sevrage alcoolique. Les aînés peuvent éprouver des symptômes de sevrage alcoolique plus tôt que les adultes plus jeunes après avoir cessé ou réduit leur consommation d'alcool. De plus, les symptômes de sevrage augmentent souvent en gravité et en durée avec l'âge³⁷³. Les personnes qui ont une alimentation insuffisante ou certaines maladies chroniques (p. ex., le cancer) courent un risque plus élevé de développer une encéphalopathie de Wernicke³⁷⁴. Les données des États-Unis indiquent que les hospitalisations pour sevrage alcoolique chez les aînés ont considérablement augmenté entre 2005 et 2014, particulièrement chez les 65 à 74 ans³⁷⁵. Aucune donnée semblable n'a été trouvée pour le Canada.

En 2019, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a publié les [Lignes directrices sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées](#). Leurs recommandations comprennent l'administration de la méthode PAWSS pour contribuer à déterminer les voies de soins appropriées pour la prise en charge du sevrage, l'utilisation d'un protocole en cas de symptômes basé sur les scores CIWA-Ar lors de la prescription d'une benzodiazépine à action plus courte (p. ex., lorazépam), la proposition d'une

ad Le vieillissement présente de nombreuses dimensions, englobant les facteurs de risque biologiques, psychologiques, sociaux et cognitifs. Dans les présentes lignes directrices, « aîné » désigne les personnes de 65 ans et plus. Toutefois, les directives peuvent être pertinentes pour certaines personnes de moins de 65 ans, en raison de contextes médicaux, psychologiques et sociaux particuliers. À l'inverse, certaines personnes de 65 ans et plus peuvent être mieux adaptées aux approches utilisées pour les adultes de moins de 65 ans.

réduction du volume absorbé d'alcool dans les cas où il n'est pas possible ou approprié d'effectuer de gestion du sevrage médicale et d'administrer 200 mg de thiamine parentérale par voie intramusculaire ou intraveineuse quotidiennement pendant 3 à 5 jours.

4.9 Gestion du sevrage avec comorbidités médicales

Avant d'amorcer la prise en charge du sevrage, les cliniciens devraient évaluer les patients pour déterminer s'ils présentent des comorbidités médicales qui peuvent avoir une incidence sur le sevrage alcoolique ou qui nécessitent leur propre traitement. Dans la mesure du possible, des tests de laboratoire (p. ex., profil métabolique complet ou de base, vérification de fonction hépatique^{ae} et formule sanguine complète) devraient être effectués pour contribuer à orienter les décisions thérapeutiques. S'il y a lieu, et dans une optique de santé publique, les cliniciens devraient envisager le dépistage de maladies infectieuses comme les infections transmissibles sexuellement, l'hépatite, le VIH et la tuberculose (test cutané). Les obstacles aux tests de laboratoire ou les résultats en attente (p. ex., soins virtuels, manque d'accès à un laboratoire local) ne devraient pas empêcher les cliniciens d'entreprendre un traitement pour le sevrage alcoolique³⁷⁶.

Les troubles médicaux courants associés aux TUA comprennent l'hypertension, les maladies cardiaques, les maladies hépatiques et les problèmes digestifs. L'hyperactivité autonome accrue causée par le sevrage alcoolique peut exacerber des problèmes médicaux concomitants, en particulier des maladies cardiovasculaires. Les patients atteints de ces affections peuvent avoir besoin d'une prévention précoce et agressive des symptômes autonomiques. Les cliniciens doivent déterminer si les patients atteints de comorbidités médicales prennent des médicaments qui suppriment les symptômes autonomes (p. ex., antagonistes bêta-adrénergiques), car ces médicaments peuvent masquer la gravité des symptômes de sevrage. La présence de comorbidités médicales peut obliger à modifier les pharmacothérapies de gestion du sevrage³⁷⁶. Par exemple, le

ae Les cliniciens doivent examiner de plus près les résultats qui indiquent une fonction hépatique anormale. L'hépatite aiguë et l'insuffisance hépatique ou la cirrhose décompensée présentent un intérêt particulier dans le contexte des TUA.

lorazépam ou l'oxazépam sont les benzodiazépines de choix pour le traitement du sevrage alcoolique chez les patients qui ont une cirrhose ou un dysfonctionnement hépatique grave, car ces benzodiazépines n'ont pas de métabolites actifs, une demi-vie de durée intermédiaire et sont moins sujets à l'accumulation que les benzodiazépines à action prolongée^{273,376}. À mesure que les patients atteints de cirrhose ou de dysfonctionnement hépatique grave subissent la diminution de l'élimination des médicaments et une augmentation de l'accumulation des métabolites, les benzodiazépines à action prolongée peuvent entraîner une sédation excessive²⁷³ et doivent être évitées.

Lorsqu'ils traitent des patients atteints de comorbidités, les cliniciens doivent consulter un spécialiste approprié (p. ex., cardiologie, hématologie, spécialiste en maladies infectieuses)³⁷⁶. Les patients qui ont des comorbidités stables et contrôlées peuvent être en mesure de subir une prise en charge du sevrage en ambulatoire, selon leur score PAWSS, tandis que les patients qui ont des comorbidités non contrôlées doivent être dirigés vers des établissements hospitaliers, peu importe leur score PAWSS. Voir [Usage concomitant de substances](#) pour des directives sur la gestion du sevrage et les soins des TUA dans le contexte de la consommation concomitante de substances.

4.10 Gestion du sevrage dans les milieux manquant de ressources

Les milieux manquant de ressources, comme les régions rurales, éloignées ou urbaines plus petites, offrent souvent moins de services de gestion du sevrage que les grands centres urbains, en particulier de services spécialisés pour des populations particulières (p. ex., les jeunes, les personnes enceintes, les aînés). En particulier, les femmes des régions rurales font face au plus grand nombre d'obstacles au traitement comparativement aux femmes des régions urbaines et aux hommes des régions rurales³⁷⁷, et les Autochtones des régions rurales peuvent faire face à des obstacles aux soins plus importants que les non-Autochtones³⁷⁸. De plus, certaines études font état de niveaux plus élevés de stigmatisation liée au traitement de la toxicomanie pour les populations rurales que pour les populations urbaines^{379,380}.

Les cliniciens qui exercent dans des régions manquant de ressources doivent connaître la gamme de services locaux et de gestion du sevrage par aiguillage qui sont disponibles

et accessibles aux patients. Si la prise en charge du sevrage en milieu hospitalier n'est pas disponible localement ou accessible aux patients, les soins ambulatoires peuvent être fournis au moyen de visites quotidiennes à la clinique, de visites à domicile, d'un lien avec un pharmacien local ou de soins en virtuel avec le soutien d'un membre de la famille ou d'une personne de confiance de la collectivité pour surveiller les symptômes pendant le sevrage et appuyer le respect des pharmacothérapies. Si le service est disponible, les patients peuvent être en mesure de communiquer avec des cliniciens qui offrent des soins de gestion du sevrage en virtuel, soit par téléphone, soit par vidéo. Les cliniciens peuvent aussi aider les patients en leur offrant des services de surveillance communautaires, le cas échéant (p. ex., programme de sevrage à domicile, programmes ambulatoires intensifs, pharmacien communautaire) ou en les mettant en contact avec ces services. Si les services en milieu hospitalier sont absolument nécessaires, les cliniciens peuvent aiguiller les patients vers un service de gestion du sevrage dans d'autres régions et offrir du soutien pour les déplacements si possible.

Veillez consulter [Populations rurales et éloignées](#) pour obtenir de plus amples renseignements sur la prestation de soins pour les TUA aux personnes vivant dans des milieux manquant de ressources.

4.11 Recommandation consensuelle du comité—Continuité des soins

40 % à 85 % des personnes souffrant de TUA recommencent à boire après la prise en charge du sevrage, souvent au cours des premiers jours ou des premières semaines.

Le comité des lignes directrices recommande fortement que les patients dont le sevrage est pris en charge se voient offrir un lien avec les soins continus des TUA, sous forme de pharmacothérapie et de traitement psychosocial, afin d'appuyer les

objectifs de traitement établis par les patients. **La prise en charge du sevrage à elle seule n'est pas un traitement adéquat pour les TUA, car elle ne tient pas compte de la nature potentiellement chronique et récurrente de la situation.**

Des essais randomisés et des études d'observation ont révélé que de 40 % à 85 % des personnes souffrant de TUA recommencent à boire après la prise en charge du sevrage, souvent au cours des premiers jours ou des premières semaines³⁸¹⁻³⁸⁷. Comme le retour à la consommation d'alcool est courant après la prise en charge

du sevrage seulement, il est recommandé d'offrir à tous les patients des soins continus après la prise en charge du sevrage. Selon les objectifs du patient et les ressources disponibles, la prise en charge du sevrage devrait idéalement mener vers une implication naturelle dans une pharmacothérapie continue, des soins psychosociaux ou les deux. Dans les cas où la prise en charge du sevrage est le seul traitement en personne disponible (p. ex., dans les régions rurales et éloignées ou en situation de manque de ressources), les cliniciens devraient offrir une prise en charge du sevrage et un aiguillage vers des soins continus virtuels (p. ex., rendez-vous virtuels pour prescrire une pharmacothérapie ou pour fournir ou conseiller un traitement psychosocial, notamment sous la forme de groupes de soutien par les pairs). La plus grande partie de la pharmacothérapie pour le traitement des TUA est bien adaptée à la prise en charge en contexte de soins primaires. La pharmacothérapie amorcée après la prise en charge du sevrage ou en consultation avec un spécialiste des toxicomanies peut être dirigée vers les soins primaires aux fins de surveillance continue et de prescription.

Recommandation 8

Tous les patients suivant un traitement de sevrage devraient se voir offrir des soins continus des TUA.

FAIBLE Qualité des données probantes

FORTE Recommandation

Remarks

- La gestion du sevrage est une intervention à court terme qui ne résout pas les problèmes médicaux, psychologiques ou sociaux sous-jacents associés aux TUA et devrait être offerte conjointement avec des soins, un traitement et un soutien continus.
- La qualité des données probantes pour cette recommandation a été jugée faible, car elle est fondée sur le consensus du groupe de travail, en l'absence d'un ensemble de données probantes établi. Cependant, des études indiquent que les gens recommencent souvent à consommer de l'alcool après la fin du traitement de gestion du sevrage, ce qui laisse entendre que des soins continus des TUA sont nécessaires.
- La force de cette recommandation a été jugée forte en raison des données limitées tirées d'essais randomisés et d'études d'observation montrant que de fortes proportions de personnes souffrant de TUA recommencent à boire après la prise en charge du sevrage. Le groupe de travail s'entend pour dire que la prise en charge du sevrage ne doit pas être utilisée comme traitement unique et que les soins continus des TUA sont nécessaires pour contribuer à atteindre les objectifs de traitement établis par les patients.

5 Soins continus – Interventions de traitement psychosocial

Il existe diverses interventions psychosociales pour le traitement des TUA, de la psychothérapie structurée aux soutiens et programmes communautaires (voir [Programmes et mesures de soutien communautaires](#)). Les interventions psychosociales comprennent des actions qui ciblent les médiateurs (facteurs biologiques, comportementaux, cognitifs, émotionnels, interpersonnels, sociaux ou environnementaux) afin d'atteindre les objectifs axés sur le patient³⁸⁸. Les interventions varient en fonction des fondements théoriques, de la durée ou de l'intensité, du contexte, du mode de prestation et des objectifs de traitement³⁸⁹. Cependant, l'importance de l'alliance thérapeutique est universelle dans toutes les interventions de traitement psychosocial³⁸⁸. La relation thérapeutique, dans le cadre de laquelle le clinicien et le patient travaillent en collaboration pour atteindre les objectifs de traitement du patient, permet de prédire les résultats positifs et le suivi du traitement¹¹⁶. Les cliniciens devraient acquérir des compétences comme l'engagement empathique, la communication claire et la capacité d'établir des liens avec le patient afin de favoriser une relation thérapeutique solide.

Les données probantes à l'appui des interventions psychosociales sont souvent mitigées, ce qui peut être dû au manque d'uniformité dans la prestation de l'intervention et aux limites méthodologiques des études portant sur les interventions psychosociales. Cependant, une étude récente a souligné l'effet bénéfique de la psychothérapie sur l'incidence et la progression des maladies hépatiques associées à l'alcool, en soulignant l'importance de cette modalité de traitement³⁹⁰.

5.1 Interventions psychosociales en soins primaires

Une intervention brève sous la forme d'une entrevue motivationnelle (EM) est une intervention factuelle qui peut être offerte en contexte de soins primaires (voir [Intervention brève pour la consommation d'alcool à risque élevé](#)). Avec de la formation, les médecins de premier recours, le personnel infirmier praticien, le personnel infirmier, les professionnels paramédicaux et d'autres membres

du personnel de soutien peuvent offrir efficacement des services de counseling fondés sur l'EM dans le contexte des soins primaires, seuls ou en combinaison avec la pharmacothérapie pour les TUA^{143,391,392}.

D'autres interventions psychosociales peuvent ne pas être facilement intégrées ou adaptées à la pratique courante des soins primaires. Des recherches sont en cours pour évaluer et peaufiner des variantes accessibles et conviviales pour la pratique, notamment la thérapie familiale établie formellement adaptée aux soins primaires³⁹³, ainsi que les approches de thérapie par téléphone, par message texte et par Internet axées sur la pleine conscience³⁹⁴⁻³⁹⁶; toutefois, l'efficacité et la faisabilité de la mise en œuvre de telles interventions ne sont pas encore connues. Des recherches récentes ont démontré que la thérapie cognitivo-comportementale technologique peut être efficace et faisable, ce qui pourrait accroître l'accessibilité en dehors d'un milieu spécialisé³⁹⁷.

5.2 Interventions psychosociales menée par un spécialiste

Dans cette section :

- Thérapie cognitivo-comportementale
- Thérapie familiale
- Interventions axées sur la pleine conscience
- Organisation des contingences
- Modification des biais cognitifs

Les cliniciens doivent fournir aux patients de l'information sur les interventions de traitement psychosocial menées par des spécialistes dans la collectivité et offrir un aiguillage aux patients qui manifestent de l'intérêt. Dans ce contexte, les soins menés par un spécialiste

désignent les interventions de traitement psychosocial qui nécessitent une formation importante pour les offrir (p. ex., thérapie cognitivo-comportementale). Dans ce scénario, le fournisseur de soins primaires doit continuer de jouer un rôle actif dans le processus de traitement et de rétablissement en mettant les personnes en contact avec les soins et les services, en appuyant la participation (p. ex., en vérifiant la manière dont le traitement se déroule et en encourageant la présence continue), en soutenant les objectifs définis par le patient et en surveillant la réaction au traitement. Les données de recherche concernant plusieurs modalités de traitement psychosocial menées par des spécialistes —

thérapie cognitivo-comportementale, thérapie familiale, interventions axées sur la pleine conscience, organisation des contingences et modification des préjugés cognitifs – sont examinées ci-dessous. En raison de l'absence de recherche propre aux TUA, des études sur d'autres troubles de l'usage de substances sont incluses dans certaines synthèses de données.

Les présentes lignes directrices n'appuient pas explicitement une forme de traitement mené par un spécialiste plutôt qu'une autre, car la recherche n'a pas toujours démontré qu'une approche en particulier est supérieure aux autres. Par conséquent, des facteurs comme la préférence du patient et de sa famille, la disponibilité locale et l'accessibilité (p. ex., les listes d'attente, les coûts directs) peuvent guider le processus de sélection et d'aiguillage.

5.2.i Thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une forme de psychothérapie structurée axée sur les buts. Elle est offerte par un conseiller ou un thérapeute formé, et les patients apprennent comment leurs processus de pensée contribuent à leur comportement et à leurs émotions³⁹⁸. Une sensibilisation cognitive accrue est combinée à des techniques pour aider les patients à développer de nouveaux comportements adaptatifs qui peuvent modifier leur environnement social et, par conséquent, renforcer le changement de leurs pensées et émotions³⁹⁸. La thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement des troubles de l'usage de substances est habituellement limitée dans le temps et consiste en environ 10 à 20 séances d'une heure³⁹⁸.

Une méta-analyse de 2019 portant sur 30 ECR (n = 5 971; 15 essais portant spécifiquement sur l'usage de l'alcool) de TCC pour les adultes ayant un trouble de l'usage de substances a révélé que la TCC avait des effets modérés significatifs sur les plans de la fréquence de l'usage de substances et de la quantité de substances consommées au début et à la fin de la période de suivi par rapport à un traitement minimal³⁹⁹. Comparativement à une thérapie non spécifique (p. ex., traitement habituel, traitement de soutien, counseling de groupe en matière de toxicomanie), la TCC a démontré des effets semblables, bien que de moindre ampleur et seulement durant le suivi précoce. La taille d'effet pour les études sur l'alcool était la même que pour les études sur d'autres substances⁴⁰⁰. Aucune différence n'a été trouvée entre la TCC et les autres traitements psychosociaux (p. ex., entrevues motivationnelles, organisation des contingences).

ÉTUDE

RÉSULTATS

Intervention

6 à 40 séances de TCC

Par rapport à

Traitement minimal

Type d'étude :

Méta-analyse
(30 ECR, n = 5,971)



Fréquence d'usage de substances

Effet de taille moyenne $p = 0,09$



Quantité de substance consommée

Effet de taille moyenne $p < 0,001$


Dans de nombreuses études et dans la pratique, la TCC est combinée à des éléments d'autres approches psychosociales, y compris l'EM ou la thérapie de renforcement de la motivation (TRM). Un examen systématique et une méta-analyse de 2023 (N = 19, n = 7149) d'études portant sur des adultes avec un usage nocif de l'alcool ont révélé que la TCC combinée à l'EM a eu l'effet le plus important sur la réduction des scores d'AUDIT (EM = -4,98 comparativement à l'absence de traitement actif; IC à 95 % = -7,04 à -2,91) et était nettement meilleure que d'autres interventions psychosociales, notamment l'intervention de courte durée, la rétroaction ou une combinaison de ces éléments⁴⁰¹. De plus, dans l'étude COMBINE, les participants ont été affectés au hasard dans des groupes pour recevoir une intervention combinant la TCC, la TRM et le programme en douze étapes. La thérapie psychosociale a donné des résultats favorables, mais pas de façon uniforme d'une analyse à l'autre. En ce qui concerne le pourcentage de jours d'abstinence, la thérapie associée au placebo ont mieux fonctionné que le placebo seul (80 % c. 74 %; $p = 0,04$)⁴⁰². Toutefois, la thérapie à elle seule a obtenu les pires résultats en comparaison (67 %; $p = 0,001$ comparativement à la thérapie associée au placebo), ce qui indique un effet placebo important. Dans le cadre de l'étude, lors de l'analyse du nombre de participants qui s'abstiennent ou qui boivent modérément avec moins de 3 conséquences indésirables selon une échelle normalisée, collectivement désignés comme « bon résultat clinique », la psychothérapie s'est révélée bénéfique (71 % pour la thérapie associée au placebo c. 58 % pour le placebo seul; $p = 0,02$). et le nombre nécessaire pour traiter était de 7. Ces résultats provenaient du volet naltrexone de l'étude et n'étaient plus significatifs lorsque l'analyse se limitait aux groupes ayant reçu le traitement et le placebo seulement. Bien que la TCC combinée à l'EM ou à la TRM semble bénéfique, d'autres recherches sont nécessaires pour déterminer si la combinaison donne des résultats significativement différents de la TCC seule.

La TCC offerte par des méthodes technologiques a été de plus en plus étudiée en vue de son utilisation dans les soins des TUA et pourrait représenter une option pour les personnes qui font face à des obstacles à l'obtention de la TCC en personne. Les cours ou modules en ligne fournissent aux patients des renseignements sur les stratégies de TCC et peuvent être autogérés ou guidés par un thérapeute. Une méta-analyse publiée en 2019 (N = 15, n = 9 838) concernant des personnes avec des TUA ou une consommation d'alcool à risque élevé a révélé que la TCC assistée par la technologie est efficace pour réduire la consommation d'alcool lorsqu'elle est utilisée comme complément au traitement habituel (g de Hedges = 0,30 [taille d'effet moyenne], IC à 95 % : 0,10 à 0,50; $p = 0,003$) et, comparativement à l'évaluation seulement, à la liste d'attente ou au traitement minimal (g de Hedges = 0,20 [taille d'effet moyenne], IC à 95 % : 0,022 à 0,38; $p = 0,03$).⁴⁰³ À l'inverse, il n'y avait pas de différence d'effet entre la TCC administrée par des moyens technologiques comme traitement unique et le traitement habituel. Notamment, il n'y avait pas de différence entre la TCC administrée par des moyens technologiques et la TCC administrée par un thérapeute. Un examen systématique de 2020 (N = 14) a révélé que la TCC autoguidée (où le patient navigue dans un programme automatisé) avait un effet significatif, bien que faible, sur la réduction de la consommation d'alcool comparativement à la réception d'information sur la consommation d'alcool et à une liste d'attente-témoin.⁴⁰⁴ On a constaté que la TCC guidée par un thérapeute – dans le cadre de laquelle le patient reçoit du soutien d'un fournisseur de soins de santé pendant qu'il suit le programme – avait un effet de taille faible à importante sur la réduction de la consommation d'alcool comparativement à la liste d'attente-témoin et à la TCC autoguidée technologique⁴⁰⁴.

4.2.ii Thérapie familiale

La caractéristique déterminante de la thérapie familiale pour les troubles de l'usage de substances est qu'elle traite les personnes dans le contexte plus large des systèmes sociaux où la consommation de substances peut avoir commencé et est actuellement poursuivie. Cette approche a été particulièrement bien étudiée dans les populations de jeunes, où les milieux sociaux ou familiaux peuvent jouer un rôle important dans le développement des troubles de l'usage de substances⁴⁰⁵. Les réseaux sociaux et les thérapies familiales font participer activement les amis

et les membres de la famille au processus de traitement et peuvent englober diverses approches et techniques, y compris la TCC, la thérapie interpersonnelle, la formation en communication et le renforcement des compétences. La thérapie familiale est habituellement offerte par un psychologue ou un conseiller formé.

THÉRAPIE FAMILIALE ⁴⁰⁸	
ÉTUDE	RÉSULTATS
Intervention	 Nombre de jours d'abstinence <i>Effet de taille moyenne $p < 0,001$</i>
Par rapport à	
Type d'étude :	

Thérapie comportementale de couple ou familiale

Thérapie individuelle

Méta-analyse
(12 ECR, n = 1,887)

Plusieurs critiques systématiques et méta-analyses ont indiqué que les approches axées sur la famille sont efficaces pour le traitement des TUA⁴⁰⁶⁻⁴⁰⁸. Par exemple, une méta-analyse de 2013 (N = 12, n = 1 887) de la thérapie familiale chez les adultes souffrant de troubles de l'usage de substances, y compris les TUA (8 ECR), a montré que la thérapie familiale était associée à des effets significatifs de taille petite à importante concernant le traitement, avec une augmentation du nombre de jours d'abstinence ou sans forte consommation de substances à la suite du traitement (g de Hedges = 0,27 [taille d'effet moyenne], IC à 95 % : 0,13 à 0,41; $p < 0,001$) et à court terme (g de Hedges = 0,46 [taille d'effet moyenne], IC à 95 % : 0,32 à 0,61; $p < 0,001$) et pour le suivi à long terme (g de Hedges = 0,47 [taille d'effet moyenne], IC à 95 % : 0,34 à 0,61; $p < 0,001$)⁴⁰⁸. Ces résultats donnent à penser que l'effet de la thérapie familiale est plus durable, avec des taux de rechute d'usage de substances ou d'usage important de substances moins élevés au moment des suivis à 6 et 12 mois, comparativement aux approches à base d'intervention psychosociale (p. ex., EM, TCC, programmes en douze étapes). La thérapie familiale a également démontré des améliorations grâce à des mesures validées de la satisfaction relationnelle et un ajustement par rapport aux personnes ayant reçu des traitements davantage axés sur l'individu (post-

traitement : g de Hedge = 0,76 [taille d'effet importante], IC à 95 % : 0,58 à 0,93; $p < 0,001$; suivi à court terme : g de Hedge = 0,64 [taille d'effet importante], IC à 95 % : 0,44 à 0,84; $p < 0,001$; suivi à long terme : g de Hedge = 0,49 [taille d'effet moyenne], IC à 95 % : 0,26 à 0,72; $p < 0,001$)⁴⁰⁸. En ce qui concerne les TUA, une analyse secondaire du volet de l'essai COMBINE qui a attribué les participants ($n = 776$) à une intervention cognitivo-comportementale au hasard a montré que la participation d'un membre de la famille réduisait considérablement le pourcentage de jours de consommation d'alcool (27,58 c. 20,75; $p < 0,05$) à la fin du traitement de 16 semaines⁴⁰⁹.

La thérapie familiale unilatérale, dans le cadre de laquelle le partenaire d'une personne qui ne demande pas de traitement et qui souffre de TUA reçoit une thérapie, vise à accroître la capacité d'une personne d'influencer efficacement son partenaire qui consomme de l'alcool et sa relation. Un ECR de 2020 ($n = 55$) a révélé que les personnes souffrant de TUA et dont les partenaires ont participé à une thérapie familiale unilatérale ont démontré une initiation au traitement beaucoup plus importante^{af} que le groupe témoin (48 % comparativement à 15 %, $p = 0,038$), ainsi que des améliorations de la santé psychologique du partenaire recevant une thérapie unilatérale ($p \leq 0,05$) et du fonctionnement conjugal ($p \leq 0,02$), comme le démontrent de multiples échelles validées⁴¹⁰.

La participation active d'un conjoint ou d'un partenaire intime à l'intervention thérapeutique s'est révélée efficace pour réduire la consommation d'alcool, les conséquences de la consommation d'alcool et la satisfaction relationnelle. La thérapie comportementale de couple est une modification de la TCC qui comprend de 12 à 20 séances et qui met l'accent sur un « contrat de rétablissement » quotidien pour encourager l'abstinence, les interventions visant à accroître les comportements positifs des couples et la formation sur les techniques de communication comportementale⁴¹¹. Une méta-analyse de 2008 de la thérapie comportementale de couple pour les personnes souffrant de troubles de l'usage de substances ($N = 12$, $n = 754$ couples; $N = 8$, $n = 499$ couples spécifiques au TUA) a révélé que la thérapie comportementale de couple a surpassé les comparateurs actifs lorsque toutes les variables de résultats et tous les points temporels ont été

af Le type de traitement des TUA (p. ex., pharmacothérapie, interventions psychosociales) n'a pas été précisé.

mis en commun (g de Hedges = 0,53 [effet moyen à grand], IC à 95 % : 0,36 à 0,70; valeur p non déclarée). Lorsque l'analyse a été effectuée sur les études concernant les TUA, le résultat était similaire (g de Hedges = 0,53 [effet moyen-grand], autres statistiques non déclarées). Les conditions de comparaison comprenaient la TCC individuelle, le programme en douze étapes, l'intervention axée sur le conjoint, l'éducation et le traitement habituel. Les variables dépendantes comprenaient la fréquence de consommation, les conséquences de la consommation de substances et la satisfaction relationnelle⁴⁰⁶. D'autres études ont également indiqué l'efficacité de la thérapie comportementale de couple pour réduire la consommation de substances et améliorer de nombreux autres résultats, les études portant sur l'alcool en priorité^{412,413} ou l'alcool et d'autres substances^{414,415}. De plus, un ECR comparant la thérapie comportementale de couple à des TCC individuelles chez des patients souffrant de TUA (n = 102) a indiqué que la thérapie comportementale de couple a entraîné une plus grande amélioration du pourcentage de jours d'abstinence et du pourcentage de jours de consommation intensive pendant les 6 mois du traitement et de meilleurs résultats concernant la consommation d'alcool après le traitement⁴¹⁶.

5.2.iii Interventions axées sur la pleine conscience

Les interventions axées sur la pleine conscience (IPC) sont de plus en plus utilisées dans le traitement des personnes atteintes de troubles de l'usage de substances, y compris le TUA. Bien que les IPC décrites dans la documentation varient en ce qui concerne la structure et la conception, elles partagent généralement les mêmes objectifs fondamentaux, qui sont atteints par la pratique individuelle ou collective⁴¹⁷:

1. Atteinte d'un état de conscience caractérisé par une attention totale envers les expériences internes et externes au fur et à mesure qu'elles surviennent à un moment donné.
2. Adoption d'un état d'esprit d'acceptation des expériences internes et externes sans jugement.



Dans le contexte des troubles de l'usage de substances, il a été proposé que les IPC puissent aider les personnes à acquérir de nouvelles compétences pour accepter ou composer avec des événements stressants. Les compétences

acquises grâce aux IPC pourraient être utilisées pour réduire les comportements liés à la consommation de substances qui auraient pu être utilisés auparavant pour supprimer ou éviter des expériences émotionnelles désagréables^{418,419}. Les programmes d'IPC structurés sont habituellement offerts par un psychologue ou un conseiller formé.

Les examens systématiques des IPC pour les troubles de l'usage de substances ont donné des résultats mitigés, peut-être en raison de l'incohérence dans la prestation des IPC entre les études. Deux examens systématiques et une méta-analyse ont conclu que les IPC sont associées à des réductions importantes de la consommation de substances, y compris la consommation d'alcool, comparativement à l'absence d'intervention, aux programmes d'éducation non spécifiques et aux comparateurs actifs (p. ex., douze étapes, TCC), et certaines études montrent des avantages supplémentaires en ce qui concerne la réduction du manque et du stress⁴¹⁹⁻⁴²¹. Le nombre d'études incluses dans ces examens variait de 24 à 54, et la majorité n'étaient pas des essais randomisés⁴¹⁹⁻⁴²¹. En revanche, une méta-analyse de 2017 qui ne comprenait que des ECR (9 ECR, n = 901; 7 ECR pour les TUA) évaluant un programme normalisé de prévention des rechutes⁴²² fondé sur la pleine conscience n'a révélé aucune différence en ce qui concerne les taux de rechute, la fréquence de consommation de substances, le suivi du traitement ou les scores de dépression ou d'anxiété comparativement à la prise en charge médicale seule, à la participation à un programme d'éducation en santé ou à d'autres interventions de traitement psychosocial (c.-à-d. douze étapes, TCC ou counseling)⁴²³. La revue a permis de constater une différence importante en faveur des programmes de prévention des rechutes fondés sur la pleine conscience en ce qui a trait à la réduction des symptômes de sevrage et du manque (DMS = -0,13, IC à 95 % : -0,19 à -0,08) et des méfaits liés aux substances (DMS = -0,23, IC à 95 % : -0,39 à -0,07), mais les auteurs ont jugé cette preuve faible⁴²³. Un ECR subséquent de 2019 (n = 123) qui a examiné la prévention des rechutes basée sur la pleine conscience comme complément aux soins habituels (c.-à-d. thérapie ambulatoire individuelle ou de groupe qui comprenait principalement le programme en douze étapes, l'amélioration motivationnelle, la prévention des rechutes et la TCC, la participation à des groupes de soutien mutuel étant encouragée) chez les adultes qui avaient cessé de consommer de l'alcool au cours des 2 à 14 semaines précédentes n'a pas déterminé de différence significative entre la consommation d'alcool ou la gravité des conséquences liées à l'alcool par

rapport aux soins habituels uniquement à 8 et 26 semaines après intervention, et il n'y avait pas non plus de différences dans les scores de la perception du stress ou de pleine conscience^{424,425}.

PRÉVENTION DES RECHUTES BASÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE⁴²³

ÉTUDE		RÉSULTATS	
Intervention	Prévention des rechutes basée sur la pleine conscience, 8 séances de 2 h	 Fréquence d'usage de substances	(aucun changement)
Par rapport à	Traitement habituel ou autre thérapie	 Quantité de substance consommée	(aucun changement)
Type d'étude :	Méta-analyse (9 ECR, n = 901)		

Dans l'ensemble, la base de données probantes pour les IPC est limitée en raison d'un nombre relativement faible d'essais randomisés avec des échantillons de petite taille et d'une hétérogénéité dans la méthodologie de l'étude et les résultats évalués. Des essais contrôlés randomisés plus rigoureux sont nécessaires avant qu'une conclusion définitive puisse être tirée au sujet des effets des IPC sur les résultats liés à l'alcool.

5.2.iv Organisation des contingences

L'organisation des contingences est une approche bien étudiée visant à améliorer les résultats du traitement des troubles de l'usage de substances⁴²⁶⁻⁴²⁸. L'organisation des contingences utilise le renforcement positif pour encourager le changement de comportement; le plus souvent, des incitatifs financiers ou des bons sont fournis lorsqu'une personne atteint des objectifs précis énoncés dans son plan de traitement. Habituellement, les objectifs de traitement sont fondés

sur l'abstinence, et les conséquences positives ou négatives sont fondées sur des preuves objectives de la consommation récente de substances (p. ex., tests de dépistage de drogues dans l'urine). Toutefois, des marqueurs comportementaux peuvent également être utilisés (p. ex., respect des traitements médicamenteux, présence à la clinique, participation à des groupes de soutien par les pairs). L'organisation des contingences n'est pas un traitement unique des troubles de l'usage de substances et est toujours offerte dans le cadre d'un plan de traitement plus complet.

Bien qu'un certain nombre d'ECR aient révélé que l'organisation des contingences est efficace pour améliorer les résultats du traitement d'autres troubles de l'usage de substances^{426,429}, son utilité pour les TUA a été limitée par la technologie existante de test et de surveillance de la consommation d'alcool. L'organisation des contingences a démontré une certaine efficacité et faisabilité pour les TUA dans un nombre limité d'ECR. Un ECR de 2013 (n = 30)⁴³⁰ et un ECR de 2018 (n = 40)⁴³¹ ont révélé que les participants du groupe d'organisation des contingences présentaient davantage de résultats d'alcootest négatifs (moyenne = 87,1 % c. 66,9 %, p ≤ 0,001)⁴³⁰, des taux et durées accrus d'abstinence de consommation d'alcool (pourcentage moyen de jours d'abstinence : 85 % contre 38 %, p < 0,001; une durée la plus longue pendant laquelle tous les échantillons étaient négatifs : 16,8 c. 5,9 jours, p ≤ 0,001)^{430,431} et une diminution du nombre de jours de consommation (p < 0,04)^{430,431} comparativement à ceux du groupe témoin. Dans les deux études, on a utilisé une combinaison d'alcootests et de surveillance par téléphone cellulaire ou à distance, et les participants ont accordé une cote élevée à l'intervention en ce qui a trait à la satisfaction, à l'efficacité et à la facilité d'utilisation⁴³¹. La majorité des résultats de l'alcootest ont été retournés à temps, peu importe le groupe de traitement, ce qui appuie la faisabilité d'intégrer l'organisation des contingences technologique dans le traitement des TUA, lorsque de telles ressources sont disponibles^{430,431}.

L'organisation des contingences a été relativement peu utilisée dans la pratique, en raison de toute une gamme d'obstacles, notamment des objections philosophiques, les coûts (bons, tests biologiques, formation du personnel et temps)⁴³²⁻⁴³⁴, le manque d'infrastructure et de ressources, l'engagement de matière de temps (pour les patients et les fournisseurs) et le manque de connaissances et de formation⁴³⁴⁻⁴³⁶, ce qui la rend inaccessible pour de nombreuses personnes

souffrant de TUA. Les cliniciens doivent s'assurer que leurs patients comprennent les composantes de l'organisation des contingences avant d'offrir un aiguillage, car l'utilisation d'incitatifs financiers peut ne pas correspondre aux objectifs et aux préférences des patients. De plus, l'organisation des contingences peut être plus appropriée pour les patients qui ont un objectif de traitement autodéclaré d'abstinence, car l'organisation des contingences a tendance à renforcer les comportements axés sur des mesures objectives de la consommation d'alcool (p. ex., tests de dépistage de drogues dans l'urine) plutôt que sur des réductions autodéclarées de la consommation d'alcool. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer si l'organisation des contingences est une stratégie efficace et faisable pour la gestion des TUA dans des contextes de soins cliniques « réels ».

5.2.v Modification des biais cognitifs

La modification des biais cognitifs (MBC) est une famille d'interventions qui cible les biais cognitifs liés aux substances. L'intervention comprend l'entraînement des paradigmes^{ag} qui portent sur les processus cognitifs attentionnels, comportementaux ou évaluatifs déclenchés par des indices environnementaux liés à l'usage de substances (c.-à-d. des biais cognitifs) qui contribuent à maintenir les comportements liés aux troubles de l'usage de substances⁴³⁷. Dans le contexte de la consommation d'alcool à risque élevé et des TUA, on a constaté que les personnes qui consomment de l'alcool réagissent plus souvent aux indices liés à l'alcool plutôt qu'à des indices non liés à l'alcool⁴³⁸.

Des méta-analyses portant sur les effets de la MBC pour les TUA ont donné des résultats de taille petite à non significative. Une méta-analyse de 2019 (N = 14, n = 2 435) examinant la MBC comme intervention de changement de comportement pour les troubles de l'usage de l'alcool et du tabagisme à l'aide de données individuelles sur les patients a révélé que la MBC avait un petit bénéfice de petite taille sur les deux biais cognitifs (moyenne a posteriori = 0,23, intervalle crédible à

ag En bref, l'entraînement des paradigmes dans le cadre de la MBC comprennent des tâches à temps de réaction rapide au cours desquelles les personnes doivent réagir à des stimuli liés ou non à l'alcool avec une forme quelconque de stimulus-réponse. L'entraînement à la modification des biais cognitifs utilise le système stimulus-réaction pour créer une nouvelle association stimulus-réaction aux signaux liés à l'alcool⁴³⁷.

95 % : 0,06 à 0,41) et taux de rechute (moyenne a posteriori = -0,27, intervalle de crédibilité à 95 % : -0,68 à 0,22), mais n'a pas eu d'effet sur la réduction de l'usage de substances⁴³⁷. Une méta-analyse publiée en 2016 qui comprenait des ECR sur les troubles de l'usage de l'alcool et du tabagisme (N = 25, 18 ECR TUA, n = 3 175) a révélé des effets mixtes de la MBC. La modification des biais cognitifs n'a pas eu d'effet significatif sur les résultats en matière de dépendance et de manque après traitement; cependant, il y a eu un effet significatif de taille petite sur le biais cognitif (g de Hedges = 0,60 [taille d'effet importante], IC à 95 % : 0,39 à 0,79). À l'étape du suivi, la MBC a eu un effet important sur les résultats en matière de dépendance à l'alcool (g de Hedges = 0,18 [taille d'effet faible], IC à 95 % : 0,03 à 0,33)⁴³⁹. À l'inverse, une analyse de 2018 a révélé des résultats différents lorsque les études incluses dans la méta-analyse de 2016 ont été différenciées selon le type d'étude, le mode de prestation et la population⁴⁴⁰. Dans cette analyse, la MBC a eu des effets de petite taille, mais solides, sur les résultats du traitement lorsqu'elle a été administrée comme traitement auxiliaire dans des contextes cliniques pour les personnes atteintes de TUA, et des effets pertinents sur le plan clinique sur la réduction de la consommation d'alcool à risque élevé. Les auteurs de la revue suggèrent que la MBC a du potentiel en tant que traitement complémentaire, en particulier lorsqu'il est intégré à la TCC, et qu'elle pourrait être offerte en tant qu'intervention technologique. D'autres recherches sur la MBC sont nécessaires, en particulier des études visant à établir l'efficacité clinique par opposition à des études de validation de principe, car les chercheurs laissent entendre qu'il n'y a pas encore suffisamment de données probantes à l'appui ou à l'encontre de la MBC pour les TUA⁴³⁷.

5.2.vi Interventions psychosociales et troubles de santé mentale concomitants

L'évaluation, le traitement et le suivi de la santé émotionnelle et mentale constituent des éléments essentiels des soins prodigués aux patients atteints de TUA, surtout compte tenu de la forte prévalence des diagnostics concomitants de troubles de santé mentale dans cette population (p. ex., trouble de stress post-traumatique [TSPT], dépression, anxiété)^{73,441}. Les antécédents et les expériences continues de traumatisme sont courants chez les personnes atteintes de troubles de l'usage de substances, et les TUA sont particulièrement fréquents chez les personnes atteintes de TSPT^{442,443}. Malgré un nombre limité d'essais contrôlés, certaines données probantes indiquent que l'inclusion d'interventions de

traitement psychosocial menées par des spécialistes peut améliorer les résultats en matière d'usage de substances et de santé mentale pour les personnes souffrant de troubles de l'usage de substances et de troubles concomitants de santé mentale, notamment l'anxiété, la dépression^{444,445}, le TSPT^{442,446} et des maladies mentales graves (p. ex., schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble bipolaire)⁴⁴⁷. Dans la mesure du possible, les personnes qui présentent des symptômes post-traumatiques connus devraient être aiguillées vers un spécialiste des traumatismes. Pour en savoir plus sur la prestation de soins tenant compte des traumatismes, voir [Soins sensibles aux traumatismes et à la violence](#). Les données préliminaires d'un ECR de 2018 (n = 228) indiquent que les personnes souffrant de TUA graves ou à des niveaux élevés de dépression, en particulier, pourraient bénéficier de soins spécialisés⁴⁴⁸. Toutefois, il est à noter que les données probantes sur l'efficacité du traitement psychosocial et médicamenteux chez cette population de patients ont tendance à être de moindre qualité, et que les tailles d'effet calculées dans les méta-analyses étaient généralement de petite à moyenne⁴⁴⁹. De plus, il manque de données probantes pour déterminer si des interventions simultanées, intégrées ou séquentielles pour les TUA et l'état de santé mental seraient les plus efficaces.

Les cliniciens doivent être conscients du lien entre les facteurs sociaux (p. ex., la pauvreté, le racisme systémique et l'insécurité en matière de logement) et la santé mentale; des répercussions de la colonisation et de l'oppression systémique sur l'usage de substances et les troubles concomitants de santé mentale; ainsi que des liens entre les traumatismes, la toxicomanie et les troubles de santé mentale. Les plans de traitement doivent être élaborés en tenant compte de ces facteurs et viser à les atténuer dans la mesure du possible.

5.2.vii Interventions de traitement psychosocial chez les jeunes

Une méta-analyse de 2010 (16 ECR, n = 2 154) évaluant diverses interventions de traitement psychosocial individuelles (p. ex., EM, TCC, approche en douze étapes) et familiales pour les patients âgés de 12 à 19 ans a révélé un effet significatif de taille moyenne sur les résultats du traitement de la consommation d'alcool, lorsque les données sont regroupées (g de Hedges = -0,62 [taille d'effet importante], IC à 95 %, -0,83 à -0,40; p < 0,001) dans toutes les études.⁴⁵⁰ Les traitements psychosociaux individuels ont démontré une taille d'effet supérieure

(g de Hedges = -0,75 [taille d'effet importante], IC à 95 % : -1,10 à -0,40; $p < 0,001$) en comparaison avec la thérapie familiale (g de Hedges = 0,46 [taille d'effet moyenne], IC à 95 % : -0,66 à -0,38; $p < 0,001$). Toutefois, la taille d'effet a diminué avec la durée du suivi, les effets étant plus importants lorsque le suivi était de 6 mois ou moins (g de Hedges = -0,66 [taille d'effet importante], IC à 95 % : -0,95 à -0,38; $p < 0,001$) en comparaison avec le suivi après 6 mois (g de Hedges = -0,50 [taille d'effet importante], IC à 95 % : -0,68 à -0,32; $p < 0,001$).

Trois méta-analyses et un examen évaluant les interventions psychosociales chez les jeunes avec des troubles de l'usage de substances, y compris des TUA, ont montré que les effets de la thérapie familiale sur l'engagement et le suivi du traitement, la réduction de l'usage d'alcool et de drogues, l'abstinence soutenue et l'amélioration psychologique, le fonctionnement social et familial sont comparables à ceux de la TCC et supérieurs à ceux d'autres interventions de traitement psychosocial⁴⁵⁰⁻⁴⁵³. Comme dans le cas des populations adultes, la taille d'effet a tendance à diminuer au fil du temps; cependant, un nombre limité d'essais cliniques qui incluaient un suivi à long terme ont signalé que les effets de la thérapie familiale demeurent significatifs par rapport aux groupes de comparaison à 12 mois ou plus après l'intervention³⁹³.

De solides alliances thérapeutiques avec les jeunes et les membres de leur famille sont prédictives de la réussite des patients en thérapie familiale^{393,454}. La participation de la famille au traitement des jeunes devrait être activement encouragée, s'il y a lieu, et les membres de la famille devraient recevoir suffisamment d'information et de formation. Cependant, ce ne sont pas tous les jeunes qui ont des relations saines ou positives avec les membres de leur famille, et la décision d'inclure les membres de la famille devrait être guidée par une compréhension de la dynamique familiale et des souhaits du patient. Voir [Participation des familles et des cercles sociaux aux soins](#) pour plus d'informations.

5.2.viii Interventions de traitement psychosocial chez les personnes enceintes

Il existe peu de données probantes concernant l'efficacité des interventions de traitement psychosocial pour le traitement des TUA chez les personnes enceintes. En 2009, un examen systématique des interventions psychologiques

et éducatives visant à réduire la consommation d'alcool pendant la grossesse (4 ECR, n = 715) a conclu que, dans l'ensemble, il n'y a pas suffisamment de données sur leur efficacité à réduire la consommation d'alcool ou à appuyer l'abstinence, avec des facteurs limitatifs, notamment des résultats incohérents, une petite taille d'échantillon, un risque élevé de biais et l'hétérogénéité des types d'intervention et des résultats évalués d'un essai à l'autre²³⁴. Néanmoins, bien que les données probantes soient rares, en raison des risques connus de la consommation d'alcool pour le parent et le fœtus pendant la grossesse, la plupart des guides de pratique clinique recommandent que les personnes enceintes souffrant de TUA se voient offrir des traitements psychosociaux pour favoriser l'abstinence ou réduire leur consommation d'alcool^{185,371}. En raison de la discrimination et de la stigmatisation historiques et actuelles, les approches de traitement pour les patientes enceintes autochtones doivent être gérées avec beaucoup de sensibilité et avec un important souci de sécurisation. Des conseils et des stratégies pour appuyer des soins culturellement sécuritaires se trouvent dans la [Directive clinique de consensus à l'intention des professionnels de la santé œuvrant auprès des Inuits, des Métis et des Premières Nations](#)¹⁸³ de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et son [document d'accompagnement](#) [en anglais seulement].

5.2.ix Interventions de traitement psychosocial chez les aînés

Des études limitées sur les interventions psychosociales pour le traitement des TUA chez les aînés ont été publiées. Un petit nombre d'études appuient l'utilisation de la TCC chez les aînés. Les résultats semblent indiquer que la TCC est efficace dans cette population pour ce qui est de promouvoir des taux plus élevés d'abstinence d'usage de substances comparativement aux participants qui ont abandonné le traitement⁴⁵⁵ ainsi qu'un pourcentage plus élevé de jours d'abstinence et une réduction des jours de consommation excessive comparativement à la méthode d'amélioration des aptitudes professionnelles⁴⁵⁶. La thérapie cognitivo-comportementale peut être plus utile pour les aînés lorsque les cliniciens aident le patient à se souvenir de l'information et des compétences acquises en résumant et en répétant l'information, en encourageant le patient à prendre des notes et en lui remettant des documents, des formulaires ou des rappels⁴⁵⁷. Les aînés peuvent exprimer une préférence pour les interventions psychosociales propres à l'âge, par opposition aux interventions de traitement pour tous les âges, en particulier les aînés qui peuvent avoir plus de comorbidités et de limitations fonctionnelles⁴⁵⁸.

Les cliniciens devraient fournir ou offrir des aiguillages vers des traitements psychosociaux adaptés à l'âge, le cas échéant.

En 2019, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a publié les [Lignes directrices sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées](#). Leur recommandation suggère d'offrir régulièrement des traitements psychosociaux aux aînés, y compris en combinaison avec des interventions pharmacothérapeutiques.

5.2.x Durée du traitement

Il y a un manque de données de recherche pour guider la durée optimale des interventions de traitement psychosocial pour les TUA. En 2018, une méta-analyse de 48 études (n = 8 984) portant sur des interventions de traitement psychosocial en ambulatoire pour les TUA a révélé que ni la durée prévue ni la durée effectuée du traitement (c.-à-d. la présence en semaines, la durée des séances ou la fréquence des séances par semaine) n'étaient associées à une amélioration des résultats à terme pour les personnes souffrant de TUA⁴⁵⁹. De plus, d'autres facteurs, comme les besoins, l'état et les préférences du patient, ainsi que l'accès à des spécialistes, à des programmes et à des services dans une collectivité donnée et leur disponibilité déterminent souvent l'intensité et la durée des interventions psychosociales. Par conséquent, il n'y a pas suffisamment de données probantes pour formuler des recommandations sur la durée optimale des interventions de traitement psychosocial. Toutefois, on insiste sur le fait que les fournisseurs de soins primaires peuvent jouer un rôle essentiel en veillant à ce que les patients soient soutenus pendant les transitions entre divers types de soins et après la fin du traitement psychosocial mené par un spécialiste.

5.2.xi Accessibilité et autres considérations

Lorsqu'on discute des options d'aiguillage vers des services de traitement psychosocial menés par des spécialistes, il est important de tenir compte du fait que les programmes financés par l'État ont souvent des listes d'attente, et que les coûts des conseillers ou des établissements privés (c.-à-d. les programmes non financés par le secteur public) peuvent ne pas être couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux

et territoriaux ou les régimes d'assurance-maladie complémentaire, nécessitant donc un paiement direct du patient. Les cliniciens devraient demander aux patients s'ils bénéficient du programme des services de santé non assurés ou d'un régime d'assurance-maladie complémentaire qui couvre un traitement psychosocial spécialisé, car cela pourrait alléger le fardeau financier des patients qui demandent des soins auprès de conseillers ou de services privés. Dans les régions rurales et éloignées, l'aiguillage vers des programmes de traitement spécialisés peut aussi obliger les patients à parcourir de longues distances ou à quitter leur collectivité pour avoir accès à des soins, ce qui peut ne pas être faisable ou pratique pour certaines personnes. Voir [Personnes en situation d'itinérance](#) pour obtenir de l'information sur la façon de fournir des soins aux personnes en situation d'itinérance et de réduire les obstacles aux soins. Encore une fois, on insiste sur le fait que le manque d'accès ou la décision d'un patient de ne pas participer à un traitement psychosocial spécialisé ne devrait pas constituer un obstacle à l'accès à la pharmacothérapie factuelle et aux services connexes dans les milieux de soins primaires et autres. De même, la décision d'un patient de ne pas recevoir de pharmacothérapie ne devrait pas constituer un obstacle à l'obtention d'un aiguillage vers une intervention psychosociale pour les TUA.

5.2.xii Résumé de la section et recommandation

Ces lignes directrices recommandent que les cliniciens fournissent aux patients de l'information sur les interventions de traitement psychosocial menées par des spécialistes dans la collectivité et offrent un aiguillage aux patients qui manifestent de l'intérêt. Un manque d'accès ou la décision d'un patient de ne pas participer à un traitement psychosocial spécialisé ne devrait pas constituer un obstacle à l'accès à la pharmacothérapie factuelle et aux services connexes dans un milieu de soins primaires. De même, la décision d'un patient de ne pas recevoir de pharmacothérapie ne devrait pas constituer un obstacle à l'obtention d'un aiguillage vers une intervention psychosociale pour les TUA. Si un traitement mené par un spécialiste n'est pas disponible, les cliniciens devraient préconiser l'augmentation du nombre de services de ce type dans leur collectivité et fournir d'autres options de traitement psychosocial et pharmacologique des TUA au besoin.

Les recommandations relatives aux traitements psychosociaux menés par des spécialistes sont fondées sur les meilleures données probantes disponibles et le consensus du comité. Plusieurs examens et les ECR subséquentes ont révélé que

la TCC est associée à des réductions faibles à modérées, mais significatives, de la probabilité de rechute et de la consommation d'alcool chez les jeunes⁴⁵¹ et les adultes⁴⁶⁰. On a également établi un lien entre les thérapies familiales et des effets bénéfiques modestes, mais significatifs, sur les résultats liés à l'usage d'alcool et d'autres substances, ainsi que des améliorations de la satisfaction relationnelle et de l'adaptation chez les adultes⁴⁰⁶⁻⁴⁰⁸ et les jeunes⁴⁵⁰⁻⁴⁵³. Les données probantes sont limitées et mitigées en ce qui concerne l'efficacité des interventions axées sur la pleine conscience pour le traitement des TUA. D'autres recherches sont nécessaires pour clarifier le rôle de ces approches thérapeutiques dans le continuum de soins des TUA afin de formuler des recommandations explicites. Il n'y a pas suffisamment de données probantes pour recommander l'utilisation systématique d'approches d'organisation des contingences dans la gestion des soins primaires des TUA, et il faut poursuivre la recherche pour mettre au point des variantes de l'organisation des contingences qui seraient réalisables dans les milieux de soins primaires.

Recommandation 9

Il faudrait offrir aux adultes et aux jeunes souffrant de TUA légers à graves de l'information sur les interventions psychosociales menées par des spécialistes au sein de leur collectivité et des aiguillages vers ces interventions.

MOYENNE Qualité des données probantes

FORTE Recommandation

Remarques

- Le clinicien traitant doit continuer de jouer un rôle actif après avoir aiguillé les patients vers des interventions de traitement psychosocial en vérifiant leur expérience et leur satisfaction globale, en encourageant leur présence régulière et en incluant des objectifs définis par les patients dans leur plan de traitement.
- Les cliniciens traitants devraient établir une communication régulière avec les fournisseurs de soins et les programmes spécialisés afin de faciliter la continuité des soins, les transitions entre les différents types de soins et pour transmettre l'information pertinente (avec la permission du patient; p. ex., évaluations, notes de progrès, résumés à la sortie).
- Le choix d'une intervention psychosociale doit être fondé sur les préférences et les besoins du patient, car la recherche n'a pas toujours démontré la supériorité d'une approche particulière. La thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie familiale et la thérapie basée sur la pleine conscience sont des exemples d'approches possibles.
- La qualité des données probantes à l'appui de cette recommandation a été jugée moyenne selon plusieurs méta-analyses et ECR qui ont démontré que les interventions de traitement psychosocial ont des effets faibles à modérés sur divers résultats liés à l'alcool.
- La force de cette recommandation a été jugée forte en fonction de la qualité des données probantes, du consensus du groupe de travail, de l'efficacité des interventions de traitement psychosocial et des avantages des interventions psychosociales par rapport aux risques potentiels.

6 Soins continus— Pharmacothérapie

Dans cette section :

- Naltrexone
- Acamprosate
- Topiramate
- Gabapentine
- Disulfirame
- Baclofène
- Ondansétron

La pharmacothérapie peut jouer un rôle important en aidant les personnes atteintes de TUA à réduire ou à cesser leur consommation, mais elle est sous-utilisée dans la gestion des TUA⁴⁶¹. Par exemple, seulement 1,3 % des personnes ayant reçu un diagnostic de TUA au Manitoba entre 1996 et 2015 se sont vu prescrire une pharmacothérapie pour les TUA³⁴. Le manque d'éducation, de connaissances et de formation des fournisseurs de soins primaires est toujours considéré comme un obstacle à la prescription de pharmacothérapie pour les TUA^{39,462,463}. Toutefois, la recherche a montré que lorsque ces praticiens reçoivent des conseils en soins cliniques fondés sur des données probantes et des outils de pratique, ils peuvent prescrire efficacement ces médicaments conformément aux objectifs de leurs patients, ce qui entraîne des améliorations cliniquement significatives des résultats du traitement^{25,464}. En effet, une étude récente a souligné l'effet bénéfique du traitement pharmacothérapeutique pour les TUA sur l'incidence et la progression des maladies hépatiques associées à l'alcool, en soulignant l'importance de cette modalité de traitement⁴⁶⁵. À l'inverse, la recherche a également démontré que certains médicaments inefficaces et potentiellement dangereux peuvent être prescrits de façon excessive à des personnes souffrant de TUA, ce qui entraîne des coûts évitables pour le système de soins de santé et une détérioration possible des résultats des TUA⁴⁶⁶⁻⁴⁶⁸.

Ce guide recommande que les patients souffrant de TUA modérés à graves se voient offrir une pharmacothérapie factuelle pour les TUA en contexte de soins primaires.

De plus, quelle que soit la gravité des TUA, tout patient qui a cessé ou réduit sa consommation d'alcool, mais qui continue de ressentir de forts manques d'alcool ou qui risque de recommencer à boire (« rechute ») peut être un candidat approprié pour une pharmacothérapie factuelle. Les cliniciens doivent discuter des risques et des avantages de toutes les modalités de traitement et offrir une pharmacothérapie factuelle pour les TUA en conjonction avec des interventions

psychosociales (voir [Soins continus – Interventions de traitement psychosocial](#)), au besoin, pour appuyer les objectifs et les préférences des patients. Pour les patients qui consomment plusieurs substances, le traitement peut être bénéfique à la fois pour la consommation d'alcool et d'autres substances (voir [Usage concomitant de substances](#)).

6.1 Établissement d'objectifs de traitement axés sur le patient

Par le passé, l'abstinence ou la cessation de la consommation d'alcool a été considérée comme le principal objectif du traitement des TUA. Bien que l'abstinence puisse se traduire par de meilleurs résultats et que de nombreuses personnes considèrent qu'il s'agit d'un objectif de traitement, il est également important de reconnaître que ce ne sont pas toutes les personnes souffrant de TUA qui considèrent l'abstinence comme un objectif de traitement acceptable, souhaitable ou réaliste⁴⁶⁹. Dans ce contexte, les attentes concernant l'abstinence en tant qu'objectif de traitement peuvent empêcher certaines personnes de demander un traitement des TUA ou constituer un obstacle à la poursuite de l'implication dans les soins⁴⁷⁰. Au cours des dernières années, en plus des approches qui favorisent l'abstinence, on reconnaît de plus en plus qu'une réduction de la consommation d'alcool peut constituer un objectif de traitement valable et important pour certaines personnes.⁶³ Des études ont montré que les personnes souffrant de TUA sont plus susceptibles d'atteindre des objectifs de traitement autodéclarés, qu'il s'agisse d'une réduction de la consommation d'alcool ou de l'abstinence, que des objectifs qui sont fixés par d'autres personnes et qui peuvent être incompatibles avec leurs propres objectifs de traitement actuels^{471,472}.

Ce ne sont pas toutes les personnes souffrant de TUA qui considèrent l'abstinence comme un objectif de traitement acceptable, souhaitable ou réaliste. . . Une réduction de la consommation d'alcool peut être un objectif de traitement valide et important pour certaines personnes.

L'abstinence demeure l'objectif de traitement le plus sûr pour les patients, car il n'y a pas de niveau convenu de consommation sécuritaire d'alcool⁴⁶⁹. La recherche indique que les personnes qui ont un objectif d'abstinence pour leur traitement

peuvent être différentes de celles qui ont un objectif de non-abstinence. Les personnes qui ont un objectif d'abstinence sont plus susceptibles de souffrir de TUA graves, d'avoir plus de problèmes liés à l'alcool, davantage de problèmes de santé physique et mentale concomitants, moins de soutien social et une plus grande confiance en leur capacité de demeurer abstinentes de toute consommation d'alcool⁴⁷³. Des études suggèrent que les personnes avec un objectif d'abstinence dans le cadre de leur traitement déclarent de meilleurs résultats en matière de consommation d'alcool que celles qui ont un objectif de non-abstinence, notamment en ce qui concerne les jours d'abstinence⁴⁷⁴⁻⁴⁷⁷, la consommation excessive d'alcool^{477,478} et le retour à la consommation d'alcool⁴⁷⁵. En revanche, un objectif de traitement ne comprenant pas d'abstinence peut entraîner une plus grande réduction de la consommation excessive d'alcool pendant le traitement pharmacothérapeutique⁴⁷⁹. Une méta-analyse effectuée en 2020 (N = 22, n = 4 204) a révélé que parmi les personnes souffrant de TUA qui ont été autorisées à choisir leur propre objectif de traitement, celles qui avaient un objectif d'abstinence étaient plus susceptibles d'avoir une consommation à faible risque que celles qui avaient un objectif de non-abstinence (RC : 0,60, IC à 95 % : 0,40 à 0,90); toutefois, si un traitement spécifique à l'objectif visé a été fourni (c.-à-d. un traitement conçu pour appuyer un objectif d'abstinence ou de non-abstinence), il n'y avait aucune différence entre les groupes pour ce qui est de la consommation d'alcool à faible risque⁴⁸⁰.

Comme il s'agit d'un nouveau domaine de recherche, un nombre croissant d'ECR est consacré à la réduction de la consommation d'alcool comme objectif de traitement, par opposition à des études antérieures qui ont mis l'accent uniquement sur l'abstinence comme objectif de traitement⁴⁸¹. Il existe des données probantes prometteuses indiquant que la réduction de la consommation d'alcool est associée à des bienfaits pour la santé^{110,482,483}. Une méta-analyse de 2013 (N = 16, n = 4 951) a démontré qu'une réduction de la consommation d'alcool est associée à une réduction de la mortalité comparativement à la poursuite de la consommation excessive d'alcool³¹. Une autre étude, publiée en 2021, a effectué une nouvelle analyse des données de deux ECR^{402,484} (n = 1 500) et a montré qu'une réduction de la consommation d'alcool était associée à une amélioration significative de la santé mentale et de la qualité de vie ainsi qu'à une diminution des conséquences négatives de la consommation d'alcool trois ans après le traitement comparativement à l'absence de changement ou à

l'augmentation de la consommation d'alcool.⁴⁸³ Bien qu'un manque de données issues d'ECR qui montrent une amélioration de la santé physique subsiste, les résultats d'un certain nombre d'études d'observation de cohorte de grande envergure et d'une méta-analyse montrent que la réduction de la consommation d'alcool est associée à une réduction de la morbidité et de la mortalité attribuables à l'alcool^{109,110,124,138,483,485,486}.

Tout en reconnaissant l'existence de limites à la base de données probantes, le comité est d'avis que les cliniciens devraient informer tous les patients des risques sanitaires et sociaux associés à la consommation excessive d'alcool et adopter une approche de traitement qui appuie l'autonomie personnelle des patients dans le choix d'un éventail d'objectifs, notamment la consommation d'alcool à moindre risque; la réduction de la consommation d'alcool et l'abstinence. Le comité reconnaît qu'en plus des modèles axés sur l'abstinence, les modèles axés sur la réduction de la consommation d'alcool et des méfaits liés à l'alcool sont utiles et importants pour certains patients, les aidant à atteindre leurs propres objectifs de traitement. Pour certains, les réductions initiales de la consommation peuvent être suivies d'une abstinence ultérieure. Cette approche axée sur le patient peut également appuyer l'implication continue dans les soins chez les personnes qui recommencent à consommer de l'alcool.

6.2 Pharmacothérapies de première intention




6.2.i Naltrexone

La naltrexone est un antagoniste des récepteurs mu-opioïdes^{ah} qui bloque l'euphorie associée à la consommation d'alcool⁴⁸⁸. Il est supposé qu'elle agit en diminuant l'effet gratifiant de l'alcool dans le cerveau après sa consommation, ainsi que le manque d'alcool chez certaines personnes⁴⁸⁸. Cet effet émoussant sur les voies de récompense neuronale concorde avec les résultats de la recherche selon lesquels la naltrexone est particulièrement efficace pour prévenir un retour à la consommation excessive ou continue d'alcool.

ah Le nalméfène est un antagoniste des opioïdes dont l'efficacité pourrait être semblable à celle de la naltrexone⁴⁸⁷ et qui est utilisé pour la gestion des TUA dans certains pays; toutefois, il n'est pas approuvé par Santé Canada pour quelque utilisation que ce soit.

La naltrexone a une base de données probantes bien établie concernant son innocuité et son efficacité pour le traitement des TUA^{261,479,487}. Une étude Cochrane de 2010 et une méta-analyse de 50 ECR (n = 7 793) ont révélé que les participants traités à la naltrexone étaient 17 % moins susceptibles de boire excessivement (risque relatif [RR] : 0,83, IC à 95 % : 0,76 à 0,90) et présentaient 4 % de jours de consommation d'alcool par mois en moins (différence moyenne [DM] = -3,89, IC à 95 % : -5,75 à -2,04) que ceux ayant reçu un placebo⁴⁸⁷. Les participants traités à la naltrexone ont également montré une plus grande réduction du nombre de jours de consommation excessive (DM = -3,25, IC à 95 % : -5,51 à -0,99) et de la quantité d'alcool consommée (DM = -10,83 grammes, IC à 95 % : -19,69 à -1,97) comparativement au groupe placebo⁴⁸⁷. Une méta-analyse de 2013 (N = 45, n = 5 434) a également démontré que la naltrexone avait un effet positif important sur les résultats de l'abstinence (g de Hedges = 0,116 [taille d'effet petite], IC à 95 % : 0,049 à 0,183; p = 0,001), de la consommation excessive (g de Hedges = 0,189 [taille d'effet petite], IC à 95 % : 0,123 à 0,255; p < 0,001) et du manque (g de Hedges = 0,144 [taille d'effet petite], IC à 95 % : 0,045 à 0,244; p = 0,005)⁴⁷⁹. Bien que la plupart des critiques systématiques et des méta-analyses aient révélé des effets positifs de la naltrexone en ce qui concerne la réduction de la consommation d'alcool, les résultats ont été mitigés en ce qui concerne le maintien de l'abstinence. Par exemple, une méta-analyse de réseau de 2020 (N = 64; études spécifiques à la naltrexone : N = 17, n = 878) ont révélé que, comparativement au placebo, la naltrexone réduisait la probabilité d'abandon du traitement (rapport de cotes [RC] = 0,70, IC à 95 % : 0,50 à 0,98), mais n'ont eu aucun effet sur le maintien de l'abstinence pendant une période pouvant atteindre 12 mois⁴⁸⁹.

NALTREXONE⁴⁷⁹

ÉTUDE		RÉSULTATS	
Intervention	50 mg de naltrexone pendant 3 mois	 Abstinence Effet de taille petite p= 0,001	
Par rapport à	Placebo	 Consommation excessive Effet de taille petite p< 0,001	
Type d'étude :	Méta-analyse (45 ECR, n = 5,434)	 Manque Effet de taille petite p= 0,005	

La naltrexone est contre-indiquée chez les personnes souffrant d'une hépatite aiguë et d'une insuffisance hépatique, et bien qu'elle ne comporte plus d'encadré d'avertissement au sujet de l'hépatotoxicité⁴⁹⁰, il est recommandé de faire preuve de prudence et d'accroître la surveillance si elle est prescrite aux patients avec une déficience hépatique. La naltrexone peut également être contre-indiquée pour les patients qui prennent actuellement des opioïdes prescrits ou illicites, car elle déclenchera un sevrage précipité chez les personnes qui n'ont pas cessé de consommer des opioïdes depuis 7 à 10 jours^{ai,492}. Les effets secondaires couramment signalés dans les essais de naltrexone contrôlés par groupe placebo comprennent la somnolence (29,5 % dans le groupe traité à la naltrexone c. 17,8 % dans le groupe traité au placebo), la nausée (25,8 % c. 16,3 %), les vomissements (16,9 % c. 10,4 %), la diminution de l'appétit (17,7 % c. 11,8 %), les douleurs abdominales (15,9 % c. 7,5 %), l'insomnie (16,4 % contre 13,4 %) et étourdissements (11,9 % contre 6,2 %)⁴⁸⁷.

Une période de 3 à 7 jours d'abstinence, une prise en charge complète du sevrage avant le début d'administration de la naltrexone ou un objectif de non-abstinence prédisaient tous des bienfaits plus importants sur la consommation excessive d'alcool⁴⁷⁹. D'autres recherches suggèrent que les prédictors d'une réponse positive à la naltrexone comprennent des niveaux élevés de manque et des antécédents familiaux^{aj} de TUA^{495,496}. Deux ECR publiés récemment en 2017 (n = 152) et en 2018 (n = 146) ont également indiqué que la naltrexone pourrait être plus efficace chez les personnes souffrant de TUA qui fument du tabac ou qui utilisent des cigarettes électroniques, mais ces résultats n'ont pas encore été validés dans le cadre de grands essais prospectifs^{497,498}. Comme on pouvait s'y

-
- ai La naltrexone peut avoir un effet protecteur contre les surdoses pour les personnes qui consomment régulièrement de l'alcool et des opioïdes plus occasionnellement. Elle peut également réduire l'usage d'opioïdes⁴⁹¹. Différents opioïdes (illicites ou prescrits) ont des demi-vies variables, et les cliniciens doivent être conscients du temps qu'il leur faudra pour être évacués du système du patient lors de la prise d'une décision éclairée au sujet du moment où il serait sécuritaire de commencer à prendre la naltrexone. La buprénorphine à libération prolongée injectable par voie sous-cutanée peut demeurer dans l'organisme pendant plus d'un mois, même après la fin de la série d'injections. La naltrexone doit être utilisée avec prudence en raison du risque potentiel de sevrage précipité.
- aj Les personnes qui ont un parent au premier degré atteint de TUA peuvent mieux répondre à la naltrexone que celles qui n'ont pas de parent au premier degré atteint de TUA ; cependant, les preuves concernant cette association sont mitigées⁴⁹⁴.

attendre, le respect du traitement est aussi fortement corrélé avec des résultats positifs du traitement en question. La prise en charge médicale augmente la probabilité d'un taux élevé de respect du traitement, ce qui augmente le nombre de jours d'abstinence et le temps nécessaire pour revenir à une première journée de consommation excessive d'alcool et réduit le nombre de jours de consommation excessive d'alcool. Les cliniciens devraient régulièrement vérifier le respect de la pharmacothérapie, au besoin, ainsi que d'autres objectifs de traitement définis par les patients, et fournir du soutien à cet égard, au moyen de visites de gestion médicale et de visites de suivi régulières^{487,499,500}. Voir l'[Annexe 5 : Pharmacothérapie pour les TUA](#) pour de plus amples renseignements sur la prescription de naltrexone, y compris les contre-indications et les mises en garde.

6.2.i.1 Posologie de naltrexone ciblée ou « au besoin »

Dans la majorité des essais cliniques, la naltrexone a été étudiée sous la forme d'une dose prise une fois par jour. Cependant, plusieurs études ont révélé que lorsqu'elle est prise « au besoin » (p. ex. avant la consommation d'alcool ou en cas de sensation de manque importante), la naltrexone « ciblée » peut réduire la consommation d'alcool chez les personnes qui satisfont aux critères de consommation d'alcool à risque élevé, y compris celles chez qui on a diagnostiqué des TUA légers à graves^{262,501-503}. Comparativement au placebo, la naltrexone ciblée peut réduire le nombre de consommations par jour de consommation (19 % de moins, $p = 0,014$)⁵⁰² et augmenter la probabilité de maintenir une réduction de la consommation après un traitement continu ($p = 0,05$)²⁶². La taille d'effet signalée sur les résultats liés à l'alcool variait de petite à moyenne⁵⁰⁴, ce qui concorde avec les effets du traitement à la naltrexone en prise quotidienne^{261,487}. Ensemble, ces résultats suggèrent que la naltrexone ciblée constitue une approche efficace pour réduire la consommation d'alcool et les méfaits liés à l'alcool⁵⁰⁴. Les posologies ciblées peuvent être préférables pour les patients qui ont de la difficulté à se conformer à un calendrier de prise fixe ou qui subissent des effets secondaires importants avec des doses quotidiennes, les patients qui consomment de l'alcool de façon excessive ou les patients avec une consommation d'alcool à risque élevé, mais qui ne satisfont pas aux critères des TUA. Il peut être intéressant de prescrire de la naltrexone « au besoin » aux patients qui y réagissent bien et qui souhaitent réduire leur fardeau médicamenteux. Ce type de prescription comporte en effet des avantages en ce qui concerne le soutien de patients sur les plans du suivi des objectifs et de la réduction des doses d'alcool absorbées. Ceci permet également d'éviter les interruptions de pharmacothérapie.

6.2.ii Acamprosate

Le mécanisme d'action de l'acamprosate n'est pas bien compris, mais on pense qu'il module l'excitation médiée par le glutamate par l'interaction avec les canaux calciques et qu'il affecte indirectement l'inhibition de l'activité neuronale médiée par le GABA, qui se déséquilibre progressivement à cause de la consommation chronique d'alcool⁵⁰⁵. En général, l'acamprosate réduit l'hyperexcitabilité neuronale générale et entraîne les effets subjectifs d'une diminution de l'excitation, de l'anxiété et de l'insomnie. On croit que ces effets réduisent les symptômes associés au sevrage alcoolique et prolongent l'abstinence.

L'acamprosate a une base de données probantes établie concernant son innocuité et son efficacité pour le traitement des TUA^{479,493,506-509}. Une étude Cochrane de 2010 et une méta-analyse de 24 ECR (n = 6 915) ont révélé que l'acamprosate réduisait considérablement la probabilité d'un retour à la consommation d'alcool de 14 % (RR = 0,86, IC à 95 % : 0,81 à 0,91) et augmentait la durée cumulative de l'abstinence de 11 jours (IC à 95 % : 5,08 à 16,81) comparativement à un placebo⁴⁹³. De plus, l'étude a montré que les effets de l'acamprosate persistaient de 3 à 12 mois après l'arrêt du traitement⁴⁹³. Une méta-analyse subséquente de 2013 (N = 16 ECR, n = 4 349) a révélé des résultats semblables, l'acamprosate améliorant considérablement les résultats d'abstinence à la fin du traitement (g de Hedges = 0,359 [taille d'effet moyenne], IC à 95 % : 0,246 à 0,472; p < 0,001) et à plusieurs moments après le traitement, comparativement au placebo⁴⁷⁹. L'acamprosate ne réduisait pas la consommation excessive d'alcool ou le manque. De plus, une méta-analyse de 2020 (N = 64) a révélé que, comparativement au placebo, l'acamprosate augmentait les chances de maintenir l'abstinence jusqu'à 12 mois (RC = 1,86, IC à 95 % : 1,49 à 2,33) et réduisait l'abandon de traitement (RC = 0,73, IC à 95 % : 0,62 à 0,86)⁴⁸⁹.

ÉTUDE

RÉSULTATS

Intervention

1998 mg ou 1332 mg
d'acamprosate
pendant 6 mois

Par rapport à

Placebo

Type d'étude :

Méta-analyse
(16 ECR, n = 4,349)

**Abstinence**

Effet de taille moyenne $p < 0,001$

**Consommation excessive**

aucun effet

**Manque**

aucun effet

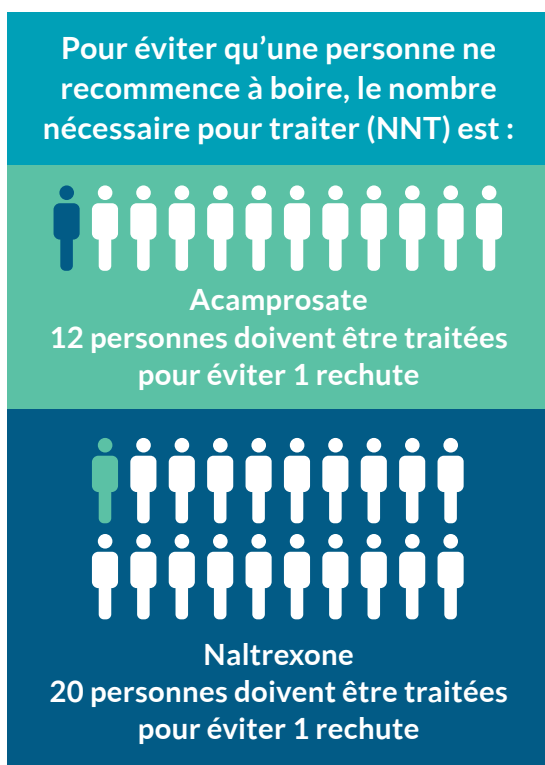
La majorité des essais cliniques sur l'acamprosate ont eu lieu en Europe, où il a été utilisé pendant plusieurs décennies pour traiter les TUA avant son approbation en Amérique du Nord. Cela a soulevé des préoccupations quant au fait que les résultats de la recherche pourraient ne pas être généralisables en Amérique du Nord, d'autant plus qu'un essai à grande échelle mené aux États-Unis en 2006 (n = 1 383) a montré que l'acamprosate n'était pas plus efficace que le placebo pour réduire la consommation d'alcool⁴⁰². Cette conclusion est contraire à celle de la plupart des essais européens sur l'acamprosate, qui ont révélé que le médicament est efficace pour réduire les taux de rechute et augmenter les taux d'abstinence⁵¹⁰⁻⁵¹². Une méta-analyse de 2015 (49 ECR, n = 9 435) a comparé les essais de traitement à l'acamprosate et à la naltrexone menés en Europe à des essais menés dans des pays non européens et a conclu que, dans l'ensemble, le lieu de l'essai ne semblait pas influencer les taux d'abstinence ou de rechute pour l'acamprosate, mais que l'arrêt du traitement et les caractéristiques des participants diffèrent selon l'endroit⁵¹³. Les participants aux essais européens étaient plus susceptibles d'avoir terminé la prise en charge du sevrage avant l'essai, d'avoir un objectif de traitement d'abstinence, d'avoir une durée de traitement plus longue et d'être recrutés par des services de traitement que les participants non européens à l'étude. Les auteurs de l'étude ont émis l'hypothèse que les participants européens pourraient, par conséquent, être davantage mobilisés dans les services de traitement avant de commencer à prendre des médicaments que ceux en dehors d'Europe, qui étaient plus susceptibles

d'entreprendre un traitement au début de l'essai. ce qui pourrait expliquer les différences observées dans l'arrêt du traitement⁵¹³. Aucune interaction n'a été observée entre l'abandon et le lieu d'essai en ce qui concerne les essais sur la naltrexone. Dans l'ensemble, la revue a conclu que, d'après les données probantes disponibles, l'acamprosate est efficace pour le traitement des TUA, mais a laissé entendre que l'objectif de traitement d'un patient en particulier constitue un facteur important à prendre en considération au moment de choisir un traitement de première intention (voir [Effectuer un choix entre la naltrexone et l'acamprosate](#))⁵¹³.

L'acamprosate est généralement bien toléré, et les effets secondaires les plus courants sont des troubles gastro-intestinaux (p. ex. diarrhée, nausées, vomissements). Dans les ECR, la diarrhée est le seul effet secondaire signalé plus fréquemment pour l'acamprosate que pour le placebo⁴⁹³. Bien que cet effet secondaire puisse concerner jusqu'à 16 % des patients, il se résorbe habituellement rapidement en quelques jours³⁹².

Les essais cliniques montrent que le fait d'être abstinent ou de terminer la prise en charge du sevrage avant de commencer le traitement, d'avoir l'abstinence comme objectif de traitement ou d'ajuster la dose en fonction du poids du patient entraîne une augmentation de l'efficacité du traitement à l'acamprosate^{260,479,514}. La motivation et la préparation au traitement peuvent représenter des facteurs particulièrement importants en ce qui concerne le respect du traitement, car en raison de sa faible biodisponibilité, l'acamprosate doit être administré à une posologie de près de 2 g divisée en 3 doses par jour. Il est essentiel de fournir des encouragements et des conseils informels pour aider les patients à respecter les ordonnances au début du traitement et de façon continue⁵¹⁴. Les autres prédicteurs de la réussite du traitement à l'acamprosate qui ont été identifiés dans la littérature comprennent des niveaux d'anxiété de référence plus élevés, une dépendance physiologique à l'alcool, un manque d'antécédents familiaux de TUA et un âge plus avancé d'apparition des TUA (c.-à-d. plus de 40 ans)⁵¹⁵. Voir [l'Annexe 5 : Pharmacothérapie pour les TUA](#) pour de plus amples renseignements sur la prescription, y compris les contre-indications et les mises en garde.

6.2.iii Effectuer un choix entre la naltrexone et l'acamprosate



Une méta-analyse de 2014 (N = 123 [122 ECR, 1 cohorte], n = 22 803; acamprosate : 27 ECR, n = 7 519, naltrexone : 53 ECR, n = 9 140) de la pharmacothérapie ambulatoire chez les adultes atteints de TUA a révélé que l'acamprosate (excès de risque [ER] = -0,09, IC à 95 % : -0,14 à -0,04) et la naltrexone (ER = -0,05; IC à 95 % -0,10 à -0,002) étaient associés à une probabilité plus faible de retour à la consommation d'alcool que le placebo²⁶¹. Lorsqu'on compare directement un produit à l'autre (4 ECR, n = 1 141), on n'a relevé aucune différence significative entre l'acamprosate et la naltrexone en ce qui concerne les résultats de consommation d'alcool²⁶¹.

Bien que la supériorité globale d'un médicament par rapport à l'autre n'ait pas été établie de façon concluante, il existe des preuves que la naltrexone pourrait être plus efficace pour réduire la consommation excessive d'alcool, tandis que l'acamprosate pourrait être plus efficace pour favoriser l'abstinence. La méta-analyse de 2014 susmentionnée a calculé que pour éviter qu'une personne ne recommence à boire, le nombre nécessaire pour traiter (NNT) était de 20 (IC à 95 % : 11 à 500) pour la naltrexone et 12 (IC à 95 % : 8 à 26) pour l'acamprosate²⁶¹. Pour prévenir le retour à la consommation excessive d'alcool, on a calculé que le NNT pour la naltrexone était de 12 (IC à 95 % : 8 à 26) alors que l'acamprosate n'était pas significativement meilleur que le placebo²⁶¹. Trois méta-analyses indépendantes, une publiée en 2008 (N = 41, n = 5 280), une en 2012 (N = 64, n = 10 993) et une en 2020 (N = 64, acamprosate : N = 18, n = 2 286) ont tiré des conclusions semblables :

L'acamprosate peut être plus efficace pour les patients qui ont un objectif d'abstinence, tandis que la naltrexone peut être bénéfique pour les patients qui ont un objectif de réduction de la consommation d'alcool ou d'abstinence.^{479,489,516} Par conséquent, les objectifs de traitement d'un patient constituent un facteur clé dans le choix entre ces médicaments.

Les antécédents familiaux d'un patient en matière de TUA peuvent également être pris en considération. Certaines données indiquent que les personnes qui ont des antécédents familiaux de TUA obtiennent de meilleurs résultats avec la naltrexone⁴⁹⁴, tandis que les personnes qui n'ont pas d'antécédents familiaux de TUA peuvent obtenir de meilleurs résultats avec l'acamprosate⁵¹⁵. Des informations supplémentaires à prendre en compte lors de la sélection de ces deux médicaments sont résumées dans l'[Annexe 5 : Pharmacothérapie pour les TUA](#).

6.2.iii.1 Couverture

La naltrexone et l'acamprosate sont inclus dans les listes provinciales et territoriales partout au Canada. Les cliniciens doivent confirmer le type de couverture (p. ex. prestations régulières, autorisation spéciale) et s'assurer que la prescription de naltrexone ou d'acamprosate satisfait aux exigences nécessaires dans leur lieu d'exercice. D'autres critères relatifs aux patients peuvent devoir être respectés et des rapports réguliers peuvent être exigés.

6.2.iv Naltrexone à libération prolongée

Aux États-Unis, la naltrexone est disponible sous forme de formulation à libération prolongée administrée par injection intramusculaire mensuelle⁴⁸⁸, ce qui peut favoriser un meilleur respect du traitement comparativement à la naltrexone orale à dose quotidienne⁵¹⁷. **La naltrexone à libération prolongée n'est pas disponible actuellement au Canada.** Plusieurs ECR ont constaté que la naltrexone à libération prolongée est bien tolérée et a des effets supérieurs à ceux du placebo en ce qui concerne l'amélioration du respect du traitement et des taux de rétention, l'augmentation des taux d'abstinence et la diminution des manques d'alcool^{517,518}. Une méta-analyse de 2020 (N = 7, n = 1 500) portant sur les effets de la naltrexone à libération prolongée comparativement au placebo a révélé que la naltrexone à libération prolongée réduisait considérablement le nombre de jours de consommation (différence moyenne pondérée [DMP] = -2,0, IC à 95 % : -3,4 à -0,6; p = 0,03) et de jours de consommation intensive par mois (DMP = -1,2, IC à 95 % : -0,2 à -2,1; p = 0,02). On a établi un lien entre les essais qui n'exigeaient pas l'abstinence avant le début du traitement et une plus grande réduction des jours de consommation mensuelle élevée (DMP = -2,0, IC à 95 % : -3,52 à -0,48; p = 0,01),

tout comme les essais de plus de 3 mois (DMP = -1,9; IC à 95 % : -3,2 à -0,5; $p = 0,001$)⁵¹⁹. De plus, compte tenu de l'ensemble de données probantes établi à l'appui de l'utilisation de naltrexone à libération prolongée pour le traitement des troubles de l'usage d'opioïdes (TUO)⁵²⁰, ce médicament pourrait avoir des avantages pour le traitement des personnes souffrant de TUA et de TUO concomitants⁵²¹.

6.2.v Résumé de la section et recommandation

Ces lignes directrices recommandent que tous les patients adultes atteints d'un trouble modéré ou grave de l'usage d'alcool se voient offrir une pharmacothérapie fondée sur des données probantes pour les TUA. De plus, quelle que soit la gravité des TUA, le comité des lignes directrices recommande que tout patient qui a cessé ou réduit sa consommation d'alcool, mais qui continue de ressentir de forts manques d'alcool ou qui risque de recommencer à boire (« rechute ») puisse être un candidat approprié pour une pharmacothérapie.

Le comité recommande la naltrexone et l'acamprosate comme options de pharmacothérapie de première intention pour le traitement des TUA. Le comité recommande la naltrexone pour les patients dont le traitement vise à réduire la consommation d'alcool ou l'abstinence, et l'acamprosate pour les patients dont le traitement vise l'abstinence, en se fondant sur des données de recherche qui appuient l'efficacité de chaque médicament pour obtenir ces résultats précis^{261,479,516}.

Recommandation 10

Les adultes atteints de TUA modérés à graves devraient se voir administrer de la naltrexone ou de l'acamprosate comme pharmacothérapie de première intention afin de contribuer à la réalisation des objectifs de traitement déterminés par les patients.

- A. La naltrexone est recommandée pour les patients qui ont un objectif thérapeutique d'abstinence ou de réduction de la consommation d'alcool.
- B. L'acamprosate est recommandé pour les patients qui ont un objectif thérapeutique d'abstinence.

ÉLEVÉE Qualité des données probantes

FORTE Recommandation

Remarques

- La naltrexone peut être contre-indiquée pour les patients qui consomment ou qui consommeront des opioïdes (p. ex. traitement par agonistes opioïdes, requis pour une intervention chirurgicale). Toute prise d'opioïdes doit être arrêtée de 7 à 10 jours avant le traitement. D'autres contre-indications comprennent une sensibilité connue au médicament ou à ses constituants, et les patients souffrant d'une hépatite aiguë ou d'une insuffisance hépatique. Il faut faire preuve de prudence lors de la prescription de naltrexone à des patients atteints d'une maladie hépatique, à des patientes enceintes et à des patients de moins de 18 ans.
- L'acamprosate est contre-indiqué pour les patients qui ont une déficience rénale grave (c.-à-d. clairance de la créatinine ≤ 30 mL/min), pour les patients qui ont une hypersensibilité connue au médicament ou à ses constituants, et pour les patientes qui allaitent. Il faut faire preuve de prudence lors de la prescription de naltrexone à des patients atteints d'une maladie rénale, à des patientes enceintes, à des patients de moins de 18 ans et à des patients de plus de 65 ans.
- Les effets secondaires, les antécédents du patient avec la naltrexone ou l'acamprosate et la faisabilité (p. ex. calendriers de posologie, coûts directs) devraient également être pris en compte. Par exemple, la pharmacothérapie à l'acamprosate nécessite une administration trois fois par jour, ce que certains patients pourraient ne pas souhaiter.
- La qualité des données probantes à l'appui de cette recommandation a été jugée élevée en fonction de multiples revues systématiques indiquant que la naltrexone est efficace pour réduire la consommation d'alcool et le maintien de l'abstinence et que l'acamprosate est efficace pour maintenir l'abstinence. Le NNT pour éviter qu'une personne ne recommence à boire était de 20 pour la naltrexone et de 12 pour l'acamprosate, tandis que le NNT pour prévenir le retour à une consommation excessive était de 12 pour la naltrexone, tandis que les résultats de l'acamprosate ne différaient pas de ceux du placebo. Compte tenu de ces données probantes, les cliniciens doivent savoir que la naltrexone et l'acamprosate seuls ne seront pas efficaces pour tous les patients.
- La force de cette recommandation a été jugée forte en fonction de la qualité des données probantes, du consensus du groupe de travail, du faible coût et de l'efficacité de la naltrexone et de l'acamprosate.

6.3 Pharmacothérapies de remplacement et émergentes pour les TUA

Ce ne sont pas toutes les personnes atteintes de TUA qui bénéficient des approches de traitement de première intention, malgré un bon respect du traitement et une motivation appropriée. Par exemple, des revues systématiques ont signalé que de 38 % à 70 % des personnes traitées à l'acamprosate ou à la naltrexone ne bénéficient pas ou ne bénéficient que partiellement d'un essai avec un de ces médicaments⁴⁸⁷. Par conséquent, la recherche sur les pharmacothérapies de remplacement est en cours, dans le but d'offrir une plus vaste gamme d'options de pharmacothérapie personnalisées aux personnes qui cherchent un traitement pour les TUA. Les données de recherche relatives à l'efficacité et à l'innocuité de plusieurs pharmacothérapies de remplacement - topiramate, gabapentine, disulfirame, baclofène et ondansétron - sont examinées ci-dessous (voir l'[Annexe 5 : Pharmacothérapie pour les TUA](#) pour un résumé).

À l'exception du disulfirame, un médicament approuvé par Santé Canada pour les TUA, l'utilisation des médicaments examinés ci-dessous serait considérée comme « non indiquée ». Comme pour toute utilisation non indiquée, il est important d'effectuer une évaluation complète, et notamment d'examiner attentivement les médicaments pris de manière concomitante pour déterminer s'il y a des interactions médicamenteuses possibles, et de consigner le consentement du patient dans son dossier. Les cliniciens devraient discuter de la couverture des ordonnances avec leur patient et consulter leur liste provinciale ou territoriale pour confirmer les exigences de couverture avant de prescrire.

De plus, l'innocuité et l'efficacité comparatives de ces thérapies de remplacement n'ont pas été pleinement établies pour les adolescents, les personnes enceintes, les aînés ou les patients issues de populations plus complexes (p. ex. problèmes de santé mentale ou médicaux concomitants, troubles concomitants de consommation de substances). La prescription de ces médicaments dans ces cas serait à la discrétion du clinicien après une évaluation minutieuse des risques, des avantages, des interactions médicamenteuses et des contre-indications (particulièrement pour les personnes enceintes).

6.3.i Topiramate

Le topiramate est un médicament anticonvulsivant qui a fait l'objet d'une étude sur une utilisation non indiquée pour le traitement des TUA. Une revue systématique de 2021 a révélé que le topiramate augmentait le nombre de jours d'abstinence par rapport au placebo ou à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), bien que les preuves à l'appui de l'effet du topiramate sur l'abstinence cumulative aient été signalées comme plus limitées⁵²². Dans le cadre des méta-analyses, les groupes traités au topiramate ont également montré une amélioration en ce qui concerne la réduction de leur consommation d'alcool (c.-à-d. les journées de consommation excessive, les consommations par jour, ou le nombre moyen de consommations par jour) par rapport au placebo ou au traitement habituel (p. ex. TCC, naltrexone). Une méta-analyse de 2020 (N = 64) a révélé que, comparativement au placebo, le topiramate augmentait les chances de maintenir l'abstinence jusqu'à 12 mois (RC = 1,88, IC à 95 % : 1,06 à 3,34) et réduisait l'abandon de traitement (RC = 0,45, IC à 95 % : 0,24 à 0,83)⁴⁸⁹. Une méta-analyse de 2014 de 7 essais contrôlés par placebo (n = 1 125) de l'utilisation du topiramate pour le traitement des TUA a signalé des effets significatifs de taille moyenne sur les mesures globales de l'abstinence (g de Hedges = 0,438. [taille d'effet moyenne], p < 0,01) et la consommation excessive (g de Hedges = 0,406 [taille d'effet moyenne], p < 0,01), et des effets non significatifs sur les niveaux de gamma-glutamyl-transférase (GGT) et le manque, comparativement au placebo⁵²³. Les doses de topiramate variaient de 100 à 300 mg/jour et la durée du traitement de 12 à 16 semaines. Il convient de noter que trois des essais inclus dans cette revue comprenaient des participants qui n'étaient pas abstinents au début du traitement⁵²⁴⁻⁵²⁶ et les résultats n'ont pas semblé systématiquement différents de ceux des essais qui exigeaient que les participants soient abstinents au début du traitement⁵²⁷⁻⁵³⁰. De plus, les résultats regroupés de trois essais randomisés comparant directement le topiramate à la naltrexone suggèrent que le topiramate peut avoir davantage d'effet que la naltrexone en ce qui concerne la consommation excessive d'alcool et le manque, et est tout aussi efficace en ce qui concerne l'abstinence^{529,531,532}.

ÉTUDE

RÉSULTATS

Intervention

300 mg de topiramate
pendant 3 mois

Par rapport à

Placebo

Type d'étude :

Méta-analyse
(7 ECR, n = 1125)

**Abstinence**

Effet de taille moyenne $p < 0,01$

**Consommation excessive**

Effet de taille moyenne $p < 0,01$

**Manque**

aucun effet

Le topiramate est généralement bien toléré, mais certaines personnes subissent des effets secondaires importants, particulièrement à des doses plus élevées ou avec une augmentation plus rapide des doses^{524,525,528,530}. Pour cette raison, une adaptation graduelle de la dose sur plusieurs semaines est fortement recommandée (p. ex. de 5 à 8 semaines environ pour arriver la dose complète)^{524,525,528,530}. Dans les essais contrôlés par placebo, les effets indésirables beaucoup plus courants avec le topiramate étaient la paresthésie (50,8 % c. 10,6 % dans le groupe placebo), la dysgueusie (23,0 % c. 4,8 %), l'anorexie (19,7 % c. 6,9 %), la difficulté de concentration ou d'attention (14,8 % c. 3,2 %), la nervosité (14,2 % c. 7,5 %), les étourdissements (11,5 % contre 5,3 %) et le prurit (10,4 % contre 1,1 %)⁵²⁵. L'expérience clinique suggère que les taux d'effets secondaires comme les étourdissements, la fatigue et la somnolence peuvent être plus élevés que les taux indiqués dans la monographie du produit. La plupart des essais cliniques menés à ce jour ont utilisé une dose quotidienne relativement élevée de topiramate (jusqu'à 300 mg par jour); cependant, un essai randomisé qui a comparé la psychothérapie seule à la psychothérapie associée à un traitement au topiramate à faible dose (jusqu'à 75 mg par jour) a constaté que les participants ayant reçu du topiramate étaient plus susceptibles de demeurer abstinents de façon continue au cours d'une période de suivi de quatre mois que ceux n'ayant pas reçu ce médicament (33,3 % comparativement à 14,5 %)⁵³³. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer les stratégies de dosage optimales, les rythmes d'ajustement de dose et les doses d'entretien qui équilibrent le mieux l'efficacité du traitement avec le confort et la sécurité du patient.

6.3.ii Gabapentine

La gabapentine est un médicament anticonvulsivant qui peut être utilisé pour la gestion des symptômes de sevrage alcoolique et a été étudié comme traitement pour les TUA en utilisation non indiquée. Une méta-analyse de 2019 (7 ECR, n = 751) a conclu que, bien que la gabapentine semble être plus efficace que le placebo pour le traitement des TUA, la seule mesure de résultat qui favorise clairement la gabapentine est une réduction du pourcentage de jours de consommation excessive (g de Hedges = -0,64 [taille d'effet moyenne], IC à 95 % : -1,22 à -0,06).⁵³⁴ Cette constatation a été confirmée dans une revue systématique publiée en 2019 (N = 13, n = 807)⁵³⁵ et une méta-analyse publiée en 2020 (N = 8, n = 826).³⁴⁸ La méta-analyse de 2020 a révélé que la gabapentine était nettement supérieure au placebo pour ce qui est de la diminution du pourcentage de jours de consommation excessive (g de Hedges = 0,5478 [taille d'effet moyenne], IC à 95 % : 0,0145 à 1,0812; $p = 0,044$). Cependant, il n'y avait pas de différence significative entre le traitement à la gabapentine et le placebo en considérant une mesure d'efficacité agrégée calculée à l'aide de divers résultats d'abstinence ou de consommation d'alcool.³⁴⁸ La revue systématique de 2019 a révélé que la gabapentine réduisait la consommation d'alcool, minimisait le manque et diminuait l'insomnie liée à l'alcool, la majorité des études démontrant l'efficacité à une dose relativement élevée de gabapentine (de 1 200 à 3 200 mg/jour).⁵³⁵ Comme l'ont souligné ces revues systématiques et ces méta-analyses, il faut poursuivre la recherche pour établir de façon définitive l'innocuité et l'efficacité de la gabapentine par rapport aux traitements de première intention et aux autres traitements de remplacement.

GABAPENTINE⁵³⁴

ÉTUDE

Intervention

600 à 3,600 mg de gabapentine pendant 3 à 26 semaines


Par rapport à


Placebo

Type d'étude :

Méta-analyse (7 ECR, n = 751)

RÉSULTATS

 **Abstinence**
aucun effet

 **% de jours de consommation excessive**
Effet de taille moyenne $p = 0,03$

Dans un ECR subséquent de 2020 (n = 96) où des participants attribués dans des groupes au hasard ont reçu de la gabapentine (1 200 mg/jour) ou un placebo pendant 16 semaines, le nombre de déclarations sans jours de consommation excessive était 18,6 % plus élevé dans le groupe ayant reçu de la gabapentine (IC à 95 % : 3,1 à 34,1; $p = 0,02$; NNT = 5) et le nombre de jours d'abstinence totale déclarés était 13,8 % plus élevé dans ce groupe (IC à 95 % : 1,0 à 26,7; $p = 0,04$; NNT = 6) comparativement au groupe placebo.⁵³⁶ Les résultats suggèrent en outre que, lorsqu'elles étaient traitées à la gabapentine comparativement au placebo, les personnes ayant des scores élevés de sevrage alcoolique souffraient bien moins de rechutes de consommation excessive d'alcool (NNT = 3; $p < 0,02$) et présentaient plus de jours d'abstinence totale (NNT = 3; $p = 0,003$), alors que celles qui avaient de faibles scores de sevrage alcoolique présentaient des taux de rechute de consommation excessive d'alcool (nombre nécessaire pour nuire [NNN]^{ak} = 25; $p = 0,67$) et des taux d'abstinence (NNN = 23; $p = 0,32$) semblables, ce qui suggère que la gabapentine pourrait être plus efficace pour les patients qui avaient des antécédents de symptômes de sevrage alcoolique. Étant donné que la gabapentine s'est également révélée efficace pour la prise en charge en ambulatoire des symptômes de sevrage alcoolique légers à modérés⁵³⁷, le fait d'avoir la possibilité de continuer à l'utiliser au-delà de la période de sevrage aigu dans le cadre d'une stratégie de traitement à long terme peut présenter des avantages (p. ex. réaction positive antérieure à la médication, confort du patient avec la médication).

En plus de la formulation à libération immédiate de la gabapentine, il existe également une formulation à libération prolongée. Un ECR multisite de 2019 (n = 346) a évalué l'innocuité et l'efficacité d'une formulation de gabapentine à libération prolongée (gabapentine énacarbil) pour le traitement des TUA⁵³⁸. Les participants ont été affectés au hasard dans des groupes recevant un placebo ou de la gabapentine énacarbil (600 mg deux fois par jour) pendant six mois. À la fin de l'essai, le pourcentage de participants ne déclarant aucune journée de consommation excessive d'alcool ne différait pas beaucoup entre le groupe ayant reçu le traitement et celui ayant reçu le placebo (28,3 % c. 21,5 %), et aucun avantage clinique n'a été trouvé concernant d'autres mesures de

ak Le nombre nécessaire pour nuire (NNH) correspond au nombre d'individus qui doivent être traités pour qu'un individu subisse un résultat indésirable.

consommation d'alcool (pourcentage de participants abstinents, pourcentage de jours d'abstinence, pourcentage de jours de consommation excessive d'alcool, nombre de consommations par semaine, nombre de consommations par jour de consommation d'alcool), le manque d'alcool, les conséquences liées à l'alcool, les problèmes de sommeil, le tabagisme et les symptômes de dépression et d'anxiété⁵³⁸. L'absence d'effet de traitement démontré pour la formulation à libération prolongée par rapport aux essais antérieurs concernant la gabapentine à libération immédiate n'est pas encore bien comprise, et d'autres recherches sont nécessaires, en particulier, de grande envergure, bien conçues, avec des essais menés sur plusieurs sites qui comparent directement différentes formulations et doses de gabapentine⁵³⁸. À l'heure actuelle, d'après ces résultats, la gabapentine à libération prolongée^{al} n'est pas recommandée pour le traitement des TUA.

Les événements indésirables les plus fréquemment signalés dans les essais cliniques contrôlés par placebo de la gabapentine (à libération immédiate) sont les étourdissements (19,1 % contre 6,6 % dans le groupe placebo), la somnolence (14,1 % contre 5,2 %), l'ataxie ou le trouble de la démarche (14,0 % contre 2,2 %) et l'œdème périphérique (6,6 % contre 1,5 %)⁵³⁹. Étant donné que la gabapentine est excrétée rénalement, il est sécuritaire de l'utiliser pour les patients souffrant d'une maladie hépatique grave, mais un dosage prudent est requis chez les patients souffrant d'une insuffisance rénale grave. Pour les patients atteints d'une maladie rénale chronique, le débit de filtration glomérulaire (DFG) doit être surveillé avec une dose de gabapentine ajustée au besoin en fonction de tout changement de DFG⁵⁴⁰. En raison de son profil d'effets secondaires, il est conseillé de faire preuve de prudence en prescrivant de la gabapentine aux patients qui présentent un risque accru de confusion, de désorientation ou de chute (p. ex. aînés, patients fragiles, personnes ayant une déficience cognitive).

al La gabapentine à libération prolongée n'est pas disponible actuellement au Canada.

6.3.ii.1 Considérations relatives à l'innocuité de la gabapentine

Des rapports récents ont soulevé des préoccupations concernant les risques potentiels de consommation non médicale, de dépendance physiologique et de syndromes de sevrage associés à la gabapentine⁵⁴¹⁻⁵⁴⁶. Bien que d'importantes études de cohorte d'observation au Royaume-Uni et aux États-Unis aient montré que la prévalence de l'utilisation non médicale de la gabapentine est faible dans la population générale (1 %)⁵⁴⁷ et chez les personnes à qui on a prescrit de la gabapentine (2 %)⁵⁴⁸, des taux plus élevés (de 12 à 22 %) ont été consignés dans les populations consommatrices d'opioïdes et dans des établissements où l'accès à l'alcool et à d'autres drogues est restreint (p. ex. programmes de traitement en milieu hospitalier, établissements correctionnels)^{546,548-551}. Une revue de 2016 a permis de relever 18 rapports de cas et séries de cas décrivant une consommation non médicale, y compris une consommation non prescrite (détournement) et une consommation non conforme aux prescriptions (p. ex. doses plus élevées ou plus fréquentes, combinaison avec d'autres substances, consommation par inhalation, injection ou d'autres voies), ainsi que des symptômes de dépendance physiologique ou de sevrage lors de l'arrêt de l'utilisation⁵⁵². La dépendance à la gabapentine a été consignée seulement pour les patients qui avaient des antécédents de troubles de l'usage de l'alcool, de stimulants ou d'opioïdes, et la dose quotidienne moyenne dans ces cas était d'environ 3 000 mg/jour (plage de 600 à 8 000 mg/jour)⁵⁵². Les symptômes de sevrage, lorsqu'ils ont été signalés, se sont manifestés dans les 12 heures à 7 jours suivant l'interruption de la consommation de gabapentine, et comprenaient de l'inquiétude, de la désorientation, de la confusion, de l'agitation et de l'anxiété, qui ne se sont pas résorbées avec l'administration de benzodiazépines⁵⁵².

Un petit nombre de personnes ont également signalé avoir combiné de fortes doses de gabapentine à de l'alcool ou à d'autres médicaments (comme la quétiapine, la buprénorphine/naloxone, la méthadone et d'autres opioïdes prescrits ou non réglementés) pour produire des effets euphoriques⁵⁵³⁻⁵⁵⁷. L'utilisation combinée d'opioïdes et de gabapentine est particulièrement préoccupante, en raison des effets cumulatifs sur la dépression respiratoire, qui peuvent accroître le risque de surdose mortelle⁵⁵⁸. Une étude canadienne de 2017 portant sur 5 875 personnes à qui on a prescrit des opioïdes a révélé que l'utilisation concomitante de gabapentine prescrite augmentait le risque de surdose mortelle de 49 % (ratio de taux corrigé [RTC] = 1,49, IC à 95 % : 1,18

à 1,88; $p < 0,001$) comparativement aux cas témoins (appariés selon l'âge, le sexe, l'année d'indice, les antécédents de néphropathie chronique et l'indice de risque de maladie)⁵⁵⁹. L'étude a également révélé des données probantes selon lesquelles des doses quotidiennes modérées (900 à 1800 mg) et élevées (≥ 1800 mg) de gabapentine ont augmenté de 60 % le ratio de taux corrigé d'une surdose mortelle d'opioïdes (RTC = 1,56, IC à 95 % : 1,06 à 2,28; $p = 0,024$ pour les doses modérées; RTC = 1,58, IC à 95 % : 1,09 à 2,27; $p = 0,015$ pour les doses élevées) comparativement aux personnes qui ne consomment pas de gabapentine simultanément⁵⁵⁹. La gabapentine est également de plus en plus identifiée dans les analyses toxicologiques post-mortem des personnes décédées d'une surdose d'une substance⁵⁴⁶. Par exemple, une analyse de 2018 portant sur 4 169 décès par surdose dans 5 états américains a révélé que la gabapentine avait été détectée dans 22 % de tous les décès par surdose et dans 26 % des décès par surdose liés aux opioïdes⁵⁶⁰.

Il est probable que les risques liés à l'utilisation de la gabapentine à des fins non médicales chez les personnes souffrant de TUA demeurent inférieurs aux risques associés aux TUA non traités chez les patients pour lesquels la pharmacothérapie de première intention et d'autres pharmacothérapies de deuxième intention ne sont pas appropriées ou privilégiées. Toutefois, les fournisseurs de soins primaires doivent être conscients de ces risques et surveiller attentivement leurs patients pour déceler tout signe d'utilisation non médicale, de dépendance et de détournement, en portant une attention particulière aux personnes qui ont reçu de multiples médicaments pour des problèmes de santé concomitants. Si le détournement ou la prise non conforme à la prescription est une préoccupation, les cliniciens peuvent envisager de prescrire de la gabapentine à récupérer quotidiennement, de manière hebdomadaire ou toutes les deux semaines à partir d'une pharmacie, ou avec un un conditionnement sous emballage-coque pour effectuer un dénombrement aléatoire des comprimés⁵⁴².

6.3.iii Disulfirame

Comme il a été mentionné ci-dessus, le disulfirame est l'un des trois médicaments approuvés par Santé Canada pour le traitement des TUA chez les adultes; cependant, le disulfirame n'est pas disponible sur le marché au Canada et doit être préparé par des pharmacies spécialisées. Contrairement à d'autres

pharmacothérapies pour les TUA, le disulfirame n'influence pas directement les voies neuronales liées aux effets gratifiants de l'alcool, au manque ou à la motivation de boire de l'alcool. Il s'agit d'un agent répulsif qui provoque une réaction physiologique extrêmement désagréable si on consomme de l'alcool (c.-à-d. une réaction alcool-disulfirame). Le disulfirame bloque le métabolisme de l'alcool en inhibant l'aldéhyde déshydrogénase, ce qui entraîne une accumulation d'acétaldéhyde (le principal métabolite de l'alcool) dans l'organisme⁴⁸⁸. L'acétaldéhyde cause toute une gamme d'effets secondaires qui peuvent comprendre la transpiration, les céphalées, la dyspnée, une baisse de la tension artérielle, des bouffées vasomotrices, une hyperactivité sympathique, des palpitations cardiaques, des nausées et des vomissements⁴⁸⁸. Cette réaction peut se produire si de l'alcool est consommé jusqu'à deux semaines après la prise d'une dose quotidienne standard (125 à 500 mg) de disulfirame⁴⁸⁸. Comme la réaction alcool-disulfirame peut être mortelle, il ne faut jamais administrer le disulfirame à un patient sans son plein consentement et sans qu'il en connaisse les effets⁵⁶¹.

Les essais contrôlés par placebo n'ont pas clairement démontré que le disulfirame est plus efficace que le placebo pour le traitement des TUA. Une méta-analyse de 2014 portant sur deux essais cliniques (n = 492) n'a révélé aucune différence significative entre le disulfirame et le placebo pour ce qui est de prévenir un retour à la consommation d'alcool chez les personnes souffrant de TUA²⁶¹. Des études antérieures ont fait remarquer que les taux de respect de la pharmacothérapie au disulfirame sont faibles, ce qui contribue à son manque d'efficacité⁵⁶². En revanche, une méta-analyse de 2014 (N = 22 ECR, n = 2 414) qui a examiné l'incidence de la surveillance du respect de la pharmacothérapie a révélé que le disulfirame avait des avantages importants concernant l'abstinence (définis de diverses façons dans chaque étude) seulement dans des conditions supervisées (g de Hedges = 0,82 [taille d'effet importante], IC à 95 % : 0,59 à 1,05; p < 0,001)⁵⁶³. Un essai clinique ouvert de 2007 (n = 243) qui a affecté au hasard des participants à un traitement sous surveillance de 12 semaines au disulfirame, à la naltrexone ou à l'acamprosate a révélé que les personnes qui prenaient le disulfirame laissaient passer une période plus longue avant de boire à nouveau excessivement (p = 0,0002), décrivaient des réductions plus importantes de la consommation hebdomadaire moyenne (p < 0,0001) et un plus grand nombre de jours d'abstinence (p < 0,0001) comparativement aux groupes traités à la naltrexone et à l'acamprosate⁵⁶⁴. Cependant, les avantages relatifs du disulfirame observés au

cours de l'essai se sont dissipés au cours d'une période de traitement subséquente non supervisée de 52 semaines, un contexte plus proche des conditions « réelles »⁵⁶⁴.

Compte tenu de ces données probantes, le disulfirame n'est pas recommandé par rapport aux autres pharmacothérapies disponibles pour les TUA qui se sont révélées efficaces pour prévenir les rechutes ou réduire la consommation d'alcool. Cependant, il est reconnu que certaines personnes pourraient être intéressées par cette approche pour diverses raisons. Par exemple, certaines personnes pourraient vouloir utiliser le disulfirame comme source supplémentaire de soutien pour éviter de consommer de l'alcool dans certaines circonstances (p. ex. vacances, occasions spéciales, autres occasions où des personnes pourraient consommer de l'alcool d'une manière qui ne correspond pas à leur objectif de traitement) ou pour exercer des professions particulières (p. ex. postes critiques sur le plan de la sécurité). Dans ces cas, il faut examiner attentivement les données concernant les risques et les avantages, et il faut fournir aux patients et à leur famille, avant d'entreprendre le traitement, de l'information sur les effets indésirables qui peuvent être ressentis si de l'alcool est consommé (y compris l'exposition accidentelle ou fortuite à de l'alcool sous une forme autre que de la boisson). Il a été démontré que les « contrats de disulfirame », dans lesquels un patient et son partenaire acceptent la supervision de l'ingestion quotidienne d'une dose de disulfirame avec renforcement verbal de la part du partenaire, en conjonction avec la thérapie de couple, augmentent le respect de la pharmacothérapie et améliorent les taux d'abstinence⁵⁶⁵. Comme les essais cliniques indiquent que le disulfirame est le plus efficace lorsqu'il est pris dans des conditions structurées et supervisées, ce médicament ne doit être prescrit qu'aux patients qui reçoivent des soins continus en toxicomanie lorsque des mécanismes de surveillance de la sécurité sont en place et que le respect de la pharmacothérapie peut être évalué régulièrement par un fournisseur de soins de santé ou une autre personne fiable.

Les effets secondaires du disulfirame (en l'absence d'alcool) sont généralement bénins et comprennent la fatigue, une légère somnolence, des maux de tête et une dermatite⁴⁸⁸. Bien qu'elle soit peu fréquente, l'hépatotoxicité a été signalée chez des patients qui avaient ou non des antécédents de fonction hépatique anormale. Des épreuves de référence et de suivi de fonction hépatique devraient

être régulièrement demandées pendant le traitement. Les patients et leur famille devraient être avisés de signaler immédiatement les premiers signes ou symptômes d'hépatite⁵⁶¹. Les contre-indications à la consommation de disulfirame comprennent une maladie grave du myocarde ou une occlusion coronarienne, une psychose ou une hypersensibilité connue au médicament⁴⁸⁸. Il ne faut jamais administrer le disulfirame à un patient sans son plein consentement et sans qu'il en connaisse les effets⁵⁶¹. Comme la réaction disulfirame-alcool peut constituer une urgence, le recours au disulfirame pour réduire la consommation d'alcool plutôt que pour maintenir l'abstinence n'est ni approprié ni recommandé.

6.3.iv Baclofène

Le baclofène est un agoniste récepteur du GABA qui est prescrit principalement comme décontractant musculaire, mais qui a également été utilisé pour traiter les TUA. Bien qu'il ne soit pas couramment prescrit en Amérique du Nord, il s'agit d'une pharmacothérapie approuvée pour les TUA en France et couramment utilisé de manière non indiquée en Australie et en Allemagne⁵⁶⁶. Étant donné que le baclofène n'est pas métabolisé dans le foie, il a d'abord été étudié comme option de traitement pour les personnes ayant reçu un diagnostic de TUA grave accompagné d'hépatite aiguë, de maladie hépatique et de cirrhose⁵⁶⁷. Bien que les premiers essais menés auprès de cette population se soient révélés prometteurs^{568,569}, les études subséquentes ont donné des résultats mitigés⁵⁷⁰⁻⁵⁷⁴.

Une étude Cochrane de 2023 (N = 17, n = 1 818) a révélé que le baclofène est susceptible de réduire le risque de rechute et d'augmenter le pourcentage de jours d'abstinence, principalement chez les patients qui ont suivi une désintoxication⁵⁷⁵. Il n'y avait aucune différence entre le baclofène et le placebo pour d'autres résultats principaux (p. ex. journées de consommation excessive d'alcool, consommations par journée de consommation d'alcool) et les résultats secondaires (p. ex. manque d'alcool, anxiété, dépression). Il y avait peu de données et des preuves incertaines d'une quelconque différence entre le baclofène et la naltrexone ou l'acamprosate. Des méta-analyses antérieures publiées en 2018 et en 2021 ont rapporté des résultats semblables, bien que les résultats n'aient pas été stratifiés selon le statut de sevrage terminé ou de consommation d'alcool active. Une méta-analyse de Pierce et. coll. (N = 13, n = 1 492) a signalé

que le baclofène donnait de meilleurs résultats que le placebo pour certains éléments (temps avant le retour à la consommation d'alcool, pourcentage de jours d'abstinence), mais pas pour les taux d'abstinence en général⁵⁷⁶. Une méta-analyse de Rose et. coll. (N = 12, n = 590) a signalé que le baclofène était associé à des taux d'abstinence plus élevés que le placebo, mais ne présentait aucune différence en ce qui concerne les autres résultats (jours d'abstinence, consommation excessive d'alcool, manque)⁵⁷⁷. Une méta-analyse de 2020 (N = 13, n = 983) a révélé que le baclofène était plus efficace pour augmenter le nombre de jours d'abstinence chez les patients ayant des niveaux d'anxiété de référence plus élevés⁵⁷⁸. En revanche, une méta-analyse de 2018 (N = 14, n = 1 522) n'a révélé aucune différence entre le baclofène et le placebo en ce qui concerne les taux d'abstinence ou la consommation d'alcool⁵⁷⁹.

Comparativement au placebo, le baclofène est associé à des taux accrus d'effets secondaires, notamment les vertiges, la somnolence, la paresthésie (sensation de « picotement ») et les spasmes ou la rigidité musculaires⁵⁸⁰. Des préoccupations en matière d'innocuité ont également été soulevées au sujet de l'utilisation non indiquée du baclofène⁵⁸¹. Par exemple, une étude du registre national français de 2018 (n = 165 334) a révélé que le baclofène était associé à un risque accru d'hospitalisation en fonction de la dose (RR = 1,13, IC à 95 % : 1,09 à 1,17) et de décès (RR = 1,31; IC à 95 % : 1,08 à 1,60) comparativement à d'autres pharmacothérapies pour les TUA approuvées en France (naltrexone, nalméfène, acamprosate)⁵⁸². Dans l'ensemble, il n'y a pas de données probantes claires sur l'efficacité du baclofène pour le traitement des TUA, particulièrement en tant que traitement continu ou comparativement aux pharmacothérapies de première intention. Toutefois, l'utilisation du baclofène pourrait être envisagée pour les patients qui ont subi un sevrage et pour lesquels d'autres médicaments sont contre-indiqués.

6.3.v Ondansétron

L'ondansétron est un antagoniste sélectif du récepteur de la sérotonine (5-HT₃) approuvé pour le traitement de la nausée associée à la chimiothérapie et son action a également été étudiée pour le traitement des TUA. D'après les résultats de plusieurs essais pilotes de petite envergure et d'études en laboratoire chez l'humain⁵⁸³, l'ondansétron semble présenter une efficacité sélective pour deux

sous-groupes de patients précis, soit les personnes qui ont développé des TUA avant l'âge de 26 ans⁵⁸⁴ et les personnes avec une variante génétique du gène porteur de la sérotonine (5-HTT)⁵⁸⁵. Ces résultats n'ont pas encore été reproduits dans le cadre d'un vaste essai clinique multisite⁵⁸⁶. Un essai clinique initial de 1994 (n = 71) qui n'a pas différencié les participants en fonction de l'âge du début de leurs TUA ou du génotype n'a révélé aucune différence significative en ce qui concerne la consommation d'alcool entre le groupe ayant reçu de l'ondansétron pendant six semaines et celui ayant reçu un placebo⁵⁸⁷.

La diarrhée, les céphalées et la fièvre sont les effets secondaires les plus fréquemment signalés dans les essais cliniques de l'ondansétron pour le traitement des TUA. L'ondansétron allonge l'intervalle QT selon la dose et ne doit pas être prescrit aux patients qui ont des problèmes cardiaques sous-jacents, comme le syndrome du QT long, une hypertrophie cardiaque ou aux personnes qui prennent d'autres médicaments associés à l'allongement de l'intervalle QT^{588,589}.

6.3.vi Pharmacothérapie combinée

La pharmacothérapie combinée est souvent utilisée pour divers troubles qui ne réagissent pas à la monothérapie, et on s'intéresse de plus en plus à l'application d'approches semblables aux TUA. En théorie, la combinaison des pharmacothérapies pour les TUA pourrait traiter un plus large éventail de symptômes ou augmenter les effets limités de traitement qui ont été observés avec les monothérapies pour les TUA dans les études de recherche et la pratique clinique.

Une méta-analyse de 2018 de 16 ECR évaluant la pharmacothérapie combinée pour le traitement des TUA a conclu qu'aucun avantage significatif n'a été observé avec l'utilisation de combinaisons par rapport à un médicament unique en ce qui concerne les résultats liés à l'alcool, mais a fait remarquer que la base de données probantes actuelle est limitée⁵⁹⁰. Peu d'études bien contrôlées ont été menées dans ce domaine, et les études publiées sont limitées par la petite taille des échantillons, le faible pouvoir d'étude, les mesures imprécises des effets du traitement et d'autres défauts méthodologiques⁵⁹⁰. D'autres recherches sont nécessaires pour déterminer la valeur de la polythérapie. Nous examinons ci-dessous certaines données de recherche sur l'innocuité et l'efficacité de deux exemples prometteurs de pharmacothérapie combinée pour les TUA.

6.3.vi.1 Naltrexone et acamprosate

Un ECR de 2003 qui a affecté 160 participants au hasard à 4 types de traitement pendant 12 semaines a signalé des taux de rechute de 75 % pour le placebo, de 50 % pour l'acamprosate, de 35 % pour la naltrexone et de 28 % pour la combinaison acamprosate-naltrexone⁵¹⁰. Les tests d'hypothèse ont montré que la polythérapie fonctionnait mieux que l'acamprosate seul, mais pas que la monothérapie à la naltrexone, pour la prévention des rechutes de consommation d'alcool ($p = 0,04$) et de consommation excessive d'alcool ($p = 0,04$)⁵¹⁰. Dans une méta-analyse de 2020 (N = 60), la combinaison naltrexone-acamprosate a démontré une plus grande efficacité en ce qui concerne le maintien de l'abstinence jusqu'à 12 mois (RC = 3,68, IC à 95 % : 1,50 à 9,02) et la réduction de l'abandon de traitement (RC = 0,30, IC à 95 % : 0,13 à 0,67) comparativement à un placebo⁴⁸⁹. En revanche, les résultats de l'essai COMBINE de 2006 (Combined Pharmacotherapies and Behavioural Interventions for Alcohol Dependence), au cours duquel 1 383 patients ont été affectés au hasard à 9 groupes de traitement, ne montraient pas que la polythérapie était plus efficace que la naltrexone ou l'acamprosate seuls, la thérapie cognitivo-comportementale, ou le placebo pour les participants recevant également des soins médicaux (p. ex. counseling visant à promouvoir le respect des pharmacothérapies, à prévenir les rechutes et à favoriser le rétablissement)⁴⁰². Dans les deux essais, la polythérapie était bien tolérée, et on n'a observé que des effets indésirables mineurs (p. ex. nausées) plus fréquents que pour les deux médicaments pris seuls^{402,510}. Compte tenu des recherches limitées, il n'y a pas suffisamment de données probantes pour recommander une combinaison de naltrexone et d'acamprosate.

6.3.vi.2 Naltrexone et gabapentine

Un ECR a évalué si la combinaison de naltrexone (50 mg par jour) et de gabapentine (jusqu'à 1 200 mg par jour) entraînait des taux d'abstinence plus élevés et une consommation d'alcool plus faible aux premiers stades de l'abandon de l'alcool que la naltrexone seule ou le placebo⁵⁹¹. Au cours de cet essai de 2011, 150 personnes ont été affectées au hasard à un traitement de 16 semaines de naltrexone seule, de naltrexone avec ajout de gabapentine pour les 6 premières semaines, ou consistant en un double placebo⁵⁹¹. Au cours des six premières semaines, le groupe naltrexone-gabapentine a présenté un intervalle plus long avant le retour à une consommation excessive que le groupe

naltrexone uniquement ($p = 0,04$), un résultat comparable au groupe placebo⁵⁹¹. Le groupe naltrexone-gabapentine a également présenté moins de jours de consommation excessive que le groupe naltrexone uniquement ($p < 0,001$) et moins de consommations par jour de consommation que les groupes naltrexone uniquement ($p = 0,02$) et placebo ($p = 0,01$)⁵⁹¹. Après l'arrêt de la gabapentine, il n'y avait pas de différence entre les groupes traités et les groupes placebo quant aux résultats liés à l'alcool⁵⁹¹. Des antécédents de sevrage alcoolique ont été associés à de meilleurs résultats de traitement chez le groupe naltrexone-gabapentine⁵⁹¹. La combinaison était bien tolérée, les effets secondaires les plus fréquemment signalés étant les étourdissements et la sédation diurne⁵⁹¹. Bien que ces résultats soient prometteurs, il est nécessaire de mener des essais plus vastes sur plusieurs sites pour confirmer que la combinaison de naltrexone et de gabapentine est sûre et efficace pour le traitement des TUA, ainsi que pour clarifier le dosage optimal et la durée de la polythérapie.

6.3.vii Approches pharmacogénétiques de la pharmacothérapie pour les TUA

Des progrès récents dans le domaine de la génétique ont permis d'identifier plusieurs polymorphismes génétiques candidats qui peuvent prédire les réponses individuelles aux médicaments pour le traitement des TUA⁵⁹². Dans certains cas, les études initiales se sont révélées prometteuses, mais des études prospectives plus vastes et plus robustes n'ont pas démontré de lien entre les marqueurs génétiques et la réponse au traitement. Par exemple, plusieurs analyses a posteriori d'études de cohorte ont révélé que les individus ayant un polymorphisme spécifique dans le gène Asn40Asp réagissaient plus favorablement à la naltrexone⁵⁹³⁻⁵⁹⁶, mais un essai de grande envergure et de pouvoir adéquat subséquent n'a révélé aucune preuve d'effets d'interaction entre le traitement et les gènes⁵⁹⁷. Bien que l'utilisation de la pharmacogénétique ne soit pas possible pour l'appariement des traitements à l'heure actuelle, plusieurs études pharmacogénétiques sont en cours⁵⁹⁸⁻⁶⁰² et pourraient permettre d'adopter des approches plus ciblées de « médecine personnalisée » pour le traitement des TUA à l'avenir.

6.3.viii Résumé de la section et recommandation

Ces lignes directrices recommandent que la pharmacothérapie au topiramate et à la gabapentine soit envisagée au cas par cas pour les patients qui ne bénéficient pas d'un traitement de première intention à la naltrexone ou à l'acamprosate, qui présentent des contre-indications à leur utilisation, ou qui expriment une préférence pour un médicament de remplacement. Bien que les bases de données probantes pour le topiramate et la gabapentine soient plus limitées que celles des thérapies de première intention, la recherche suggère que ces médicaments sont sûrs et efficaces pour réduire la consommation d'alcool chez certains patients.

Dans le cas du topiramate, cette recommandation est fondée sur des données probantes de qualité moyenne provenant de plusieurs méta-analyses et essais cliniques qui ont démontré que le topiramate est associé à des améliorations cliniquement significatives de multiples résultats liés à l'alcool, avec certaines données probantes selon lesquelles les tailles d'effets du traitement sont comparables ou supérieures à celles observées avec la naltrexone^{261,523}. Dans le cas de la gabapentine, la recommandation est fondée sur un ensemble limité, mais prometteur de données probantes sur l'efficacité⁵³⁷, et elle a démontré des avantages dans le traitement des symptômes associés au sevrage alcoolique prolongé (p. ex. insomnie, anxiété)⁶⁰³. Le comité fait remarquer que les cliniciens devraient être conscients de la possibilité d'utilisation non médicale et de détournement de la gabapentine et utiliser des stratégies d'atténuation des risques au besoin (p. ex. emballages-coques, ordonnances de courte durée, ingestion en présence d'un témoin à la pharmacie).

Cette recommandation est également harmonisée avec d'autres lignes directrices publiées. Par exemple, le topiramate a été recommandé comme traitement de première intention (avec le disulfirame, l'acamprosate et la naltrexone) pour les TUA dans le Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders du Department of Veterans Affairs/Department of Defense (VA/DoD) des États-Unis [en anglais seulement]¹⁸⁹. De plus, le *Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder* de l'American Psychiatric Association [en anglais seulement] recommande le topiramate ou la gabapentine pour le traitement des patients souffrant de TUA et qui préféreraient ces médicaments ou qui n'ont pas bénéficié de médicaments de première intention (naltrexone ou acamprosate)⁶⁰⁴.

Le comité ne recommande pas le disulfirame plutôt que d'autres pharmacothérapies disponibles pour les TUA en raison de preuves d'efficacité relativement faibles. Cependant, il est reconnu que certaines personnes peuvent exprimer une préférence pour ce médicament, par exemple, des personnes qui cherchent à obtenir du soutien supplémentaire pour éviter l'alcool dans certaines circonstances (p. ex. occasions spéciales) ou pour certains emplois (p. ex., postes critiques pour la sécurité). Comme les essais cliniques indiquent que le disulfirame est le plus efficace lorsqu'il est pris dans des conditions structurées et supervisées, ce médicament peut être prescrit aux patients qui reçoivent des soins continus en toxicomanie lorsque le respect de la pharmacothérapie peut être surveillé par un fournisseur de soins de santé ou une autre personne fiable.

À l'heure actuelle, il n'existe pas suffisamment de données probantes pour recommander l'utilisation d'ondansétron. Par ailleurs, pour ceux qui souhaitent s'abstenir et qui ont effectué une désintoxication, certaines données probantes suggèrent que l'utilisation du baclofène pourrait être envisagée. D'autres recherches sont également nécessaires avant que des recommandations fondées sur des données probantes puissent être formulées au sujet de la pharmacothérapie combinée. Les cliniciens sont encouragés à consulter un spécialiste de la médecine des toxicomanies pour obtenir des conseils d'experts et de l'aide à la décision s'ils envisagent l'une de ces approches de traitement.

Recommandation 11

Les patients adultes souffrant de TUA modérés à graves et qui ne bénéficient pas d'un médicament de première intention, qui présentent des contre-indications ou qui expriment une préférence pour un médicament de remplacement peuvent se voir proposer du topiramate ou de la gabapentine.

MOYENNE Qualité des données probantes (**topiramate**)
FAIBLE Qualité des données probantes (**gabapentine**)

FORTE Recommandation (**topiramate**)
CONDITIONNELLE Recommandation (**gabapentine**)

Remarques

- Le choix d'un médicament approprié doit se faire par une prise de décision commune entre le patient et le fournisseur, après examen des preuves concernant les avantages et les risques, et dans le contexte des objectifs, des besoins et des préférences du patient.
- Le topiramate est contre-indiqué pour les patients qui ont une hypersensibilité connue au médicament ou à ses constituants et pour les patientes qui sont enceintes ou qui prévoient le devenir. Il faut faire preuve de prudence lors de la prescription de topiramate à des patients atteints a) d'une maladie rénale ou de défaillance rénale b) de maladie hépatique c) de moins de 18 ans, d) de plus de 65 ans. En raison du risque d'effets secondaires importants sur le SNC liés à la dose, celle-ci devrait être graduellement augmentée sur une période de 4 à 8 semaines.
- La gabapentine est contre-indiquée pour les patients qui ont une hypersensibilité connue au médicament ou à ses constituants. Il est conseillé de faire preuve de prudence en prescrivant de la gabapentine aux patients a) qui ont une déficience cognitive, b) qui prennent des opioïdes (consommation prescrite ou non médicale), c) qui vivent une grossesse ou qui allaitent, d) qui ont moins de 18 ans et e) qui ont plus de 65 ans.
- Il faut également tenir compte des effets secondaires, de la faisabilité (p. ex. calendriers de posologie, coûts directs) et des antécédents du patient avec le topiramate ou la gabapentine.
- Comme pour tout médicament prescrit de manière non indiquée, il est important d'effectuer une évaluation complète, et notamment d'examiner attentivement les médicaments pris de manière concomitante pour déterminer s'il y a des interactions médicamenteuses possibles, et de consigner clairement le consentement du patient avant de commencer le traitement.
- La qualité des données probantes de cette recommandation pour le topiramate est considérée de qualité moyenne en fonction de plusieurs méta-analyses et essais cliniques qui ont démontré que le topiramate est associé à des améliorations cliniquement significatives de multiples résultats liés à l'alcool, avec certaines données probantes selon lesquelles les tailles d'effets du traitement sont comparables ou supérieures à celles observées avec la naltrexone.
- La force de cette recommandation concernant le topiramate a été jugée forte en fonction de la qualité des données probantes, du consensus du groupe de travail, du faible coût et de l'efficacité du topiramate.
- La qualité des données probantes à l'appui de la recommandation sur la gabapentine a été jugée faible en fonction d'une base de données probantes limitée, mais prometteuse, à l'appui de son efficacité et des avantages démontrés de la réduction des jours de consommation excessive.
- La force de cette recommandation concernant la gabapentine a été jugée conditionnelle en fonction de la qualité des données probantes, du consensus du groupe de travail, du faible coût et de l'efficacité de la gabapentine, ainsi que du potentiel de dépendance et d'usage non médical. Les cliniciens doivent tenir compte des risques et des avantages potentiels associés à la gabapentine lorsqu'ils élaborent un plan de traitement.

6.4 Durée du traitement

Il manque des données de recherche pour guider la durée optimale de la pharmacothérapie pour les TUA. Comme les TUA peuvent être chroniques et récurrents, et comme le soulignent les présentes lignes directrices, une approche continue et personnalisée de la prise en charge clinique s'impose.

La pharmacothérapie pour les TUA doit être prescrite pendant au moins 6 mois. La prescription des médicaments peut être prolongée si le patient et le fournisseur décident que cela est bénéfique.

La plupart des guides de pratique clinique recommandent que la pharmacothérapie pour les TUA soit prescrite pendant au moins six mois, après quoi l'utilité d'un traitement continu peut être réévaluée en collaboration avec le patient^{189,488,604}. S'ils sont jugés cliniquement nécessaires, les médicaments peuvent être prescrits indéfiniment, à moins que des préoccupations relatives à l'innocuité ne surviennent⁶⁰⁵.

6.5 Options de pharmacothérapie pour les jeunes

Bien que les médicaments soient souvent utilisés de manière non indiquée pour traiter un éventail de problèmes psychiatriques chez les jeunes, ils sont rarement prescrits pour les troubles de l'usage de substances, et le traitement des jeunes consiste habituellement uniquement en un traitement psychosocial⁶⁰⁶. Bien que plusieurs interventions de traitement psychosocial se soient révélées efficaces chez les jeunes atteints de TUA (voir [Interventions de traitement psychosocial chez les jeunes](#)), ce ne sont pas toutes les personnes qui bénéficient de cette approche. Les taux déclarés de rechute à la suite d'un traitement psychosocial seulement pour toxicomanie chez les jeunes sont élevés, variant de 46 % à 79 % 12 mois après l'intervention⁶⁰⁶.

Des études prospectives ont montré que le trouble de l'usage de l'alcool non reconnu ou non traité chez les jeunes évolue souvent vers des formes plus graves de TUA et des méfaits liés à l'alcool à l'âge adulte⁶⁰⁷. De plus, en raison du développement neurologique et cognitif continu, il est de plus en plus évident que les adolescents et les jeunes adultes sont particulièrement vulnérables aux

effets néfastes de la consommation excessive d'alcool sur le fonctionnement social et comportemental²⁴⁶. Pour ces raisons, l'utilisation des traitements les plus efficaces, y compris la pharmacothérapie, devrait être envisagée au cas par cas pour le traitement des jeunes souffrant de TUA modérés à graves, en particulier chez ceux qui n'ont pas bénéficié d'un traitement non pharmacologique.

Deux études pilotes sur la naltrexone ont été menées auprès de jeunes. Une petite étude de 2005 a porté sur cinq jeunes (âge moyen = 16,8 ± 3,11 ans) chez qui on avait diagnostiqué des TUA modérés à graves dans le cadre d'un essai ouvert de six semaines et a signalé une réduction importante de la consommation d'alcool (-7,5 verres par jour) pendant le traitement⁶⁰⁸. Un ECR croisé de 2014 a permis à 28 jeunes (âgés de 15 à 19 ans) de recevoir de la naltrexone et un placebo pendant 8 à 10 jours chacun, avec une période d'élimination entre les traitements⁶⁰⁹. Les auteurs ont constaté que la naltrexone réduisait l'état de manque en laboratoire et dans des conditions naturelles (naturelles : $p = 0,02$; laboratoire : $p = 0,04$), et cela a réduit la fréquence de toute consommation (RC = 0,69, IC à 95 % : 0,50 à 0,97; $p = 0,03$) et les jours de consommation excessive par mois (RC = 0,54, IC à 95 % : 0,35 à 0,81; $p = 0,003$) dans des conditions naturelles⁶⁰⁹. De plus, dans deux essais randomisés ouverts, l'un publié en 2008 et l'autre publié en 2014, comparant la naltrexone au disulfirame ($n = 110$), les participants jeunes (âgés de 15 à 18 ans) qui ont reçu la naltrexone ont déclaré des niveaux de manque bien plus faibles que ceux qui ont reçu le disulfirame^{610,611}. Dans les quatre études, la naltrexone était bien tolérée, avec peu d'effets secondaires, et aucun effet indésirable grave n'a été signalé. L'effet de l'acamprosate n'a pas été étudié chez les jeunes patients.

En l'absence d'une base de données probantes établie, les guides de pratique clinique recommandent que les pharmacothérapies approuvées pour le traitement des TUA chez les adultes (naltrexone, acamprosate) puissent être envisagées au cas par cas pour le traitement de troubles de l'usage d'alcool modérés à graves chez les jeunes (de 12 à 18 ans)^{306,488,567,612,613}. L'alcool est la substance la plus couramment consommée chez les jeunes et justifie un dépistage de routine, une intervention brève et des conseils sur la consommation sécuritaire (voir [Dépistage, diagnostic et intervention de courte durée](#)).

6.6 Options de pharmacothérapie pour les patientes enceintes

En raison du manque de données probantes sur l'innocuité et l'efficacité pendant la grossesse, on insiste fortement sur le fait que la prescription de pharmacothérapie pour les TUA à ces personnes doit se faire en étroite consultation avec un spécialiste en médecine de la dépendance périnatale. Le consentement éclairé et la prise de décision partagée avec la patiente sont essentiels dans ce contexte, car l'équilibre entre les risques et les avantages sera propre à chaque personne.

Il n'y a pas eu d'ECR ou de méta-analyses sur l'innocuité et l'efficacité des pharmacothérapies pour les TUA chez les personnes enceintes. Un rapport de cas et une revue de littérature de 2018 suggèrent que la prescription de gabapentine, de naltrexone ou d'acamprosate aux personnes enceintes soit examinée au cas par cas, en fonction des preuves que ces médicaments semblent compatibles avec la grossesse (c.-à-d. la catégorie C de la FDA^{am}) et des risques connus pour le parent et le fœtus si le parent continue à consommer de l'alcool ou fait une rechute pendant la grossesse⁶¹⁴. Les auteurs soulignent que les risques potentiels des médicaments doivent être soigneusement évalués par rapport aux risques tératogènes connus de l'alcool au moment de prendre des décisions thérapeutiques⁶¹⁴. Si la naltrexone est utilisée, elle peut réduire l'efficacité des opioïdes utilisés pour le travail, l'accouchement et la gestion de la douleur post-partum^{615,616}; il est donc recommandé de consulter un anesthésiste avant la naissance. Après la grossesse, les médicaments contre les TUA sont susceptibles de passer dans le lait maternel. Il existe peu d'information sur l'innocuité de ces médicaments pendant l'allaitement, bien qu'aucun effet indésirable de la naltrexone⁶¹⁷ ou de la gabapentine³⁷² n'ait été décelé. Si des médicaments sont utilisés pendant l'allaitement, il est conseillé aux cliniciens de surveiller les nourrissons de manière régulière. Des détails supplémentaires sont disponibles dans [le supplément de grossesse BCCSU TUA](#).

am Catégorie C de la FDA : Aucune étude adéquate sur les humains; des preuves de risque dans certaines études sur les animaux; les avantages potentiels peuvent tout de même l'emporter sur les risques.

En ce qui concerne les autres pharmacothérapies pour les TUA examinées dans les présentes lignes directrices, le topiramate est contre-indiqué pendant la grossesse en raison de son association avec le symptôme de fente palatine s'il est utilisé au cours du premier trimestre⁶¹⁸, et l'utilisation du disulfirame pendant la grossesse est fortement déconseillée en raison des risques potentiels d'une réaction grave disulfirame-alcool chez le fœtus³⁶⁹. Comme il n'y a pas suffisamment de données probantes pour appuyer l'utilisation du baclofène et de l'ondansétron chez les patientes non enceintes, aucun de ces médicaments ne serait considéré comme approprié pour utilisation pendant la grossesse.

6.7 Options de pharmacothérapie pour les aînés

Peu d'études ont évalué les pharmacothérapies pour les TUA chez les aînés (65 ans et plus)⁴⁵⁷. Un ECR de 1997 (n = 44) a révélé que la naltrexone était efficace pour réduire les taux de rechute chez les aînés qui ont bu de l'alcool au cours de l'étude ($p = 0,024$), mais qu'elle ne différait pas du placebo en termes de taux d'abstinence ou de réduction des états de manque⁶¹⁹. À ce jour, les études sur l'acamprosate et les aînés ne sont pas disponibles⁴⁵⁷. Les cliniciens doivent savoir que l'acamprosate est éliminée du corps par les reins. Étant donné que les aînés présentent un plus grand risque de réduction de la fonction rénale, les cliniciens devraient administrer des tests de référence et des tests réguliers de la fonction rénale aux patients qui se sont vus prescrire de l'acamprosate⁴⁵⁷. Les cliniciens doivent faire preuve de prudence et peuvent devoir réduire la dose s'ils prescrivent du disulfirame à des aînés, car le disulfirame interagit avec de nombreux médicaments⁶²⁰. De plus, les aînés avec une déficience cognitive ou qui n'ont pas de personne de soutien pour les aider à prendre les médicaments peuvent être moins susceptibles de respecter leurs prescriptions.

En 2019, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a publié¹⁴⁰ les [Lignes directrices sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées](#). Celles-ci recommandent notamment de prescrire de la naltrexone et de l'acamprosate, selon les indications, en portant attention aux contre-indications et aux effets secondaires. Les médicaments doivent être d'abord administrés à faible dose, puis celle-ci doit être augmentée lentement. La pharmacothérapie assortie d'un suivi approprié peut être

amorcée pour les aînés dans n'importe quel contexte clinique, y compris la collectivité, l'hôpital, les établissements de soins de longue durée, ou à la suite d'un programme de sevrage médical supervisé. La gabapentine et le topiramate n'ont pas été recommandés pour les aînés en raison de la disponibilité limitée de données probantes. La gabapentine est particulièrement déconseillée pour les aînés en raison du risque de déficience cognitive, de sédation, d'interactions médicamenteuses et de consommation non médicale.

6.8 Combinaison de la pharmacothérapie et des interventions de traitement psychosocial

Bien que la majorité des essais de pharmacothérapie pour les TUA aient également inclus une prise en charge médicale, des interventions psychosociales structurées ou des groupes de soutien par les pairs comme condition de traitement standard, très peu d'études ont été conçues expressément pour évaluer si la combinaison de pharmacothérapie et de traitement psychosocial est plus efficace que l'un ou l'autre des traitements seuls. De même, très peu d'essais ont évalué si les stratégies de soins progressives, comme la variation de l'intensité du traitement psychosocial ou le soutien axé sur le mieux-être et le rétablissement, peuvent améliorer les résultats du traitement pharmacothérapeutique, ou inversement.

L'essai COMBINE 2006 (n = 1 383) a affecté les participants au hasard à quatre groupes pour un traitement de quatre mois (1) à la naltrexone, (2) à l'acamprosate, (3) à la naltrexone et à l'acamprosate, ou (4) à un placebo⁴⁰². Les groupes de traitement ont été affectés au hasard à une prise en charge médicale ou à une intervention de traitement psychosocial combinée (comprenant des éléments d'entrevue motivationnelle, de TCC et du programme en douze étapes) menée par un spécialiste⁴⁰². À la fin de la période de traitement, il n'y avait pas de différence en ce qui concerne les résultats liés à l'alcool (pourcentage de jours d'abstinence, retour à la consommation excessive d'alcool) entre la combinaison naltrexone-traitement psychosocial comparativement aux groupes ayant reçu la naltrexone ou le traitement psychosocial seulement. Il n'y avait pas non plus de différence de résultats entre l'acamprosate combiné à la naltrexone ou au traitement psychosocial, et l'acamprosate combiné à la naltrexone et au traitement psychosocial comparativement au placebo⁴⁰². En revanche, un essai mené en 2005

sur un seul site (n = 160) par la même équipe d'étude a comparé la naltrexone ou le placebo combiné à une thérapie de renforcement de la motivation (TRM) ou à une TCC dans un ECR à quatre blocs, lequel a montré que les participants qui avaient reçu la naltrexone et la TCC avaient des taux de rechute plus faibles, une période plus longue avant le retour à la consommation d'alcool, et une période plus longue entre les jours de consommation d'alcool comparativement à ceux traités à la naltrexone et à la TRM ou à l'aide d'un traitement psychosocial seulement⁶²¹.

La combinaison de la pharmacothérapie et de la thérapie psychosociale peut mener à de meilleurs résultats qu'une intervention unique.

Une méta-analyse de réseau de 2018 (N = 137, n = 27 282) a examiné l'effet de huit variations de la psychothérapie (notamment la TCC, la thérapie de renforcement de la motivation ou le programme en douze étapes), de la pharmacothérapie, de l'organisation des contingences, de l'intervention brève ou de combinaisons de ces variations sur les taux d'abstinence⁶²². L'organisation des contingences combinée à la psychothérapie a fait augmenter considérablement les taux d'abstinence comparativement à d'autres interventions de traitement pendant le traitement (RC = 2,19, IC à 95 % : 1,29 à 3,72), tandis que la pharmacothérapie combinée à la psychothérapie augmentait considérablement les taux d'abstinence comparativement à d'autres interventions suivant le traitement (RC = 1,41, IC à 95 % : 1,08 à 1,84). La psychothérapie à elle seule n'a pas été associée à une augmentation des taux d'abstinence pendant le traitement ou le suivi comparativement au groupe témoin. La pharmacothérapie à elle seule était la seule intervention ayant augmenté significativement les taux d'abstinence pour les séances de traitement et de suivi. Les auteurs suggèrent que ces résultats agrégés appuient la pharmacothérapie et l'organisation des contingences comme facteurs clés pour parvenir à l'abstinence, bien que d'autres recherches soient nécessaires pour valider cette conclusion. Une méta-analyse de 2020 (N = 30 ECR, n = 3 551; N = 14, n = 2 229 spécifiques au TUA) a examiné la TCC combinée à la pharmacothérapie et a révélé un avantage par rapport aux soins habituels et à la pharmacothérapie. Il y a eu une légère réduction de la fréquence de l'usage de substances (g de Hedges = 0,18 [taille d'effet petite], IC à 95 % : 0,01 à 0,35; p = 0,04) et une réduction moyenne en ce qui concerne les quantités (g de Hedges = 0,28 [taille d'effet moyenne], IC à 95 % : 0,03 à 0,54; p = 0,03). Toutefois, la TCC a fonctionné de la même

façon que d'autres approches thérapeutiques, et les auteurs ont conclu que le traitement devrait inclure la pharmacothérapie et une intervention psychosociale fondée sur des données probantes⁶²³. Dans l'ensemble, les résultats ne sont pas cohérents; cependant, des données prometteuses donnent à penser que la pharmacothérapie combinée à une intervention de traitement psychosocial peut améliorer davantage les résultats liés à l'alcool comparativement à l'une ou l'autre intervention seule.

Alors qu'il existe peu de données empiriques pour guider les recommandations sur la combinaison optimale de pharmacothérapie, de traitement psychosocial et de services axés sur le mieux-être et le rétablissement, ces lignes directrices appuient l'utilisation d'une approche de soins intégrés, dans laquelle le type de traitement et l'intensité sont continuellement ajustés en fonction de l'évolution des besoins et de la situation du patient. Une telle stratégie tient compte du fait que de nombreuses personnes peuvent bénéficier de différentes options de traitement psychosocial, de bien-être et de soutien au rétablissement à différents moments. L'approche progressive peut comprendre l'intensification du traitement (p. ex. l'ajout d'un traitement psychosocial spécialisé à une stratégie fondée sur la pharmacothérapie, la prise en compte de programmes de traitement structurés), la transition entre différentes options de traitement et des stratégies pour atténuer le traitement pharmacologique ou psychosocial à la discrétion du patient. Dans ces cas, le patient peut choisir de recommencer la pharmacothérapie ou le traitement psychosocial à tout moment si les besoins et la situation changent.

6.9 Interactions médicamenteuses

Les cliniciens devraient examiner les interactions médicamenteuses des médicaments pour les TUA avant de prescrire un médicament à un patient. Pour obtenir une liste complète des interactions médicamenteuses, consulter la monographie de chaque médicament. L'outil [Lexicomp Drug Interactions](#) de UpToDate [en anglais seulement] fournit des informations sur les interactions médicamenteuses au moyen d'une plateforme en ligne.

6.9.i Naltrexone

La naltrexone ne devrait pas être prescrite aux patients qui prennent des opioïdes, qu'ils soient prescrits ou illicites. Cela comprend les opioïdes prescrits pour le traitement aux agonistes des opioïdes pour les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes (p. ex. buprénorphine/naloxone, méthadone, morphine orale à libération lente). La prescription de naltrexone à une personne qui prend des opioïdes augmente le risque de sevrage précipité ou de surdose potentiellement mortelle si les opioïdes sont consommés dans le but de surmonter le blocage des opiacés par la naltrexone. L'innocuité et l'efficacité de la combinaison naltrexone - disulfirame sont inconnues. L'utilisation combinée de deux médicaments potentiellement hépatotoxiques n'est pas recommandée à moins que les avantages l'emportent sur les risques⁴⁹².

6.9.ii Acamprosate

Il y a peu d'interactions médicamenteuses cliniquement significatives concernant l'acamprosate. Lorsqu'il est pris en combinaison avec la naltrexone, la concentration sanguine d'acétylhomotaurinate de calcium peut être augmentée, mais aucun ajustement de dose n'est nécessaire. Aucune interaction n'a été observée dans l'administration d'acamprosate en combinaison avec l'alcool, le disulfirame, le diazépam, le nordiazépam, l'imipramine ou la désipramine. Au cours d'essais cliniques, l'acamprosate a été administré en toute sécurité en combinaison avec des antidépresseurs, des anxiolytiques, des hypnotiques et des sédatifs, et des analgésiques non opioïdes⁶²⁴.

6.9.iii Topiramate

De nombreuses interactions médicamenteuses ont été documentées concernant le topiramate. Les concentrations plasmatiques de topiramate ou d'autres médicaments peuvent être considérablement modifiées lorsqu'ils sont administrés simultanément avec d'autres médicaments, notamment certains médicaments antiépileptiques, la digoxine, les contraceptifs oraux, l'hydrochlorothiazide, la metformine, le glyburide, la pioglitazone, le lithium, la rispéridone, l'amitriptyline et le diltiazem. L'utilisation concomitante de topiramate et de médicaments

prédisposant à la lithiase rénale doit être évitée en raison du risque accru de lithiase rénale. Les interactions entre le topiramate et les dépresseurs du SNC n'ont pas été étudiées. L'utilisation concomitante de topiramate et de dépresseurs du SNC n'est pas recommandée⁶²⁵.

6.9.iv Gabapentine

La gabapentine a un faible niveau de liaison avec les protéines plasmatiques et est éliminée uniquement par excrétion rénale. Par conséquent, on a observé peu d'interactions médicamenteuses qui ont une incidence sur la pharmacocinétique de la gabapentine ou d'autres médicaments administrés conjointement. Les effets sur la biodisponibilité de la gabapentine et de certains médicaments (c.-à-d. morphine, naproxène, antiacides et cimétidine) ont été documentés. La gabapentine ajoute un effet d'altération de la fonction cognitive et motrice globale à celle des opioïdes, des benzodiazépines et de l'alcool; une insuffisance respiratoire, le coma et la mort ont été signalés chez des patients qui prenaient de la gabapentine seule ou en combinaison avec d'autres dépresseurs du SNC. Il faut surveiller les signes et les symptômes de dépression respiratoire et de sédation des patients à qui on a prescrit de la gabapentine en combinaison avec des opioïdes⁶²⁶.

6.10 Schémas de prescription à éviter

Les problèmes de santé mentale concomitants sont courants chez les personnes atteintes de TUA. Les troubles de santé mentale concomitants les plus fréquemment signalés sont le trouble dépressif majeur (15,6 %), le trouble de stress post-traumatique (10,8 %), des phobies particulières (10,6 %) et le trouble d'anxiété généralisée (7,1 %) ⁶²⁷. À l'échelle mondiale, les personnes souffrant de TUA se font souvent prescrire des médicaments psychoactifs qui ne sont pas indiqués pour le traitement des TUA, notamment des antidépresseurs (chez 19 à 59 % des patients), des antipsychotiques (de 9 à 48 %) et des benzodiazépines (de 2 à 27 %) ³⁵. Cependant, un corpus de littérature suggère que même en présence de troubles mentaux concomitants, ces médicaments peuvent être inefficaces ou potentiellement nocifs en ce qui concerne les résultats liés à l'alcool et à la santé mentale pour certaines personnes atteintes de TUA ⁶²⁸⁻⁶³⁰.

Il peut être difficile de diagnostiquer des troubles concomitants en raison du chevauchement important entre les effets biologiques de la consommation d'alcool et les symptômes de diagnostics indépendants du DSM-5⁶³¹. De plus, les symptômes de dépression et d'anxiété peuvent s'expliquer par les effets neurochimiques de la consommation excessive d'alcool et du sevrage, ainsi que des conséquences sociales (p. ex. instabilité financière) qui peuvent découler des TUA. À leur tour, les symptômes liés à l'humeur s'améliorent souvent à la suite d'un traitement des TUA^{632,633} ou d'une période d'abstinence de consommation de l'alcool de deux à quatre semaines, en particulier chez les personnes atteintes de dépression ou d'anxiété après le développement des TUA⁶³⁴⁻⁶³⁶.

Le diagnostic de TUA ne devrait pas être considéré comme un obstacle au traitement des troubles concomitants de santé mentale - les TUA et les problèmes de santé mentale devraient être traités en priorité au moyen d'interventions fondées sur des données probantes. Le cas échéant, il est conseillé de consulter un spécialiste des troubles concomitants. Voir [Utilisation de substances et troubles de santé mentale concomitants](#) pour en savoir plus sur les TUA et les troubles de santé mentale concomitants.

6.10.i ISRS et autres antidépresseurs sérotoninergiques

Les antidépresseurs, en particulier les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) et d'autres antidépresseurs sérotoninergiques, sont souvent prescrits aux personnes souffrant de TUA, avec ou sans dépression ou anxiété concomitante. Dans la présente section, nous examinerons les données probantes sur la prescription d'antidépresseurs sérotoninergiques pour les TUA chez les personnes qui ne souffrent pas simultanément de dépression ou d'anxiété, qui souffrent simultanément de dépression ou d'anxiété, et chez les personnes qui ont des troubles concomitants d'usage de substances. La recherche documentaire a été limitée aux catégories d'antidépresseurs principalement utilisées dans la

pratique clinique moderne^{an}; les antidépresseurs de génération antérieure (p. ex. antidépresseurs tricycliques, inhibiteurs de la monoamine-oxydase) ont été exclus.

6.10.i.1 Trouble de l'usage de l'alcool sans anxiété ni dépression concomitantes

Les recherches portant sur l'efficacité des antidépresseurs pour les personnes atteintes de TUA sans troubles de santé mentale concomitants ont été relativement cohérentes dans leurs résultats. Une revue systématique et une méta-analyse de 2005 qui comprenaient une évaluation de l'efficacité des ISRS pour le traitement des TUA sans dépression concomitante (N = 5, n = 249) n'ont révélé aucun effet significatif sur la réduction de la consommation d'alcool (RC : 1,83, IC à 95 % : 0,75 à 4,46)⁶³⁷. Les essais contrôlés randomisés n'ont démontré aucun avantage concernant la consommation d'alcool chez les personnes traitées avec des ISRS comparativement au placebo^{638,639}. On a constaté des résultats moins bons en matière d'alcool dans un grand ECR canadien (n = 265), qui comprenait des participants atteints ou non de problèmes de santé mentale concomitants. Dans l'ensemble, le groupe recevant un traitement à l'aide d'ISRS présentait un nombre plus élevé de jours de consommation excessive (7,60 par rapport à 4,78; $p = 0,007$) et un nombre plus élevé de consommations par jour de consommation (5,37 par rapport à 3,60; $p = 0,03$) que le groupe placebo⁶⁴⁰. Ces résultats concordent avec la recherche animale démontrant que les antidépresseurs sérotoninergiques augmentent la consommation d'alcool^{641,642}. Un certain nombre d'études indiquent que la réactivité aux ISRS chez les personnes atteintes de TUA et sans dépression concomitante est modérée par le génotype^{638,643,644} et l'âge du début des TUA^{643,644}. Par exemple, dans le cas des personnes d'un sous-groupe de génotype transporteur de sérotonine, le traitement au moyen de sertraline a entraîné de moins bons résultats en matière de consommation d'alcool chez les personnes ayant souffert de TUA plus jeunes (≤ 25 ans) ($p = 0,011$) et de meilleurs résultats en matière de consommation d'alcool chez celles qui ont souffert plus tardivement de TUA (> 25 ans) ($p < 0,001$)^{643,644}.

an La recherche documentaire a porté sur les catégories suivantes d'antidépresseurs, soit les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine-noradrénaline, les modulateurs et les stimulateurs de la sérotonine, les antagonistes et les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine, les inhibiteurs du recaptage de la noradrénaline, et les inhibiteurs du recaptage de la noradrénaline-dopamine.

Bien que le génotypage systématique ne soit pas disponible en soins cliniques, d'après la prévalence estimée de l'allèle identifié dans l'étude ci-dessus^{643,644}, les auteurs ont extrapolé qu'environ le double du nombre de personnes atteintes de TUA dans la population serait affecté négativement (c.-à-d. boire plus d'alcool) que positivement si des ISRS étaient prescrits pour le traitement des TUA⁶⁴³.

Les antidépresseurs sérotoninergiques sont couramment utilisés de manière non indiquée pour traiter les troubles du sommeil dans le contexte des TUA. Bien qu'un ECR en double aveugle (n = 173) ait montré que la trazodone peut avoir des avantages à court terme sur la qualité du sommeil pendant le traitement, après l'arrêt du médicament, les résultats en matière d'alcool peuvent s'aggraver, y compris une amélioration moindre du nombre de jours d'abstinence par rapport au placebo et une augmentation du nombre de consommations par jour de consommation⁴⁶⁶. Bien que la documentation soit limitée et que la portée de ces lignes directrices ne comprenne pas l'examen de toutes les solutions de rechange pour le traitement de l'insomnie, des médicaments comme la gabapentine^{537,645} et la mirtazapine⁶⁴⁵ semblent avoir une meilleure efficacité et un meilleur profil d'innocuité que les antidépresseurs sérotoninergiques et leur utilisation devrait être envisagée.

6.10.i.2 Troubles de l'usage de l'alcool et dépression concomitants

Plusieurs revues systématiques, méta-analyses et essais randomisés en double aveugle ont étudié l'efficacité des antidépresseurs pour les personnes atteintes de dépression et de TUA concomitants, et les résultats ont généralement révélé peu d'avantages, surtout lorsque les antidépresseurs actuels (p. ex. les ISRS) sont considérés^{637,646-649}. Une étude Cochrane de 2018 (N = 33, n = 2 242; N propre aux ISRS = 14, n = 1 465) a trouvé des preuves d'effets bénéfiques modestes découlant de l'utilisation d'ISRS dans le traitement de personnes souffrant simultanément de TUA et de dépression en ce qui concerne certains résultats (p. ex. nombre de participants abstinentes, nombre de consommations par jour de consommation), mais il n'y avait aucun avantage pour d'autres résultats pertinents (p. ex. taux de jours d'abstinence, jours de consommation d'alcool excessive par semaine, temps écoulé avant la première rechute, gravité de la dépression)⁶⁴⁶. Des revues systématiques et des méta-analyses publiées avant l'étude Cochrane n'ont révélé aucun effet des ISRS comparativement au placebo sur les résultats en matière de

dépression^{637,647} ou de consommation d'alcool⁶³⁷. Une méta-analyse plus récente de 2021 (N = 36, n = 2 729; N propres aux ISRS = 12, n = 611) a révélé un faible niveau de confiance quant au fait que les ISRS aient amélioré les résultats liés à l'alcool après l'intervention. Dans la présente analyse, on a observé une tendance selon laquelle les ISRS augmentent le risque d'événements indésirables (RC : 2,21, IC à 95 % : 0,94 à 5,16; $p = 0,07$, niveau de confiance modéré)⁶⁴⁸, tandis que l'étude Cochrane de 2018 n'a relevé aucune différence en ce qui concerne les événements indésirables entre les ISRS et le placebo⁶⁴⁶. Dans le cadre d'un vaste essai canadien (n = 265) mené auprès de personnes souffrant de TUA, dont 60 % souffraient de dépression concomitante, le traitement à l'aide d'ISRS a donné lieu à un plus grand nombre de jours de consommation excessive d'alcool (7,60 jours c. 4,78; $p = 0,007$) et à un plus grand nombre de consommations par jour de consommation d'alcool (5,37 boissons c. 3,60; $p = 0,03$) comparativement au placebo⁶⁴⁰. Tous les participants ont reçu une thérapie individuelle et de groupe hebdomadaire pendant 12 semaines et ont montré des améliorations importantes des symptômes de dépression et d'anxiété; cependant, il n'y avait pas de différence entre les ISRS et le placebo. Les auteurs ont conclu que les ISRS peuvent être contre-indiqués au début du rétablissement des TUA avant l'abstinence. L'échantillon de l'étude comprenait des comorbidités considérables, 31 % des répondants ayant déjà eu des idées suicidaires et 18 % ayant déjà fait une tentative de suicide. Dans le cas des jeunes souffrant de TUA et de dépression concomitantes, deux très petits ECR en double aveugle comparant le traitement à l'aide d'ISRS par rapport au placebo n'ont révélé aucun avantage du traitement à l'aide d'ISRS en ce qui concerne les résultats de la dépression ou de la consommation d'alcool^{650,651}.

Les études décrites ci-dessus ont porté uniquement sur les ISRS seuls, et non pris en conjonction avec le traitement pharmacothérapeutique des TUA. Les études portant sur les ISRS en combinaison avec la naltrexone ont été variées et non concluantes; le traitement combiné s'est révélé plus efficace que la naltrexone seule⁶⁵², mais non meilleur que le placebo⁶⁵³. Une étude sur divers antidépresseurs a également révélé que le traitement combiné n'était pas meilleur que la naltrexone seule⁶⁵⁴.

Le résumé des données probantes présenté ci-dessus est conforme à la recommandation publiée en 2014 et à la dernière mise à jour en 2021 par [Choisir avec soin Canada](#), une campagne axée sur la réduction du recours aux tests et aux

traitements inutiles, qui recommande de ne pas prescrire systématiquement des antidépresseurs comme traitement de première intention de la dépression en cas de TUA concomitants⁶⁵⁵. Le comité des présentes lignes directrices a souligné l'importance de fournir un traitement complet non stigmatisant aux personnes atteintes de TUA et de dépression concomitants, qui englobe un éventail d'approches pharmacologiques et non pharmacologiques fondées sur des données probantes, notamment la psychothérapie. Par exemple, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) s'est révélée efficace pour réduire la consommation d'alcool et les symptômes dépressifs chez les patients atteints de TUA et de dépression concomitants⁶⁴⁹ (voir Soins continus – [Interventions de traitement psychosocial](#)). Une consultation spécialisée est recommandée, le cas échéant.

6.10.i.3 Troubles de l'usage de l'alcool et troubles anxieux concomitants

Pour les personnes souffrant de TUA et de trouble anxieux concomitants (trouble anxieux généralisé, trouble d'anxiété sociale, trouble obsessionnel compulsif, trouble panique, trouble de stress post-traumatique [TSPT], phobie spécifique), une étude Cochrane de 2015 (N = 5, n = 290) sur l'évaluation des effets de la pharmacothérapie a révélé des preuves limitées et non concluantes⁶⁵⁶. Il y avait très peu de données probantes sur l'effet de la paroxétine sur l'évaluation par les fournisseurs de l'amélioration de l'état de santé des patients (évaluée par l'échelle d'amélioration Impression clinique globale du changement [Clinical Global Impressions]) comparativement au placebo, mais aucune preuve de l'efficacité des ISRS pour réduire la gravité des symptômes d'anxiété ou améliorer les résultats de la consommation d'alcool. Il existe de plus en plus de documentation sur l'interaction entre les antidépresseurs sérotoninergiques et les traitements psychosociaux, et certaines données indiquent que les antidépresseurs sérotoninergiques peuvent réduire l'efficacité de la TCC⁶⁵⁷. Davantage de recherches sont nécessaires pour déterminer les effets de la combinaison d'antidépresseurs sérotoninergiques avec d'autres interventions.

6.10.i.4 Usage concomitant de substances et d'antidépresseurs

L'usage concomitant de substances est courant chez les personnes souffrant de TUA, puisque de 15 % à 25 % des personnes dans cette situation satisfaisaient aux critères de diagnostic d'un autre trouble lié à l'usage de substances (c.-à-d. tabac, opioïdes, cocaïne et autres drogues illicites) au cours de l'année écoulée⁶⁵⁸⁻⁶⁶⁰.

Dans l'ensemble, les antidépresseurs sérotoninergiques ont été inefficaces pour traiter les symptômes d'autres troubles de l'usage de substances, comme cela est décrit dans la littérature sur l'alcool, certains essais randomisés suggérant qu'ils pourraient en fait augmenter l'usage de cannabis⁶⁶¹, de tabac⁶⁶², de cocaïne⁶⁶³ et de méthamphétamine⁶⁶⁴. Ces usages accrus de substances ont été attribués au rôle de la dysrégulation du système sérotoninergique en cas de troubles de l'usage de substances et aux interactions génétiques avec les médicaments sérotoninergiques⁶⁶⁵⁻⁶⁶⁷, ainsi qu'au rôle potentiel des ISRS dans la désinhibition et l'accroissement du manque⁶⁶⁸⁻⁶⁷¹.

6.10.i.5 Résumé concernant les antidépresseurs

D'après les données probantes montrant un manque de bienfaits⁶³⁷ et un potentiel d'aggravation des résultats en matière de consommation d'alcool^{466,643}, les antidépresseurs sérotoninergiques ne devraient pas être prescrits comme traitement des TUA chez les personnes qui n'ont pas d'anxiété ou de dépression concomitantes. De plus, étant donné l'absence de données probantes de grande qualité à l'appui de l'efficacité des ISRS pour les personnes souffrant de TUA et d'une dépression concomitantes^{468,646}, un risque potentiel plus élevé d'événements indésirables⁶⁴⁸, notamment une détérioration des résultats concernant la consommation d'alcool, et la recherche démontrant une réduction rapide des symptômes dépressifs à la suite d'une période d'abstinence de la consommation d'alcool^{635,636}, les ISRS ne sont pas recommandés pour les personnes souffrant de TUA et d'une dépression concomitantes. Si les cliniciens envisagent de prescrire des ISRS, ils doivent surveiller les patients afin de détecter les événements indésirables, notamment l'aggravation des résultats concernant les TUA. De même, les ISRS ne sont pas recommandés pour le traitement des TUA avec un trouble anxieux concomitant étant donné le manque d'efficacité sur la gravité des symptômes d'anxiété ou les résultats concernant l'usage d'alcool⁶⁵⁶. De plus, l'examen de la littérature sur les antidépresseurs²⁰ a soulevé des préoccupations au sujet de l'influence de l'industrie et de la sous-déclaration des effets indésirables⁶⁷².

ao Un article de 2015 a recensé 185 méta-analyses d'évaluation des antidépresseurs contre la dépression publiées entre 2007 et 2014 et a révélé que ces analyses étaient souvent produites par des employés de l'industrie (29 %) ou des auteurs ayant des liens avec l'industrie (79 %), et que les résultats correspondaient aux intérêts des commanditaires⁶⁷².

Il n'y a pas suffisamment de données probantes pour élaborer des lignes directrices sur l'utilisation des ISRS chez les personnes en rémission de TUA. Si les ISRS sont utilisés pour le traitement de la dépression ou de l'anxiété chez les patients en rémission de TUA, les cliniciens sont encouragés à conseiller les patients sur les effets indésirables possibles, notamment l'augmentation du manque ou de l'usage d'alcool, à suivre de près les réponses des patients, et à consulter un spécialiste, le cas échéant.

6.10.ii Antipsychotiques

L'expérience clinique du comité suggère que certains antipsychotiques sont régulièrement prescrits de manière non indiquée à des personnes atteintes de TUA qui n'ont pas reçu de diagnostic de trouble psychotique, malgré le manque de données probantes à l'appui de leur utilisation dans cette population. Une méta-analyse de 2013 (N = 13, n = 1 593) portant sur l'utilisation de monothérapie antipsychotique chez les personnes souffrant de TUA sans troubles psychiatriques majeurs concomitants (p. ex. schizophrénie, trouble bipolaire) a révélé que les antipsychotiques n'avaient pas plus d'effet que le placebo et, pour certains résultats liés à l'alcool, étaient moins efficaces que le placebo⁶⁷³. Les antipsychotiques ne différaient pas du placebo en ce qui concerne le manque, le temps écoulé avant la première consommation d'alcool, le respect du traitement ou la prévention des rechutes, bien que le décanoate de flupentixol, en particulier, affichait des taux de rechute de la consommation d'alcool plus élevés que le placebo (RR = 1,14, IC à 95 % : 1,03 à 1,27; $p = 0,01$). On a constaté que les antipsychotiques étaient moins efficaces que le placebo en matière de jours d'abstinence ou de consommation (DMS = 0,17, IC à 95 % : 0,01 à 0,33; $p = 0,04$); toutefois, cette constatation est notamment liée à une étude sur le décanoate de flupentixol et il n'y avait pas de différence significative entre les antipsychotiques et le placebo lorsque cette étude a été retirée de l'analyse.

Il y a des preuves mitigées provenant des ECR individuels sur les effets de la prescription d'antipsychotiques aux personnes atteintes de TUA. Plusieurs ECR laissent entendre que les antipsychotiques peuvent augmenter l'usage de l'alcool chez les personnes souffrant de TUA⁶⁷⁴⁻⁶⁷⁸ ou n'avoir aucun effet sur celui-ci, et certaines études laissent entendre que les antipsychotiques peuvent

augmenter la consommation d'autres substances^{ap}, en particulier le cannabis⁶⁸¹, le tabac^{682,683} et les stimulants.^{679,684,685} D'autres études montrent une réduction de la consommation d'alcool pour des populations particulières⁶⁸⁶⁻⁶⁸⁸, notamment celles qui contrôlent mal leurs impulsions^{686,687}, qui souffrent d'une schizophrénie concomitante⁶⁸⁹, d'un trouble bipolaire⁶⁹⁰ ou d'un trouble bipolaire concomitant à un trouble anxieux.⁶⁸⁸ Certaines études sont consacrées aux effets sur des dimensions particulières des TUA et ont révélé une réduction du manque pour la consommation d'alcool induite par les signaux avec l'olanzapine^{691,692} et une amélioration de l'inhibition de la réponse avec la quétiapine⁶⁹³; cependant, on ne sait pas si ces effets se traduiront par une réduction de la consommation d'alcool ou des symptômes des TUA. Une étude en double aveugle et contrôlée par placebo en 2018 (n = 90) portant sur l'examen du topiramate et de l'aripiprazole par rapport au placebo pour le traitement des TUA a révélé que l'aripiprazole était inefficace en ce qui concerne les résultats liés à l'alcool analysés.⁶⁹⁴ De plus, il existe de nombreux effets secondaires à court et à long terme de l'utilisation d'antipsychotiques qui ont été décrits ailleurs et qui sont pertinents pour les personnes atteintes de TUA⁶⁹⁵, y compris un risque accru de chute et l'abaissement du seuil de crise.^{695,696}

Les données probantes actuelles n'appuient pas l'utilisation de médicaments antipsychotiques pour les personnes souffrant de TUA en dehors du traitement d'un problème de santé mentale indiqué (p. ex. schizophrénie). Les fournisseurs de soins primaires sont encouragés à consulter un spécialiste ou à aiguiller le patient vers un spécialiste pour traiter des TUA et les troubles concomitants de santé mentale graves.

6.10.iii Benzodiazépines

L'expérience clinique du comité et de nouvelles données probantes indiquent qu'il est relativement courant que des personnes atteintes de TUA se fassent prescrire des benzodiazépines pour des soins continus de façon non sécuritaire, notamment une prescription de benzodiazépines chronique par des cliniciens qui

ap Les mécanismes par lesquels les antipsychotiques peuvent accroître l'usage de substances ne sont pas entièrement connus; cependant, on a émis l'hypothèse que l'antagonisme aux récepteurs de dopamine pourrait mener à une augmentation de l'usage de substances pour compenser la réduction des niveaux de dopamine^{679,680}.

ne connaissent pas les risques pour cette population.⁴⁶⁷ Par exemple, dans une étude d'observation menée en 2021 auprès de 153 personnes hospitalisées dans une unité de soins hospitalière en France pour sevrage alcoolique, 75 (49 %) ont déclaré consommer des benzodiazépines et 43 % de ces patients ont consommé des benzodiazépines et de l'alcool ensemble.⁴⁶⁷ Une certaine proportion des patients qui prenaient des benzodiazépines ont déclaré avoir utilisé des benzodiazépines autres que celles prescrites (27 personnes; 36 % des patients qui prenaient des benzodiazépines), dont 89 % avaient une ordonnance médicale pour des benzodiazépines (24 personnes; 32 % des patients qui ont déclaré avoir pris des benzodiazépines). Étant donné la durée moyenne de la consommation de benzodiazépines (2,5 ans) et la moyenne de deux tentatives antérieures de sevrage de l'alcool, les auteurs supposent que certains patients se sont initialement fait prescrire des benzodiazépines par un spécialiste pour le sevrage alcoolique, un omnipraticien renouvelant l'ordonnance par la suite pour un usage chronique plutôt que pour le sevrage.

Bien que les benzodiazépines soient couramment utilisées pour la gestion du sevrage chez les patients à risque élevé de complications graves du sevrage, l'utilisation à long terme de benzodiazépines n'est pas recommandée. Les risques et les effets secondaires des benzodiazépines augmentent avec la durée de la consommation, l'augmentation des doses et l'utilisation en combinaison avec d'autres déprimeurs du SNC.³²⁵ L'utilisation de benzodiazépines en combinaison avec d'autres déprimeurs du SNC (p. ex. alcool, opioïdes) peut entraîner le coma, une surdose voire un décès.⁶⁹⁷⁻⁷⁰¹ Les benzodiazépines présentent un potentiel élevé de consommation non médicale et de dépendance; la dépendance physiologique peut se développer rapidement.³²⁶ La consommation de benzodiazépines à court et à long terme est positivement associée à des méfaits comme des pertes persistantes de mémoire et d'autres déficits neurocognitifs³²⁷⁻³²⁹, des collisions en véhicule^{330,331}, une augmentation de la gravité de l'anxiété et du TSPT³³², ainsi que les pensées et les comportements suicidaires.³³³

De plus, des études contrôlées en laboratoire ont suggéré que la consommation de benzodiazépines peut avoir un effet d'amorçage croisé qui augmente la motivation à consommer de l'alcool et sa consommation.⁷⁰² Les benzodiazépines ne doivent être prescrites comme médicament à court terme qu'aux patients souffrant de TUA pendant la prise en charge du sevrage, idéalement en milieu hospitalier,

et ne doivent pas être prescrites comme traitement continu pour les TUA. Les cliniciens doivent être conscients des risques liés à la prescription à long terme de benzodiazépines et éviter de transformer de courts traitements à base de benzodiazépines pour la prise en charge du sevrage alcoolique à des ordonnances chroniques. Les risques et les avantages des benzodiazépines doivent être discutés avec le patient avant la prescription. Voir [Pharmacothérapies pour la prise en charge du sevrage](#) pour plus d'informations sur les benzodiazépines. Dans le cas des patients qui ont utilisé des benzodiazépines pendant plus de quatre semaines pour le traitement des TUA ou de l'insomnie, les cliniciens sont encouragés à amorcer un processus lent de réduction de la dose et de la prescription conformément aux [Lignes directrices canadiennes de pratique clinique](#) et à l'[algorithme de prescription des benzodiazépines](#).

6.10.iv Résumé de la section et recommandations

Plusieurs médicaments couramment utilisés, y compris certains antidépresseurs, antipsychotiques et des benzodiazépines à long terme, peuvent être inefficaces ou même potentiellement nocifs pour les personnes atteintes de TUA.

Chez les personnes sans trouble d'anxiété ou de dépression concomitant, des données probantes de qualité modérée tirées d'une méta-analyse et de plusieurs ECR n'ont montré aucun avantage des ISRS ou un potentiel de résultats moins bons en matière de consommation d'alcool. Dans le cas des personnes atteintes de TUA et de dépression concomitante, plusieurs méta-analyses et essais ont montré que le traitement aux ISRS n'avait aucun effet bénéfique sur les symptômes de dépression. Cependant, les symptômes de dépression peuvent s'améliorer après une période d'abstinence de la consommation d'alcool. Des données de qualité faible à moyenne provenant de plusieurs méta-analyses indiquent un effet bénéfique modeste des ISRS sur quelques résultats de consommation d'alcool et aucun effet sur tous les autres résultats étudiés. Pour les personnes souffrant de TUA et d'anxiété concomitante, des données probantes de qualité moyenne provenant d'une revue systématique n'ont révélé aucune preuve de l'efficacité des ISRS pour l'anxiété ou la consommation d'alcool. D'après les données probantes disponibles, ces lignes directrices ne recommandent pas l'utilisation d'ISRS pour traiter les TUA ni pour les patients qui ont un trouble dépressif ou anxieux concomitant.

Dans le cas des antipsychotiques, des données de qualité moyenne tirées d'une méta-analyse ont montré que les antipsychotiques donnaient des résultats semblables au placebo ou moins bons pour de nombreux résultats liés à l'alcool. Les données des ECR individuels étaient variées, certaines indiquant une augmentation de l'usage d'alcool et d'autres substances et d'autres montrant une réduction de la consommation d'alcool chez des populations de patients très précises. En raison de preuves insuffisantes de l'efficacité, ces lignes directrices ne recommandent pas de prescrire des antipsychotiques pour traiter les TUA chez les personnes qui ne présentent pas de problèmes de santé mentale graves et chroniques non liés à l'alcool (p. ex. schizophrénie).

Les benzodiazépines sont souvent prescrites à des patients après la prise en charge du sevrage aigu, malgré les recommandations contre l'utilisation à long terme des benzodiazépines.⁴⁶⁷ Les benzodiazépines, lorsqu'elles sont utilisées avec de l'alcool ou d'autres déprimeurs du SNC (p. ex. opioïdes) peuvent causer des dommages importants, y compris le coma, une surdose et le décès.⁶⁹⁷⁻⁷⁰¹ Les benzodiazépines présentent un potentiel élevé de dépendance et de résultats indésirables. Ces lignes directrices recommandent de ne prescrire des benzodiazépines qu'à court terme et à dose fixe aux patients pendant la prise en charge du sevrage, dans des contextes avec une forte supervision, et non comme traitement continu pour les TUA.

Les personnes qui présentent des symptômes de troubles concomitants devraient se voir offrir des interventions fondées sur des données probantes pour traiter leur état de santé mentale et les TUA. Dans les cas où les médicaments ont démontré leur utilité, les cliniciens doivent trouver un équilibre entre les avantages et les risques potentiels de prescrire ces médicaments à chaque patient et sont encouragés à consulter un spécialiste ou à aiguiller le patient vers un spécialiste, le cas échéant. Les symptômes de santé mentale doivent être réévalués régulièrement au cours des premières étapes du traitement des TUA, et les symptômes persistants de santé mentale doivent faire l'objet d'un examen plus approfondi et d'un suivi régulier.

Les directives sur le traitement des problèmes de santé mentale dépassent la portée des présentes lignes directrices. Toutefois, on insiste sur le fait que les personnes devraient se voir offrir un traitement fondé sur des données probantes pour des problèmes de santé mentale concomitants ou être aiguillées vers de tels traitements, et des consultations d'experts sont conseillées lorsqu'elles sont disponibles. Les cliniciens doivent être conscients du lien entre les facteurs sociaux (p. ex. la pauvreté, le racisme systémique et l'insécurité en matière de logement) et la santé mentale; des répercussions de la colonisation et de l'oppression systémique sur la dépression et l'anxiété; ainsi que des liens entre les traumatismes et la toxicomanie. Les plans de traitement doivent être élaborés en tenant compte de ces facteurs et viser à les atténuer dans la mesure du possible.

Recommandation 12

Il ne faut pas prescrire d'antipsychotiques ou d'antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine aux patients adultes ou jeunes pour le traitement des TUA.

MOYENNE Qualité des données probantes

FORTE Recommandation

Remarques

- Les essais contrôlés randomisés et les revues systématiques portant sur les ISRS chez les personnes souffrant de TUA sans dépression ou anxiété concomitante ont généralement montré que les ISRS sont inefficaces ou peuvent aggraver les résultats des TUA dans certaines sous-populations en souffrant.
- Une méta-analyse portant sur l'utilisation d'antipsychotiques chez les personnes souffrant de TUA sans troubles psychiatriques majeurs concomitants (p. ex. schizophrénie, trouble bipolaire) n'a révélé aucune différence ou des résultats moins bons en matière d'alcool que le placebo. Des études subséquentes ont confirmé ces constatations.
- Compte tenu de la prévalence de la prescription de médicaments psychoactifs chez les personnes souffrant de TUA, ainsi que du manque d'efficacité et de la possibilité de coûts évitables, d'effets secondaires et d'autres préjudices, un changement majeur de la pratique impliquant une plus grande intégration des données probantes dans les soins est à considérer.
- La qualité de ces données probantes a été évaluée comme moyenne en fonction de deux revues systématiques et de plusieurs ECR sur les antidépresseurs et les antipsychotiques de type ISRS chez les personnes atteintes de TUA et sans troubles de santé mentale concomitants.
- La force de cette recommandation a été jugée forte en fonction de la qualité de la base de données probantes, du consensus du groupe de travail et des coûts et préjudices possibles connus. Les membres du groupe de travail s'entendent pour dire que la prescription de ces médicaments ne devrait être envisagée que pour les patients qui présentent un trouble de santé mentale indiqué lorsque le médicament a clairement démontré son utilité.

Recommandation 13

La prescription d'antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine n'est pas recommandée pour les patients adultes ou jeunes souffrant de TUA et d'un trouble anxieux ou dépressif concomitant.

MOYENNE Qualité des données probantes

FORTE Recommandation

Remarques

- Les méta-analyses et les essais démontrent que les ISRS sont généralement inefficaces en ce qui concerne l'humeur et la plupart des résultats de la consommation d'alcool, certaines études indiquant une consommation plus élevée d'alcool chez les personnes souffrant de TUA et de dépression ou d'anxiété concomitante.
- La dépression et les symptômes d'anxiété des personnes souffrant de TUA peuvent s'améliorer après une période d'abstinence; par conséquent, une enquête et un suivi sont nécessaires pour tous les diagnostics. Dans les cas où les symptômes liés à l'humeur ne se résorbent pas après l'arrêt de la consommation d'alcool, il faut offrir des traitements fondés sur des données probantes, notamment pharmacologiques et psychosociaux, tant pour les TUA que pour les troubles de l'humeur. Le cas échéant, il est conseillé de consulter un spécialiste des troubles concomitants ou d'aiguiller le patient vers un tel spécialiste.
- Si les cliniciens envisagent de prescrire des ISRS, ils devraient surveiller les patients pour déceler des événements indésirables, notamment une détérioration des résultats liés à l'alcool, comme une augmentation de la consommation ou une consommation excessive continue d'alcool.
- La qualité de ces données probantes a été évaluée comme moyenne en fonction de trois revues systématiques ou méta-analyses et de plusieurs ECR sur les antidépresseurs de type ISRS chez les personnes atteintes de TUA et de troubles anxieux et de l'humeur concomitants.
- La force de cette recommandation a été jugée forte en fonction de la qualité de la base de données probantes, du consensus du groupe de travail et des coûts et préjudices possibles connus. Les membres du groupe de travail s'entendent pour dire que la prescription de ces médicaments ne devrait être prise en considération que pour les patients pour lesquels leurs bienfaits ont été clairement démontrés.

Recommandation 14

Les benzodiazépines ne doivent pas être prescrites comme traitement continu contre les TUA.

ÉLEVÉE Qualité des données probantes

FORTE Recommandation

Remarques

- Les cliniciens doivent être conscients des risques liés à la prescription à long terme de benzodiazépines et éviter de transformer de courts traitements à base de benzodiazépines pour la prise en charge du sevrage alcoolique à des ordonnances chroniques.
- Bien que les benzodiazépines soient couramment utilisées pour la prise en charge du sevrage, cette pratique devrait être limitée aux patients à risque élevé de complications graves du sevrage. L'utilisation à long terme des benzodiazépines n'est pas recommandée, car les risques et les effets secondaires des benzodiazépines augmentent avec la durée de l'utilisation.
- La consommation de benzodiazépines présente un risque élevé de dépendance et d'autres méfaits, notamment des déficits persistants de la mémoire ou d'autres déficits neurocognitifs, des collisions en véhicule à moteur, une augmentation de la gravité de l'anxiété et du TSPT, ainsi que des pensées et des comportements suicidaires. L'utilisation de benzodiazépines en combinaison avec d'autres déprimeurs du SNC peut entraîner le coma, une surdose voire un décès.
- Les risques et les avantages des benzodiazépines doivent être discutés avec le patient avant la prescription.
- La qualité des données probantes pour cette recommandation a été jugée élevée en fonction de multiples méta-analyses et ECR montrant les méfaits liés à la consommation de benzodiazépines, le potentiel de consommation non médicale et la documentation des effets et des événements indésirables graves, notamment des chutes et des blessures.
- La force de cette recommandation a été jugée forte en fonction du consensus du groupe de travail et des méfaits possibles connus de la consommation de benzodiazépines chez les personnes avec et sans TUA.

7 Programmes et mesures de soutien communautaires

7.1 Groupes de soutien par les pairs

Les groupes de soutien par les pairs sont des réunions communautaires largement disponibles, sans frais, qui sont souvent recommandés comme complément aux soins cliniques et à la prise en charge des troubles de l'usage de substances ou comme source d'orientation supplémentaire par les pairs, de mentorat, et de soutien à la réalisation et au maintien du rétablissement et du bien-être autodéterminé. Les groupes de soutien par les pairs sont souvent dirigés par des bénévoles qui ont vécu des troubles liés à l'usage de substances. Bien qu'il y ait eu peu de revues systématiques des effets des services de soutien au rétablissement par les pairs sur l'amélioration des résultats liés à l'alcool (c.-à-d. le retour à la consommation d'alcool, la consommation d'alcool), il est reconnu que le soutien par les pairs a toujours été considéré comme un facilitateur important qui aide les personnes à établir des objectifs concernant les troubles de l'usage de substances, à travailler à leur rétablissement et à le maintenir, à la fois dans la littérature de recherche^{703,704} et par les personnes ayant une expérience personnelle de ces situations⁷⁰⁵⁻⁷⁰⁸. Le soutien par les pairs est également conforme à de nombreuses approches autochtones de la guérison, qui sont relationnelles plutôt que transactionnelles, axées sur la communauté et dirigées par la communauté.

7.1.i Alcooliques anonymes et programmes en douze étapes

Un exemple largement reconnu et accessible d'un groupe de soutien par les pairs est le groupe des Alcooliques anonymes (AA), une association internationale de groupes de soutien composés de personnes en rétablissement, qui offre un soutien émotionnel et une approche structurée en « douze étapes » pour atteindre l'abstinence. Un concept central des AA est que les TUA sont une maladie spirituelle, et que le rétablissement est un cheminement qui implique la croyance en une puissance supérieure, l'exploration personnelle et l'acceptation. Certaines personnes peuvent ne pas se sentir à l'aise de participer aux AA pour plusieurs raisons, notamment l'obligation fréquente de s'abstenir pour les pairs, des services

qui peuvent être importuns ou dangereux pour les personnes 2S/LGBTQ+, la nature religieuse du programme ou le sentiment de manque de sécurité dans les espaces partagés. Les aiguillages doivent être effectués en comprenant l'identité, les objectifs et les expériences vécues de chaque patient. Les groupes des Alcooliques anonymes dans certaines communautés offrent des espaces réservés à des populations particulières (p. ex. les femmes, les aînés, les personnes 2S/LGBTQ+). Pour les patients dont les valeurs ne correspondent pas à la croyance en une puissance supérieure, des groupes de soutien par les pairs laïques, comme SMART Recovery, sont disponibles. Il faut encourager les patients à étudier un certain nombre de groupes différents pour évaluer s'ils leur conviennent.

L'approche en douze étapes est une approche de counseling structurée manualisée dans le cadre de laquelle des fournisseurs de soins de santé formés examinent et discutent en collaboration avec leurs patients les principes de base des douze étapes, et encouragent la participation régulière à des réunions Douze étapes de soutien par les pairs⁷⁰⁹. La méthode en douze étapes a été conçue à l'origine comme une thérapie individuelle, mais elle a également été étudiée comme une intervention familiale ou de groupe, le plus souvent dans le cadre d'un programme de traitement structuré (p. ex. un programme de traitement en milieu hospitalier ou en ambulatoire intensif)⁷¹⁰. Une étude Cochrane et une méta-analyse de 2020 (N = 27, n = 10 565) ont révélé que les douze étapes et les AA fournis et manualisés (c.-à-d. que l'intervention est effectuée conformément à une procédure normalisée) peuvent entraîner des taux d'abstinence continus plus élevés (RR = 1,21, IC à 95 % : 1,03 à 1,43) comparativement à d'autres traitements psychosociaux (p. ex. TCC, thérapie de renforcement de la motivation) après 12 mois. Cet effet n'a pas été observé pour les douze étapes/AA non manualisés, qui sont le format le plus couramment disponible et accessible. Aucune différence n'a été relevée pour les autres résultats (p. ex. le pourcentage de jours d'abstinence, la période d'abstinence la plus longue, le nombre de consommations par jour de consommation d'alcool, le pourcentage de jours de consommation excessive d'alcool et les conséquences négatives liées à l'alcool) entre les douze étapes/AA manualisés et d'autres options de traitement psychosocial. On n'a pas constaté que les AA/douze étapes non manualisés étaient plus efficaces que les autres options de traitement psychosocial pour la majorité des résultats, à l'exception d'une quantité beaucoup plus faible de consommations par jour de consommation (différence moyenne [DM] = -1,76, IC à 95 % : -2,33 à -1,29), bien que ce résultat soit basé sur une seule étude⁷¹¹.

Les personnes qui bénéficient de la participation à des groupes Douze étapes signalent que des facteurs comme la dynamique du groupe (p. ex. le sentiment d'avoir un lien avec les autres et un sentiment d'appartenance et de communauté avec les autres)⁷¹², une meilleure conscience de soi⁷¹³⁻⁷¹⁵, une expérience d'acceptation et d'empathie de la part des autres et envers eux⁷¹⁶, ainsi que l'établissement ou le renforcement d'un lien avec leur spiritualité^{717,718} étaient importants pour entamer et maintenir leur rétablissement.

On rapporte que les groupes de soutien Douze étapes sont les plus efficaces pour promouvoir l'abstinence parmi ceux qui s'identifient à la philosophie du concept et qui assistent aux réunions de façon volontaire et régulière⁷¹⁹, bien qu'il soit nécessaire de faire plus de recherche sur ce sujet. La participation volontaire revêt une importance particulière, car les données probantes indiquent que le traitement imposé peut être moins efficace pour réduire l'usage d'alcool ou d'autres substances ou atteindre l'abstinence⁷²⁰⁻⁷²². De plus, l'obligation de participer à des groupes Douze étapes peut être inappropriée pour ceux qui ne s'identifient pas aux croyances spirituelles de l'approche, peut nuire à la relation entre le patient et le fournisseur de soins et aller à l'encontre de l'autonomie personnelle du patient.

7.1.ii Formation sur l'autogestion et le rétablissement (SMART Recovery)

La formation sur l'autogestion et le rétablissement, ou SMART Recovery, est une solution de rechange à long terme au modèle en douze étapes qui s'est rapidement répandue au cours des dernières années. Le programme SMART Recovery a été conçu pour refléter les éléments de pratique fondés sur des données probantes que sont l'entrevue motivationnelle, la TCC, la thérapie rationnelle-émotive et la pleine conscience⁷²³. Le « programme en quatre points » de SMART Recovery, qui comprend le renforcement de la motivation, la gestion des pulsions, la résolution de problèmes et l'équilibre du mode de vie, fournit aux membres des outils fondés sur des données probantes et un soutien par les pairs pour les aider à se rétablir⁷²³.

En 2017, une revue systématique de 12 études des programmes SMART Recovery a permis de conclure que, bien que des effets positifs aient été constatés, l'absence d'ECR, la petite taille des échantillons et l'hétérogénéité des méthodes et des résultats évalués dans l'ensemble des études ont empêché de tirer des conclusions

sur leur efficacité⁷²⁴. À ce jour, un seul essai randomisé de 2013 a étudié l'incidence de SMART Recovery chez les personnes souffrant de troubles de l'usage de substances, et il a comparé les rencontres SMART en personne à « Overcoming Addictions » (OA), une intervention en ligne fondée sur le programme SMART Recovery⁷²⁵. Des personnes souffrant de TUA ont été affectées au hasard (n = 189) à une intervention SMART Recovery, OA ou à une combinaison des deux⁷²⁵. Aucune différence n'a été relevée entre les groupes, mais à la fin de l'étude, on a observé une augmentation significative du pourcentage de jours où les personnes se sont abstenues de consommer de l'alcool (de 44 % à 72 %; p < 0,001) et une réduction du nombre de consommations par jour de consommation (de 8,0 à 4,6 consommations; p < 0,001) pour tous les participants à l'étude⁷²⁵. Il faut poursuivre la recherche, en particulier des essais cliniques bien conçus, pour mieux établir l'efficacité de SMART Recovery et d'autres groupes de soutien par les pairs pour prévenir le retour à la consommation d'alcool et réduire la consommation d'alcool et les méfaits connexes.

7.1.iii Effectuer des aiguillages éclairés vers des groupes de soutien par les pairs

Plusieurs études ont révélé que l'aiguillage actif et l'encouragement d'un clinicien ou d'un travailleur de soutien par les pairs au cours des premières étapes du traitement augmentent la probabilité que les patients assistent à des réunions de soutien par les pairs communautaires⁷²⁶⁻⁷²⁹. Par exemple, un ECR de 2012 (n = 151) comparait l'aiguillage actif par un clinicien, l'aiguillage actif par un pair ou l'information sur les groupes locaux seulement au sujet des douze étapes chez les personnes qui suivent un traitement de sevrage en milieu hospitalier pour des substances, y compris l'alcool. L'étude a révélé que les aiguillages actifs augmentaient considérablement les taux d'assiduité aux réunions pendant et après la prise en charge du sevrage (taux d'assiduité après le congé de l'hôpital : aiguillage par des pairs 64 %, aiguillage par un clinicien 48 %, information seulement 33 %), bien qu'il n'y ait pas de différences entre les groupes quant aux taux d'abstinence (44 %, 41 % et 36 %, respectivement)⁷²⁹. Cette étude souligne l'importance pour les cliniciens d'adopter un rôle actif, éclairé et encourageant en aiguillant les patients vers des groupes de soutien par les pairs et d'autres services communautaires qui correspondent aux objectifs et aux préférences des patients. Fournir de l'information et des encouragements peut être particulièrement utile pour les patients et les familles qui peuvent n'avoir que

peu voire pas d'expérience de l'orientation dans le système de traitement des TUA. La participation de pairs aidants ou d'intervenants pivots au sein d'une équipe de soins cliniques peut aussi constituer une stratégie utile pour faciliter l'accès et la participation des patients⁷⁰⁴.

Si un patient nomme les incompatibilités entre son système de croyances personnelles et les philosophies fondamentales d'un groupe de soutien par les pairs comme des obstacles à sa participation, d'autres options peuvent être offertes, le cas échéant. Les cliniciens devraient discuter avec leur patient de la possibilité que la participation à un groupe particulier puisse mieux appuyer les objectifs de traitement du patient. Par exemple, certaines personnes peuvent préférer des groupes de soutien par les pairs ayant une vision laïque (p. ex. SMART Recovery, LifeRing) ou des groupes conçus pour des populations particulières qui reflètent leurs expériences de vie communes et qui procurent un sentiment de sécurité (p. ex., personnes 2S/LGBTQ+, jeunes, Autochtones, personnes ayant des problèmes de santé mentale concomitants). Certaines femmes se disent plus impliquées dans des réunions réservées aux femmes ou dans des programmes comme celui en 16 étapes et préfèrent peut-être y assister en raison de leur perception d'un soutien, d'une sécurité et d'un confort accrus^{730,731}. Certaines personnes peuvent aussi préférer un soutien individuel plutôt qu'un cadre de groupe.

L'accès à des réunions en personne pour d'autres groupes de soutien par les pairs (autres que les Douze étapes) peut être limité en dehors des centres urbains, bien que plusieurs groupes de soutien par les pairs proposent des réunions en ligne ou « virtuelles ».

7.1.iv Résumé de la section et recommandation

Il y a peu d'ECR, d'examens systématiques ou de méta-analyses de grande qualité sur l'efficacité des groupes de soutien par les pairs pour les personnes souffrant de TUA.

Toutefois, il est reconnu que certaines personnes peuvent tirer profit du soutien, de conseils et de mentorat par les pairs, ou exprimer un intérêt envers ce type de méthode. Ces éléments constituent les composants de base de nombreux programmes de soutien destinés à relever les défis de la vie avec des TUA et à atteindre les buts personnels d'abstinence^{703,704,732}.

Recommandation 15

Il faudrait offrir aux adultes et aux jeunes souffrant de TUA légers à graves de l'information sur les groupes de soutien par les pairs et d'autres services axés sur le rétablissement dans la collectivité et les aiguiller vers ces groupes.

MOYENNE Qualité des données probantes

FORTE Recommandation

Remarques

- Les fournisseurs de soins primaires doivent connaître les groupes de soutien par les pairs actifs à l'échelle locale et en ligne, y compris les groupes ciblant des populations particulières (p. ex. les femmes, les personnes 2S/LGBTQ+, les jeunes, les personnes avec des troubles concomitants, etc.) et les services aux familles.
- Les fournisseurs de soins primaires et les équipes de soins devraient offrir de l'information et appuyer la participation volontaire à des groupes de soutien par les pairs. Si les patients manifestent de l'intérêt, les encourager à participer à des groupes de soutien par les pairs structurés et manualisés (p. ex. douze étapes/AA manualisés), plutôt qu'à des groupes non manualisés.
- L'assiduité forcée est moins efficace que l'assiduité volontaire, peut nuire aux relations patient-fournisseur et va à l'encontre de l'autonomie personnelle du patient. Les cliniciens et les équipes de soins ne devraient pas appuyer les pratiques qui forcent les personnes à participer à des groupes de soutien par les pairs (p. ex. comme condition d'emploi).
- Le clinicien en soins primaires ou l'équipe de soins doit continuer de jouer un rôle actif après avoir mis les personnes en contact avec des groupes de soutien par les pairs en vérifiant leurs expériences et leur satisfaction globale et en encourageant l'assiduité régulière si le patient tire avantage de sa participation.
- Bien qu'il y ait peu de recherches sur les mesures de soutien par les pairs pour les TUA, la qualité des données probantes pour cette recommandation a été évaluée comme moyenne en fonction des quelques méta-analyses et essais cliniques randomisés qui ont démontré des avantages petits à nuls concernant les résultats liés à l'alcool. D'autres recherches pourraient mener à des résultats différents.
- La force de cette recommandation a été jugée forte en fonction de la qualité des données probantes, du consensus du groupe de travail, de la rentabilité et des avantages des groupes de soutien par les pairs comparativement aux faibles risques de conséquences négatives.

7.2 Programmes communautaires de traitement et de rétablissement

Il existe un certain nombre de programmes et de services axés sur le rétablissement qui peuvent être bénéfiques pour certains patients atteints de TUA. Comme bon nombre de ces programmes offrent une gamme complète de services, dont plusieurs ont été examinés dans d'autres sections (p. ex. pharmacothérapie, interventions de traitement psychosocial, soutien par les pairs), ces lignes directrices ne formulent pas de recommandation explicite à ce sujet. Cependant, il est reconnu que certains patients peuvent bénéficier de programmes de traitement et de soutien plus structurés ou avoir un intérêt envers ces programmes. Pour appuyer la prise de décisions éclairées, les cliniciens doivent connaître les programmes axés sur le rétablissement dans leur collectivité et être en mesure de mettre les patients et les familles en contact avec ces ressources, au besoin. Un bref examen des données probantes sur les programmes ambulatoires intensifs, le traitement en milieu hospitalier et les logements supervisés pour le rétablissement est inclus ci-dessous pour appuyer le processus décisionnel partagé entre les fournisseurs de soins de santé et les patients.

7.2.i Programmes ambulatoires intensifs

Les programmes ambulatoires intensifs sont destinés aux personnes qui ont des troubles de l'usage de substances et qui n'ont pas besoin de soins 24 heures sur 24, mais qui ont besoin de plus de soutien que les soins ambulatoires habituels. Les programmes ambulatoires intensifs peuvent également offrir un niveau intermédiaire de soutien aux personnes qui ont récemment obtenu leur congé de programmes de traitement en milieu hospitalier. La structure et les services fournis par ces programmes varient selon le milieu (p. ex. hospitalisation, traitement en milieu hospitalier, centres de traitement publics et privés communautaires) et le modèle de dotation (p. ex. personnel médical ou non médical). Les programmes offrent généralement plusieurs heures d'activités structurées par jour, et les services de base peuvent comprendre la thérapie individuelle, de groupe ou familiale; l'établissement de liens entre les clients et les soutiens sociaux; la formation en aptitudes à la vie quotidienne et la formation professionnelle; les réunions de groupes de soutien par les pairs; les activités

récréatives thérapeutiques; le développement d'habiletés et de stratégies d'adaptation pour prévenir les rechutes.

Trois essais cliniques au cours desquels des clients ont été affectés au hasard à un programme ambulatoire intensif ou à un traitement en milieu hospitalier ont révélé que les scores cumulés de jours d'abstinence, d'usage d'alcool et de problèmes liés à l'alcool ne différaient pas beaucoup d'un milieu de service à l'autre, ce qui suggère que ces deux programmes sont d'efficacité équivalente⁷³³⁻⁷³⁵. Ces essais comportaient certaines lacunes méthodologiques, notamment la petite taille des échantillons, les groupes non équivalents, les études sur un seul site, le biais de sélection et l'absence de contrôles appropriés. Les programmes ambulatoires intensifs peuvent présenter des avantages pour certaines personnes souffrant de TUA qui pourraient tirer parti d'un niveau intermédiaire de soutien, de la capacité d'acquérir et de mettre en pratique de nouvelles compétences et stratégies tout en vivant dans la collectivité, et de la continuité des soins pendant une plus longue période. Il est à noter que la normalisation des services de base offerts dans les programmes ambulatoires intensifs pourrait faciliter la recherche future sur l'efficacité comparative et contribuer à améliorer la qualité et l'efficacité des programmes.

7.2.ii Programmes de traitement en établissement

Les établissements de traitement offrent un environnement sans substance en tout temps aux personnes atteintes de troubles de l'usage de l'alcool et d'autres substances. Les types de services et les modèles de traitement utilisés varient selon les programmes, mais ils comprennent habituellement tous des services de base comme le counseling individuel et de groupe, la formation en aptitudes à la vie quotidienne et les groupes de soutien par les pairs. Certains programmes peuvent également comprendre des services plus personnalisés, comme la formation professionnelle, les services médicaux et de santé mentale, le counseling aux couples et aux familles et le counseling nutritionnel. Certains offrent également des services de suivi aux patients à la fin du programme, allant du counseling de suivi et des logements supervisés pour le rétablissement aux programmes ambulatoires intensifs.

L'évaluation de l'efficacité du traitement en établissement par rapport à d'autres modalités de traitement s'est révélée difficile sur le plan méthodologique et constitue un domaine qui a été sous-étudié⁷³⁶. Bien qu'un petit nombre d'ECR et d'autres études de recherche aient été menés, la plupart n'ont pas eu recours à un plan expérimental rigoureux, et des limites méthodologiques importantes ont été relevées, comme l'absence de groupes de contrôle et de comparaison adéquats, la dépendance excessive à l'égard de la rétrospective, les méthodes quasi expérimentales et pré-expérimentales; le biais de sélection; la généralisabilité limitée en raison du contexte, de la population étudiée et des critères d'inclusion et d'exclusion; et l'hétérogénéité dans les types de traitement et les résultats évalués⁷³⁶. De plus, en raison des préoccupations d'ordre éthique associées à l'affectation des patients au hasard dans un groupe de comparaison qui pourrait ne pas fournir un niveau suffisant de soins pour les besoins d'un patient (p. ex. aucun traitement, soins ambulatoires), plusieurs essais ont exclu des participants souffrant de TUA modérés à graves et de problèmes concomitants, afin de veiller à ce que tous les participants à l'étude reçoivent un traitement approprié sur le plan clinique⁷³⁶.

Dans ce contexte, bien que plusieurs revues systématiques aient conclu qu'il existe des données de qualité faible à moyenne indiquant que les programmes de traitement en établissement sont efficaces pour réduire l'usage de substances et améliorer les résultats liés à la santé, à la santé mentale, à la société et à la justice pénale chez les participants aux programmes, il n'y a pas suffisamment de preuves que les programmes de traitement en milieu hospitalier sont plus efficaces que les autres approches de traitement, notamment la prise en charge ambulatoire⁷³⁶⁻⁷⁴⁰. Néanmoins, la recherche a identifié des populations de patients spécifiques qui pourraient bénéficier de l'environnement de traitement plus structuré fourni dans un contexte de soins en milieu hospitalier (voir l'[Encadré 9](#))^{737,741,742}. L'American Society of Addiction Medicine (ASAM) a publié des critères à prendre en considération pour le placement en établissement, la poursuite du séjour, le transfert ou le congé des patients avec un trouble de l'usage de substances et des conditions concurrentes (auparavant appelés critères de placement de l'ASAM). Les critères sont disponibles sur le [site Web de l'ASAM](#) [en anglais seulement].

Encadré 9. Considérations relatives à l'aiguillage vers un programme de traitement en milieu hospitalier ou en établissement

- Personnes qui n'ont pas bénéficié de multiples tentatives de traitement antérieures.
- Personnes ayant des troubles concomitants de toxicomanie ou de santé mentale.
 - Avant d'aiguiller un patient vers un programme de traitement en milieu hospitalier, les cliniciens doivent s'assurer que l'établissement de traitement a la capacité nécessaire (p. ex. personnel, médicaments, lits), dispose de fournisseurs de soins de santé dûment formés et accepte les patients qui ont des troubles concomitants de toxicomanie ou de santé mentale.
- Personnes ayant des problèmes de santé concomitants.
 - Avant d'aiguiller un patient vers un programme de traitement en milieu hospitalier, les cliniciens doivent s'assurer que l'établissement de traitement a la capacité nécessaire (p. ex. personnel, médicaments, lits), dispose de fournisseurs de soins de santé dûment formés et accepte les patients qui ont des problèmes de santé concomitants.
- Personnes dans un environnement social ou dans des situations qui ne sont pas favorables aux objectifs de traitement établis par le patient.
- Personnes enceintes qui ont besoin de soins médicaux plus intensifs et de soutien pour améliorer les résultats de la grossesse.
- Les Autochtones pourraient souhaiter accéder à des programmes de traitement en milieu hospitalier fondés sur les valeurs et les visions du monde autochtones et qui offrent des pratiques culturelles (p. ex. cercles de partage, purification par la fumée) et des programmes adaptés. Par exemple, le [Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones](#) offre des centres de traitement partout au Canada qui sont supervisés par des communautés autochtones et intègrent la guérison et la culture autochtones dans des programmes de traitement en milieu hospitalier et ambulatoire.
- Envisager d'aiguiller les personnes vers des installations réglementées ou autorisées, le cas échéant. Il est à noter que certaines installations culturelles peuvent ne pas être réglementées ou autorisées; toutefois, ces installations peuvent être les plus appropriées pour les personnes qui s'intéressent à des programmes de traitement fondés sur la culture.

7.2.iii Logements supervisés pour le rétablissement

Les logements supervisés pour le rétablissement (c.-à-d. les résidences de stabilisation et de transition, les résidences avec services d'aide à la vie autonome) sont un service de soutien direct qui offre aux personnes atteintes de troubles de l'usage de substances (y compris l'alcool) ou de troubles de santé mentale et de troubles concomitants liés à la consommation de substances des logements sûrs, généralement exempts de substance. Les logements supervisés pour le rétablissement sont des logements utilisables pendant une durée limitée ou de transition, non permanents, et sont souvent offerts aux personnes qui

ont terminé un traitement en milieu hospitalier dans le cadre d'une approche graduelle pour retourner dans la collectivité. Les services offerts aux résidents sont généralement non médicaux et peuvent comprendre une combinaison d'encadrement ou de mentorat par des pairs, de travail de groupe et d'activités structurées (p. ex. activités récréatives thérapeutiques), l'accent étant mis sur l'éducation et la formation aux aptitudes à la vie quotidienne pour appuyer la réinsertion sociale dans la collectivité.

Très peu d'études contrôlées ont évalué l'efficacité des logements supervisés pour le rétablissement concernant l'amélioration des résultats liés à la toxicomanie. Deux ECR qui ont comparé les logements supervisés pour le rétablissement aux services de suivi habituels (p. ex. counseling individuel ou de groupe, douze étapes) ont déclaré que les personnes résidant dans des logements supervisés pour le rétablissement avaient réduit leur consommation de substances et amélioré leurs résultats en matière d'emploi et de justice pénale par rapport aux personnes du groupe de suivi habituel^{743,744}. Toutefois, les deux essais comportaient des limites méthodologiques, notamment un biais de sélection, des groupes non équivalents, une petite taille des échantillons, des évaluations sur un seul site et l'absence de contrôles statistiques appropriés, ce qui limite la capacité de tirer des conclusions significatives de ces résultats⁷⁴⁵. Il est nécessaire de mener des recherches plus rigoureuses dans ce domaine, non seulement pour évaluer l'efficacité comparative de cette possibilité de service, mais aussi pour établir des normes de qualité et des pratiques exemplaires pour les programmes de logements supervisés pour le rétablissement afin d'optimiser les résultats pour la santé des patients.

7.3 Services de soutien psychosocial

Étant donné que les déterminants sociaux de la santé jouent un rôle central dans la santé et le bien-être globaux des personnes, les cliniciens devraient offrir aux patients des services qui appuient les besoins des patients dans ces domaines et qui y répondent. Il peut être utile d'aiguiller les patients vers des services de soutien communautaires pour favoriser leur rétablissement global en améliorant leur situation psychosociale et leurs autres besoins de survie. Bien qu'aucune revue systématique n'ait porté sur l'incidence des mesures de soutien pour répondre à divers besoins sociaux (p. ex. soutien au logement, formation

professionnelle, soutien social, aide financière) dans le contexte des TUA, des études ont démontré que le fait de donner accès à un logement et de répondre à d'autres besoins de survie peut améliorer considérablement les résultats du traitement des TUA^{746,747}. Il existe probablement un avantage à offrir des soins des TUA dans le contexte d'équipes de soins primaires interdisciplinaires outillées pour répondre à ces besoins dans la mesure du possible. Lorsque les patients rencontrent des obstacles à la participation aux soins, des stratégies efficaces pour améliorer la poursuite du traitement peuvent comprendre une gestion intensive des cas^{748,749}, des équipes de traitement communautaire dynamique⁷⁴⁹⁻⁷⁵¹ et des services de soutien et de sensibilisation par les pairs^{703,704}.

8 Travail avec des populations particulières

8.1 Autochtones

Remarque sur la terminologie : Les documents sources examinés dans la présente section utilisent plusieurs termes différents pour décrire les Autochtones dans ce qu'on appelle actuellement le Canada pionnier. Certains termes juridiques sont directement liés à la Constitution canadienne des colons et à diverses lois (p. ex. l'article 35 de la [Loi constitutionnelle de 1982](#); [Loi sur les Indiens \(R.S.C. 1985\)](#)). Cette terminologie a été reprise ici pour des raisons d'homogénéité et d'exactitude.

Au Canada, le terme **Autochtones** est considéré comme englobant tous les peuples de l'Île de la Tortue^{aq} et tous leurs descendants, et comprend ceux qui ont un statut^{ar} ou non, et ceux qui s'identifient comme Autochtones. Il est important de reconnaître la diversité qui existe entre les Autochtones du Canada pionnier. L'utilisation d'un nom qui reflète un peuple, une communauté ou une nation en particulier, dans la mesure du possible, est préférable au terme collectif « autochtone ».

Le terme « **Autochtones** » provient de l'article 35 de la [Loi constitutionnelle de 1982](#), où les Autochtones du Canada pionnier sont définis comme « Indiens, Inuits et Métis ». Ce terme collectif désigne non pas un seul groupe, mais trois groupes très différents et distincts définis par le gouvernement fédéral. Le terme reflète la responsabilité juridique et sociale du gouvernement fédéral à l'égard de ceux-ci et exclut ceux qui ne sont pas officiellement reconnus par le gouvernement du Canada. Dans la section qui suit, on précise que les données sur la santé déclarées sont propres aux personnes inscrites en vertu de la [Loi sur les Indiens, L.R.C. 1985](#).

Le terme collectif préféré **Premières Nations** a remplacé « Indien » à l'article 35 de la [Constitution Act, 1982](#). Il s'agit des Autochtones du Canada pionnier qui ne sont ni Métis ni Inuits. Les personnes des Premières Nations peuvent comprendre à la fois les Indiens inscrits et les Indiens non inscrits. Les cliniciens doivent être conscients de cette distinction lorsqu'ils font référence à des prestations, à des programmes ou à des services de soins de santé qui ne sont accessibles qu'aux Indiens inscrits.

Les **Inuits** sont des Autochtones du Nord du Canada (Nunavut, Territoires du Nord-Ouest, Québec et Labrador).

Les **Métis** forment un groupe de nations distinctes parmi les Autochtones du Canada et ont des racines d'ascendance mixte autochtone et européenne. Les Métis ont une descendance, une histoire, une langue et une culture communes liées à un territoire particulier. En soi, l'ascendance mixte ne fait pas d'un individu un Métis.

aq L'île de la Tortue fait référence au continent nord-américain dans les récits des origines de certaines nations.

ar « Statut » est un terme juridique désignant une personne qui est inscrite à titre d'« Indien » en vertu de la Loi sur les Indiens, ou une personne qui appartient à une Première Nation ou à une bande indienne qui a signé un traité avec la Couronne; on peut parfois retrouver les termes « Indiens inscrits ou des traités » ou « Indiens avec statut ou Indiens statués ». Ce terme a des origines et un lien avec les politiques coloniales.

Selon le recensement de 2021, 1,8 million de personnes au Canada s'identifient comme Autochtones, ce qui représente 5,0 % de la population canadienne, comparativement à 4,9 % en 2016⁷⁵². Les données du recensement montrent que le nombre d'Autochtones augmente au Canada, bien que cette croissance ne soit pas aussi rapide que par le passé⁷⁵³.

Pendant des milliers d'années avant le contact avec les Européens, les Autochtones ont joui d'une santé et d'un bien-être de bonne qualité grâce à un mode de vie actif, enrichi par des aliments et des remèdes traditionnels, et intégré à des pratiques de guérison cérémonielles, spirituelles et émotionnelles. Toutefois, l'arrivée des colons européens a eu des répercussions négatives importantes sur la santé et le bien-être des Autochtones. Les répercussions historiques et continues de la colonisation, de la science raciale et de l'eugénisme, du racisme institutionnalisé et des traumatismes multigénérationnels ont des répercussions directes sur la santé physique et mentale, ainsi que sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones, ce qui a entraîné une prévalence disproportionnée des problèmes de santé dans ces populations. Les inégalités sociales et en matière de santé vécues par les Autochtones ont créé des conditions dans lesquelles certaines personnes consomment de l'alcool et d'autres substances pour faire face au racisme, à la discrimination, à la pauvreté, aux traumatismes, à la violence ou à d'autres sources de détresse dans leur vie quotidienne^{754,755}. Les statistiques sur l'usage de l'alcool doivent donc être interprétées dans un cadre social plus large qui reconnaît le rôle des systèmes discriminatoires historiques et actuels.

Les données canadiennes de 2016 montrent que la proportion d'Autochtones de 12 ans et plus qui n'ont pas consommé d'alcool (27,4 %) au cours des 12 derniers mois est semblable à celle des Canadiens non autochtones (25,5 %)⁷⁵⁶. Cependant, la prévalence de la consommation excessive d'alcool, des TUA et des méfaits liés à l'alcool chez les Autochtones qui boivent de l'alcool est beaucoup plus élevée que chez les Canadiens non autochtones⁷⁵⁶. Par exemple, 25,1 % des membres des Premières Nations ont déclaré avoir consommé de l'alcool de manière excessive au cours du dernier mois^{as}, comparativement à 19,6 % des Canadiens

as Statistique Canada : On entend par « consommation excessive d'alcool » une consommation de cinq verres ou plus à une seule occasion au moins une fois par mois.

non autochtones⁷⁵⁶. À l'échelle nationale, on estime que le taux de mortalité liée à l'alcool est 5,43 fois plus élevé chez les hommes des Premières Nations et 10,11 fois plus élevé chez les femmes des Premières Nations que chez leurs homologues non autochtones⁹⁵.

La recherche a mis en évidence le rôle important que jouent des approches culturellement sécuritaires et éclairées pour réduire les disparités dans les soins de la toxicomanie pour les populations autochtones^{76,757}. Les présentes lignes directrices recommandent fortement que tous les professionnels de la santé et le personnel suivent une formation sur la sécurité culturelle pour les Autochtones et l'humilité culturelle afin d'améliorer leur capacité à établir des partenariats sûrs et positifs avec les patients et les familles autochtones (voir [Sécurité culturelle pour les Autochtones et humilité culturelle](#)). Les [appels à l'action](#) des [Rapports de la Commission de vérité et réconciliation](#), les recommandations du [Rapport In Plain Sight](#) [en anglais seulement] et les [Appels à la justice](#) du rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées décrivent les mesures nécessaires pour s'attaquer à l'héritage du colonialisme dans un éventail de domaines, y compris les soins de santé. Une approche fondée sur les droits de la personne est également essentielle en raison des antécédents du Canada en matière de traitement discriminatoire, contraire à l'éthique et nuisible des Autochtones dans le système de soins de santé traditionnel¹⁶⁰. En plus d'intégrer la sécurité culturelle pour les Autochtones et l'humilité culturelle dans la pratique médicale standard, plusieurs principes de la prestation de soins éthiques aux Autochtones ont été définis dans la littérature⁷⁵⁸ :

- Respecter la personne et son autorité sur sa propre santé et son processus de guérison.
- Pratiquer la communication consciente, l'écoute active et porter une attention particulière à la façon dont une personne répond aux questions et à la conversation, tant dans son langage que dans son langage corporel, pour assurer son confort et sa sécurité.
- Utiliser des interprètes si la maîtrise de l'anglais ou du français constitue un obstacle à la communication.
- Faire participer les membres de la famille à la prise de décisions, s'il y a lieu, et en tant que sources clés de soutien, et respecter la définition de la famille d'une personne, qui peut comprendre de nombreuses relations plus éloignées.

- Reconnaître que certaines personnes peuvent préférer d'autres méthodes pour communiquer et recevoir de l'information sur leur santé - la pratique d'« offrir la vérité^{at} » et honorer la décision d'un patient sur le type d'information qu'il souhaite recevoir et la façon dont il souhaite la recevoir peut être utile dans ce contexte
- **Ne pas s'immiscer dans la prise de décisions d'un patient, à moins qu'il n'y ait eu un malentendu évident - les conseils fortement recommandés ou le langage persuasif d'une personne en position de pouvoir (c.-à-d. du clinicien au patient) peuvent être interprétés comme coercitifs.**
- Respecter le droit inhérent et reconnu des Autochtones d'accéder aux pratiques culturelles dans le cadre de leurs soins de santé.

Les cliniciens qui fournissent des soins aux Autochtones doivent connaître le [Programme des services de santé non assurés](#), notamment les exigences en matière d'admissibilité et de couverture, ainsi que les exceptions et les permissions spéciales requises dans certains cas.

8.1.i Accès aux pratiques culturelles

Les approches autochtones en matière de santé sont holistiques, relationnelles et visent à équilibrer le bien-être physique, spirituel, mental et émotionnel.⁹³ Cependant, de nombreux cliniciens fournissant des services relatifs à la consommation de substance adhèrent à une approche biomédicale axée sur la maladie et l'individu, une approche reconnue comme en grande partie incompatible avec les visions du monde autochtones⁷⁶⁰. Les soins habituels relatifs à l'usage de substance se sont révélés moins efficaces, et dans certains cas potentiellement nocifs, pour les Autochtones; cet effet a été partiellement attribué au besoin d'intégration des pratiques culturelles dans les interventions de traitement⁷⁶¹

at La pratique d'« offrir la vérité » reconnaît qu'un patient peut souhaiter recevoir peu d'information ou autant d'information que possible sur son diagnostic, son pronostic et son traitement. La connaissance qu'un patient souhaite avoir de son état de santé s'inscrit dans un continuum et les cliniciens doivent s'assurer de discuter du type d'information que le patient veut recevoir et de la façon dont il veut recevoir cette information avant de communiquer un diagnostic et de commencer un traitement⁷⁵⁹.

et à une prestation de soins qui ne respecte pas les valeurs et visions du monde autochtones.⁹³ De plus, la majorité de la recherche clinique sur le traitement des TUA a été menée auprès de populations non autochtones, ce qui limite la capacité de déterminer si les interventions recommandées s'appliquent et conviennent aux personnes d'origine autochtone et d'autres cultures. La valeur de l'utilisation des enseignements de l'approche « à double optique » de l'Aîné mi'kmaq Albert Marshall, qui respecte et intègre les forces du savoir autochtone et de la médecine occidentale⁷⁶², a été de plus en plus reconnue dans les soins holistiques de mieux-être et de toxicomanie pour les peuples autochtones⁷⁶⁰. D'autres renseignements sur cette approche sont disponibles en [ligne](#) [en anglais seulement] (voir le Chapitre 5).

Les Aînés autochtones, les guérisseurs autochtones et les chercheurs s'accordent tous pour affirmer que l'inclusion des pratiques culturelles dans les soins relatifs à la consommation de substance est essentielle pour favoriser la guérison des personnes autochtones^{763,764}. En effet, il a été constaté que les interventions relatives au traitement de la consommation de substance qui intègrent des pratiques culturelles autochtones améliorent la santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle des Autochtones (p. ex. réduction de la consommation de substance, réduction du pourcentage de problèmes de santé mentale, amélioration des relations, plus grande participation aux pratiques culturelles)⁷⁶³. L'accès aux pratiques traditionnelles de soins de santé autochtones peut améliorer l'autodétermination par rapport aux soins de santé classiques, et celle-ci constitue un déterminant clé de la santé pour les personnes et les communautés autochtones⁷⁶⁵. Les patients autochtones ont un droit inhérent à l'accès aux pratiques culturelles dans le cadre de leurs soins de santé, tel que cela a été reconnu et mis en avant par l'Appel à l'action no 22 de la [Commission de vérité et réconciliation](#), qui appelle le système de santé à reconnaître la valeur des pratiques culturelles autochtones et de les utiliser en collaboration avec les Aînés et guérisseurs autochtones lors de la prestation de soins à des personnes autochtones⁷⁶⁶. Par conséquent, les cliniciens, les équipes de soins et le personnel devraient veiller à ce que les Autochtones puissent avoir accès à des pratiques culturelles dans le cadre de leurs soins des TUA :

- Les cliniciens doivent demander aux personnes autochtones si elles sont intéressées par l'intégration de pratiques culturelles dans leurs soins des TUA, tout en prenant en compte le fait que les personnes autochtones présentent différents niveaux d'implication et d'intérêt dans les pratiques culturelles pour des raisons historiques et personnelles.

- Certaines personnes autochtones peuvent déjà participer à des pratiques culturelles, tandis que d'autres peuvent ne trouver aucun intérêt à l'accès aux pratiques culturelles. Quelle que soit la situation, les cliniciens doivent apporter leur soutien et être conscients que les préférences de chacun concernant l'accès aux pratiques culturelles peuvent évoluer au fil du temps.
- Si un client participe déjà à des pratiques culturelles, les cliniciens doivent, avec l'accord du patient, travailler en collaboration avec l'Aîné ou le guérisseur du patient pour la planification des soins.
- Les patients qui n'ont pas d'Aîné ou de guérisseur peuvent être mis en relation avec l'un d'entre eux au sein de la structure de soins, si possible, ou dans la communauté.
- Les cliniciens doivent également informer les patients au sujet des espaces sacrés à la disposition des personnes autochtones dans la structure de soins. Toute demande d'un patient d'accéder à une médecine ou pratique culturelle spécifique doit être satisfaite dans les meilleurs délais possibles.

Diverses pratiques culturelles peuvent être intégrées aux interventions de traitement de la toxicomanie en fonction des ressources, de la capacité et de l'expertise, y compris la purification, la narration, les enseignements, le jeûne, la sculpture, le perlage, les activités terrestres, les pow-wow, les aliments et les médecines traditionnelles, la langue, les cercles de parole, le tambour, le chant, les fêtes communautaires, les sueries et la prière⁷⁶⁰. Les cliniciens doivent également connaître les ressources régionales et provinciales mises à la disposition des patients et des familles autochtones. Dans certaines régions, des centres de traitement qui intègrent des pratiques culturelles autochtones peuvent être disponibles pour les Autochtones qui préfèrent un traitement des TUA fondé sur la culture. Le gouvernement du Canada publie une page Web contenant une liste des [Centres de traitement de la consommation problématique de substances pour les Premières Nations et les Inuits](#). Les autorités sanitaires, les hôpitaux et les centres de traitement pour les Premières Nations peuvent être en mesure de fournir aux patients des intervenants pivots, des interprètes ou des espaces sacrés autochtones, ou de les mettre en contact avec eux. Les intervenants pivots ou les agents de liaison autochtones peuvent aider les patients et leur famille, les cliniciens et les équipes de soins en ^{767,768}:

- Mettant en relation les patients avec des Aînés et d'autres soutiens culturels;
- Facilitant la communication entre le patient et les équipes de soins;
- Contribuant à l'orientation au sein d'une autorité sanitaire et vers les organisations communautaires, en jouant le rôle de défenseur du patient;
- Assurant la liaison avec les communautés et organisations autochtones;
- Organisant la mise à disposition de traducteurs;
- Guidant les patients dans le système de santé;
- Lorsque les patients sont admissibles, en établissant un lien entre les patients et les services de santé non assurés pour les soins médicaux et autres.

Les cliniciens, les équipes de soins et le personnel devraient d'abord effectuer leur propre apprentissage et, s'il y a lieu, demander l'aide de l'équipe de santé autochtone au sein de leur autorité sanitaire locale lorsqu'ils fournissent des soins aux patients autochtones, le cas échéant. Les fournisseurs de soins primaires n'ont peut-être pas accès à ces ressources et devraient plutôt demander à leurs patients autochtones comment ils peuvent le mieux appuyer l'utilisation des pratiques culturelles par leurs patients pendant qu'ils les soignent. Il peut s'agir de mettre le patient en contact avec des soutiens culturels dans la collectivité, de travailler en partenariat avec l'Aîné ou le guérisseur du patient, ou de fournir un espace où le patient peut s'engager dans des pratiques culturelles. Les cliniciens peuvent aussi choisir d'offrir gratuitement les quatre médecines sacrées qui sont communes à la plupart des Premières Nations au Canada (cèdre, sauge, foin d'odeur et tabac) aux patients autochtones dans leur clinique.

Pour de plus amples renseignements sur les pratiques culturelles autochtones en contexte clinique, les cliniciens peuvent consulter le document [Traitement de la toxicomanie et Terre de guérison – Groupe de travail sur le mieux-être mental](#), [Aboriginal Cultural Practices: A Guide for Physicians and Allied Health Professionals Working at Vancouver Coastal Health](#) de Vancouver Coastal Health, [Supporting and Enabling Indigenous Ceremonial Practices within Healthcare Institutions – Wise Practices Guideline](#) du Toronto Regional Indigenous Cancer Program, les [ressources](#) du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone et la [Directive clinique de consensus à l'intention des professionnels de la santé œuvrant auprès des Inuits, des Métis et des Premières Nations](#) de

la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC).¹⁸³ Les [Centres d'amitié](#) sont situés partout au Canada et offrent des pratiques communautaires et culturelles aux Autochtones. Pour en savoir plus sur la prestation de soins culturellement sécuritaires, voir [Sécurité culturelle pour les Autochtones et humilité culturelle](#).

8.2 Sexe et genre

Le sexe et le genre^{au} sont des déterminants sociaux clés de la santé, et ils influencent les aspects physiologiques et psychosociaux de nombreuses expériences et états de santé, y compris les troubles liés à la consommation de substances⁷⁶⁹. Pourtant, l'influence du sexe et du genre sur l'usage d'alcool et les méfaits qui y sont associés est souvent négligée⁷⁶⁹.

8.2.i Sexe assigné à la naissance et consommation d'alcool

La façon dont l'organisme traite l'alcool peut varier selon le sexe assigné à la naissance. Pourtant, comme les différences fondées sur le sexe n'ont qu'une faible incidence sur le risque de décès au cours de la vie⁸, le Canada a suivi la tendance mondiale à ne pas faire de distinction entre les hommes, les femmes et les personnes intersexuées lorsqu'il a formulé des directives pour la consommation hebdomadaire d'alcool⁸. Cependant, au-delà des faibles niveaux de consommation, le risque de dommages pour la santé au cours de la vie augmente plus fortement chez les personnes dont le sexe assigné à la naissance est le sexe féminin⁸. De plus, certaines études suggèrent que les personnes dont le sexe assigné à la naissance est le sexe féminin sont plus sensibles aux effets de l'alcool, en partie en raison des différences de poids corporel moyen, de la teneur en eau et des concentrations d'enzymes qui décomposent l'alcool⁷⁷⁰. Par conséquent, avec l'augmentation de la consommation d'alcool, le risque de développer divers problèmes liés à l'alcool, notamment des accidents vasculaires cérébraux, du diabète et des maladies

au Le sexe désigne généralement la classification d'une personne en tant qu'homme, femme ou intersexué à la naissance, habituellement en fonction de l'apparence de son anatomie externe, tandis que le genre désigne le sentiment interne et profond de son genre, qui peut ou non correspondre au sexe qui lui a été assigné à la naissance.

hépatiques, augmente plus rapidement chez les personnes dont le sexe assigné à la naissance est le sexe féminin⁷⁷⁰⁻⁷⁷². Les façons dont l'hormonothérapie d'affirmation de genre peut influencer sur le métabolisme de l'alcool ne sont pas bien connues pour le moment.

8.2.ii Socialisation de genre et usage d'alcool

Les comportements et les conséquences liés à la consommation d'alcool sont influencés par la socialisation^{av}, les perceptions culturelles, les normes et les systèmes de pouvoir liés au genre. Par exemple, la recherche comparant les garçons et les filles indique que l'usage de substances (alcool, tabagisme et marijuana) est plus répandu chez les filles que chez les garçons au début de l'adolescence⁷⁷³ et que les filles sont plus susceptibles de consommer de l'alcool et d'autres substances pour gérer les émotions négatives (p. ex. dépression)^{774,775}. Chez les hommes, les perceptions traditionnelles de la masculinité ont également été associées à la motivation à consommer de l'alcool et aux problèmes connexes liés à l'alcool, ainsi qu'aux comportements à risque liés à l'alcool^{776,777}. Un autre problème est que les normes socioculturelles liées aux relations de pouvoir entre les genres peuvent influencer la question de savoir si et comment les gens utilisent des stratégies de réduction des méfaits dans le contexte de la consommation d'alcool, comme limiter le nombre de boissons, passer des boissons alcoolisées à des solutions de rechange non alcoolisées ou avoir un conducteur désigné, probablement en raison d'une pression sociale accrue d'adopter un comportement à risque⁷⁷⁸.

La recherche a également révélé des corrélations entre le genre et l'accès au traitement de la toxicomanie et les résultats associés. Pour les jeunes femmes atteintes de TUA, l'existence d'obstacles au traitement a été reconnue et ils s'accroissent avec les effets concomitants de l'inégalité entre les genres, de la stigmatisation et de la pauvreté.⁷⁷⁹ Les fournisseurs de soins de santé sont moins susceptibles d'aiguiller les femmes que les hommes vers des programmes de

av La socialisation de genre est le processus par lequel la société transmet à la fois des messages implicites et explicites sur la signification du genre dans un contexte sociétal plus large.

traitement de l'alcool ambulatoires ou en milieu hospitalier, même si la recherche montre qu'il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes en ce qui a trait au taux de rétention ou d'achèvement du traitement⁷⁸⁰. De plus, lorsqu'elles demandent des soins, les femmes et les autres personnes qui consomment de l'alcool pendant la grossesse ou en étant parents peuvent faire face à des défis distincts, comme le jugement, la stigmatisation et des approches plus paternalistes ou punitives en matière de soins^{781,782}.

L'incidence des expériences et des préjugés sexospécifiques sur l'usage de l'alcool et les méfaits qui y sont associés, notamment les TUA, souligne l'importance des soins tenant compte du sexe et du genre. Le Centre of Excellence in Women's Health offre plusieurs ressources dans le cadre de son projet [Trauma Gender Substance Use](#) [en anglais seulement], y compris une [liste de ressources sur les approches tenant compte du genre](#) [en anglais seulement] et la trousse d'outils [New Terrain](#) [en anglais seulement] pour appuyer l'intégration de ressources tenant compte du traumatisme et du genre et les approches transformatrices de genre dans la pratique clinique. Les cliniciens et les équipes de soins doivent connaître les services de traitement de la toxicomanie et de soutien propres au genre qui sont offerts aux patients dans leur collectivité, le cas échéant. Les contextes réservés aux femmes ou les services de traitement propres aux femmes peuvent améliorer les résultats pour les femmes souffrant de TUA⁷⁸³.

8.3 Populations 2S/LGBTQ+

Les personnes bispirituelles^{aw}, lesbiennes, gaies, bissexuelles, trans, queer et autres minorités sexuelles et de genre (2S/LGBTQ+) subissent des inégalités en matière de santé et d'accès aux soins de santé découlant des préjugés sociaux, de la discrimination, de la stigmatisation internalisée et du manque de compétences des cliniciens pour fournir des soins inclusifs et affirmatifs, y compris dans le contexte

aw Bispirituel est un terme utilisé par certaines sociétés autochtones de l'Île de la Tortue pour décrire des personnes ayant divers identités de genre, expressions de genre, rôles de genre et orientations sexuelles. Les personnes bispirituelles ont toujours été des membres très respectés et honorés de la communauté pour leur expérience, leurs connaissances et leur pratique équilibrées. Définition empruntée, légèrement adaptée et traduite à partir du « [Queer Terminology from A to Q \(Terminologie queer de A à Q\)](#) » de Qmunity [en anglais seulement].

des soins des toxicomanies^{784,785}. Par exemple, les pratiques cis-hétéronormatives persistantes et souvent stigmatisantes dans le système de santé peuvent contribuer au fait que les personnes trans ne se sentent pas en sécurité ou se sentent en danger dans les milieux de soins de santé et peuvent retarder l'accès aux soins. La recherche indique constamment que les personnes 2S/LGBTQ+ présentent des taux disproportionnellement élevés d'usage de substances⁷⁸⁶⁻⁷⁸⁸, qu'elles ont accès à des soins après avoir développé des problèmes plus complexes liés à la toxicomanie^{782,789} et qu'elles ont des besoins plus importants en matière de soins de santé physique et mentale^{790,791}. Les taux de consommation d'alcool à risque élevé et les méfaits liés à l'alcool sont plus élevés chez les adultes⁷⁹²⁻⁷⁹⁴ et les jeunes^{795,796} qui s'identifient comme 2S/LGBTQ+ que chez les personnes cisgenres hétérosexuelles. Il est important de noter que la prévalence plus élevée de l'usage de substances et des troubles de l'usage de substances dans les communautés 2S/LGBTQ+ est probablement attribuable à la nécessité de composer avec les conséquences de la discrimination et de la stigmatisation systémiques⁷⁹⁷⁻⁷⁹⁹ et non à un risque inhérent plus élevé. Les explications suggérées pour ces inégalités comprennent le stress et la stigmatisation intériorisée liés au fait d'appartenir à un groupe minoritaire, la lutte contre les préjugés sociaux et la discrimination, et les lacunes dans la disponibilité de soins de santé inclusifs pour les personnes 2S/LGBTQ+^{800,801}. Le contexte socioculturel de la consommation d'alcool dans les communautés 2S/LGBTQ+ peut également représenter un facteur explicatif des taux et les tendances d'usage de substances⁸⁰². L'usage d'alcool a toujours fait partie de certaines sous-cultures des personnes 2S/LGBTQ+⁸⁰², et les bars, les clubs et les restaurants autorisés ont toujours été des endroits où certaines personnes 2S/LGBTQ+ se sentent à l'aise de socialiser ensemble sans craindre la stigmatisation de la société en général⁸⁰¹. Il est important que les cliniciens notent que les patients 2S/LGBTQ+ ne devraient pas être traités comme groupe unique, et que les personnes et les communautés présenteront des risques et des habitudes de consommation de substances variables.

Les stratégies de travail avec les personnes 2S/LGBTQ+ dans le contexte des soins liés à l'usage de substances et d'alcool, et en général, comprennent une approche sans jugement, la démonstration active de la sensibilisation et de la sensibilité aux problèmes spécifiques aux personnes 2S/LGBTQ+, le renforcement de la confidentialité et des questions ouvertes sur la sexualité et le genre et éviter les suppositions. De plus, les cliniciens devraient indiquer activement que des services

sont offerts aux patients 2S/LGBTQ+, établir des relations avec des organisations desservant diverses communautés marginalisées et utiliser un langage inclusif dans des formulaires et les documents cliniques, ainsi que pendant les rendez-vous⁸⁰⁰. Bien que le traitement des troubles de l'usage de substances pour les personnes 2S/LGBTQ+ soit semblable au traitement pour d'autres populations, d'autres facteurs doivent être pris en considération, notamment par des questions sur les sentiments du patient au sujet de son identité sexuelle et de genre ainsi que sur les répercussions de la stigmatisation et de la discrimination dans sa vie⁸⁰³, y compris en ce qui a trait à son usage de substances ou d'alcool, et affirmer ces sentiments. Les autres stratégies comprennent le respect du fait que les identités sont fluides et la personnalisation des soins en conséquence; le fait de refléter le langage utilisé par les patients (p. ex. pour se référer à eux-mêmes, à leurs relations et à leur corps); ne pas présumer des niveaux d'activité sexuelle ou des motifs de consommation de substances; et être affirmatif, tout en reconnaissant les façons dont les personnes réussissent à réduire les méfaits dans leur vie. Les personnes 2S/LGBTQ+ peuvent également avoir été victimes de discrimination dans le système de soins de santé et avoir ainsi de la difficulté à établir des relations de confiance avec un fournisseur de soins de santé⁸⁰³. Les prescripteurs doivent s'informer au sujet des ressources et des groupes de soutien locaux pour les personnes 2S/LGBTQ+. Des renseignements et des conseils supplémentaires se trouvent dans la publication de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration [A Provider's Introduction to Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals](#) [en anglais seulement].

Les cliniciens peuvent faire montre de sensibilisation et de sensibilité à l'égard des personnes transgenres en prenant des mesures comme : placer des brochures et des affiches inclusives dans les salles d'attente, poser des questions sur l'identité de genre dans les formulaires d'admission (et éviter de confondre le genre et le sexe^{ax})⁸⁰⁴, être réflexifs et reconnaître leurs préjugés personnels, reconnaître les identités croisées d'une personne (p. ex. race, handicap, genre, sexualité) et

ax Le sexe désigne généralement la classification d'une personne en tant qu'homme, femme ou intersexué à la naissance, habituellement en fonction de l'apparence de son anatomie externe, tandis que le genre désigne le sentiment interne et profond de son genre, qui peut ou non correspondre au sexe qui lui a été assigné à la naissance. Il ne faut pas présumer que le sexe d'une personne correspond à son genre, par exemple, qu'une personne aura des organes génitaux ou une anatomie reproductive spécifiques en fonction de son identité de genre.

la façon dont elles peuvent avoir une incidence sur l'expérience des patients en matière de soins de santé, sans oublier de rendre disponibles des salles de bain non genrées. Les clients transgenres peuvent préférer des services ou des horaires propres aux transgenres, et certains peuvent préférer des services qui excluent les hommes cisgenres en raison des expériences passées de violence et de harcèlement sexuel (voir [Soins sensibles aux traumatismes et à la violence](#)). De plus amples renseignements sur le travail auprès de patients transgenres, bispirituels et de diverses identités de genre peuvent être consultés dans [Gender-affirming Care for Trans, Two-Spirit, and Gender Diverse Patients in BC: A Primary Care Toolkit](#) [en anglais seulement], les [Guidelines for Gender-Affirming Primary Care With Trans and non-binary Patients](#) de Sherbourne Health [en anglais seulement], les ressources pour les jeunes, les adultes et les familles en Alberta de [Skipping Stone](#) [en anglais seulement] et celles de l'Association professionnelle canadienne pour la santé transgenre

8.4 Jeunes

Des lignes directrices abrégées fondées sur des données probantes pour le dépistage, le diagnostic, les interventions de courte durée, la prise en charge du sevrage et la pharmacothérapie pour les TUA chez les jeunes ont été incluses dans ces lignes directrices lorsque les données probantes étaient disponibles. Ces lignes directrices définissent les adolescents comme des personnes âgées de 11 à 17 ans, les jeunes adultes comme des personnes âgées de 18 à 25 ans et les jeunes comme des personnes âgées de 11 à 25 ans (c.-à-d. incluant les catégories d'âge des adolescents et des jeunes adultes). Le terme « jeune » est une catégorie d'âge fluide et les fournisseurs de services dans la collectivité peuvent utiliser des définitions différentes; les cliniciens doivent confirmer qu'un patient se situe dans la fourchette d'âge desservie par un programme particulier avant de faire un aiguillage. De plus, les études de recherche utilisent également différentes définitions et catégories d'âge pour les jeunes; par conséquent, les fourchettes d'âge et les définitions utilisées par les auteurs de l'étude sont présentées dans l'examen des données probantes.

L'absence d'approches adaptées à l'âge et d'options pour le traitement de la toxicomanie a toujours été citée comme un obstacle à la participation des jeunes

au traitement^{806,807}. Un autre facteur qui contribue au faible taux d'engagement est que les jeunes souffrant de TUA peuvent ne pas percevoir un besoin de soutien officiel et estimer pouvoir gérer le problème par eux-mêmes, ne cherchant donc pas à obtenir des services de traitement de l'alcoolisme de leur propre chef⁸⁰⁸.

Les stratégies suivantes peuvent être utilisées par les cliniciens et les équipes de soins primaires pour améliorer la rétention et la mobilisation en matière de soins chez les jeunes^{118,452,809-815} :

- Mettre l'accent sur la confidentialité avec et entre les services.
- Inclure les membres de la famille et d'autres aidants naturels (p. ex. des Aînés, des enseignants, des travailleurs d'approche, des conseillers de confiance, ainsi que des amis et des partenaires amoureux) dans les soins, le cas échéant.
- Favoriser l'établissement de relations thérapeutiques longitudinales.
- Offrir un éventail complet de pharmacothérapie, au besoin, en aiguillant les patients vers des interventions et des soutiens de traitement psychosocial axés sur les jeunes.
- Veiller à ce que les calendriers de traitement soient discutés adéquatement avec les jeunes et à ce que le traitement soit offert sans date de fin prédéterminée.
- Proposer des stratégies de réduction des méfaits.
- Élaborer un plan de traitement transparent, pertinent sur le plan contextuel et adapté aux expériences vécues.
- Inclure le personnel de soutien par les pairs ou l'aiguillage vers des services de soutien par les pairs dans la collectivité.

La détermination de la capacité des jeunes à consentir au traitement est souvent complexe et devrait être abordée avec une grande sensibilité⁸¹⁶. La capacité de consentir pour les jeunes est déterminée dans la plupart des provinces en fonction de leur capacité de bien comprendre le traitement, ses conséquences possibles et les conséquences de l'absence de traitement. Dans deux provinces, le consentement est basé sur l'âge : au Québec, l'âge du consentement est de 14 ans⁸¹⁷, et au Nouveau-Brunswick, l'âge du consentement est de 16 ans, à moins que deux médecins conviennent que la personne est capable de consentir et que l'intervention

médicale en question est dans l'intérêt du patient⁸¹⁸. Le consentement éclairé et la discussion de la justification du traitement devraient être consignés, et les limites de la confidentialité devraient être discutées (par exemple, l'obligation de déclarer). Un patient qui n'a pas atteint l'âge de la majorité et qui est jugé capable de comprendre le traitement et de donner son consentement n'a pas besoin de l'autorisation ou de l'avis des parents. Toutefois, ces lignes directrices recommandent l'implication des membres de la famille dans les processus décisionnels et les soins à tous les niveaux, lorsque les patients et leurs équipes de soins le jugent approprié. Les cliniciens doivent faire tous les efforts possibles pour préserver une relation de confiance et de soutien avec les jeunes patients et favoriser l'autodétermination. Pour de plus amples renseignements sur la détermination de la capacité de donner son consentement chez les personnes n'ayant pas atteint l'âge de la majorité, veuillez consulter les directives de l'Association canadienne de protection médicale⁸¹⁷ et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada⁸¹⁸. Les familles ou les cliniciens qui souhaitent obtenir des conseils sur l'application de l'autorisation judiciaire de soins sont priés de consulter le [Guide médico-légal à l'intention des médecins du Canada de l'Association canadienne de protection médicale](#)⁸¹⁹.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les problèmes de santé mentale des enfants et des jeunes et sur les services offerts aux jeunes patients et à leur famille, consultez le [Kelty Mental Health Centre](#) du BC Children's Hospital [en anglais seulement], la page Web de l'Association canadienne pour la santé mentale sur [la santé mentale des enfants et des adolescents](#) de l'Ontario [en anglais seulement] et [Jeunesse, J'écoute](#) pour les enfants et les jeunes de moins de 20 ans.

8.5 Personnes enceintes

Des lignes directrices abrégées fondées sur des données probantes pour le dépistage, le diagnostic, les interventions de courte durée, la prise en charge du sevrage et la pharmacothérapie pour les TUA chez les patientes enceintes^{ay} ont été incluses dans ces lignes directrices. Pour obtenir des conseils cliniques

ay Bien que la majorité des personnes enceintes s'identifient comme des femmes, ce terme ne reflète pas l'identité et l'expérience de toutes les personnes enceintes. Dans la mesure du possible, un langage non genré a été utilisé dans cette section. Le respect des identités individuelles et l'utilisation de pronoms correspondants ou choisis constituent une composante importante des soins axés sur les patients.

supplémentaires sur la prise en charge de l'usage d'alcool pendant la grossesse et après l'accouchement, les cliniciens peuvent consulter la [Directive clinique no 405 : Dépistage et conseils en matière de consommation d'alcool pendant la grossesse](#), publiée par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et [le supplément de grossesse BCCSU TUA](#).

Il n'existe pas de normes universellement reconnues de consommation sécuritaire d'alcool pendant la grossesse, et la plupart des administrations, y compris le Canada, recommandent de ne pas consommer d'alcool du tout^{41,371}. Cependant, selon les données canadiennes les plus récentes (l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité), 10,5 % des personnes interrogées ont déclaré avoir continué de boire de l'alcool (fréquemment ou occasionnellement) après s'être rendu compte qu'elles étaient enceintes⁸²⁰. Il s'agit probablement d'une sous-estimation de la prévalence réelle de l'usage d'alcool pendant la grossesse, car la peur du jugement et la stigmatisation peuvent mener à une sous-déclaration importante dans cette population^{41,820}. De plus, lorsque les femmes sont à la recherche de soins, celles qui consomment de l'alcool pendant la grossesse ou après la naissance subissent des taux de jugement, de stigmatisation et d'approche punitive beaucoup plus élevés que les hommes dans des circonstances semblables^{781,782}.

Il est important que les cliniciens sachent que les Autochtones et les autres personnes racisées subissent une plus importante discrimination lorsqu'elles sont enceintes et qu'elles consomment de l'alcool, surtout lorsqu'elles sont confrontées à la pauvreté simultanément. Il existe un héritage historique, vivant et permanent au Canada de retrait systémique des enfants autochtones de leurs familles et de leurs communautés, d'abord par le système des pensionnats, puis par la rafle des années 1960. Le système de protection de l'enfance continue de prendre en charge un nombre disproportionné d'enfants autochtones de nos jours⁸²¹, ce qui contribue à engendrer des répercussions négatives énormes sur les mères et les parents autochtones⁸²². Les femmes autochtones déclarent avoir recommencé à consommer des substances ou consommé des substances plus fortes après que leur enfant leur ait été retiré⁸²³. Il est important que les cliniciens connaissent les contextes historiques, sociaux et politiques uniques et intersectionnels entourant la consommation de substances et la grossesse chez les parents autochtones⁸²⁴.

L'alcool est un tératogène connu (c.-à-d. une substance causant des malformations ou des anomalies congénitales chez le fœtus si elle est consommée pendant la

grossesse). L'exposition prénatale à l'alcool est associée à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), un vaste éventail de problèmes qui peuvent comprendre une limitation de la croissance, un retard de développement, des anomalies neurologiques et des problèmes de santé cognitive, comportementale et physique tout au long de la vie^{41,369,371,825}. On estime que l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale touche environ 1 % de la population canadienne. La recherche suggère qu'il existe une relation liée à la dose entre la quantité d'alcool consommée pendant la grossesse et la gravité des effets liés à l'alcool chez l'enfant⁸²⁶, mais le degré et le type d'affaiblissement des facultés varient considérablement d'une personne à l'autre, et avec le moment et les habitudes de consommation d'alcool⁸²⁷. Le traitement des TUA pendant la grossesse est important à la fois pour la personne enceinte et pour le fœtus.

Conformément aux Directives de pratique clinique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada⁴¹, il est recommandé que les cliniciens en soins primaires et les équipes de soins informent les patients et les familles que le choix le plus sûr consiste à ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse. L'éducation, le dépistage et l'évaluation de l'usage d'alcool pendant la grossesse devraient être offerts de façon équilibrée et sans porter de jugement afin de prévenir les conséquences négatives imprévues, comme la perte de soins^{41,827}. La recherche a démontré que la stigmatisation et la peur du jugement constituent un obstacle important à l'accès et au suivi du traitement chez les personnes enceintes qui consomment des substances⁴¹.

Ressources liées à la grossesse et aux TUA :

- Le site Web du [Centre of Excellence for Women's Health](#) offre plusieurs guides [en anglais seulement] pour aider les cliniciens à communiquer avec les patientes enceintes et leurs partenaires au sujet de l'usage d'alcool, de la grossesse et de la prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), avec notamment des renseignements sur l'aiguillage.
- La [Société des obstétriciens et gynécologues du Canada](#) offre également des renseignements sur l'usage d'alcool pendant la grossesse sur son site Web à l'intention des patientes.
- La [conversation sur la prévention](#) est un programme de formation en ligne offert par le Réseau de recherche canadien sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale à l'intention des professionnels des soins de santé et des services sociaux, qui fournit des connaissances et des compétences pour impliquer les patients et les clients dans une conversation sur la consommation d'alcool pendant la grossesse.
- La [Consensus Statement: Eight Tenets for Enacting the Truth and Reconciliation Commission's Call to Action #33](#) [en anglais seulement] fournit des conseils pour la création de programmes communautaires et culturels de prévention des TCAF dans les collectivités autochtones.
- Le [Provincial Blueprint for a Perinatal Substance Use Continuum of Care](#) [en anglais seulement] fournit des conseils sur les soins à donner aux personnes enceintes et aux parents qui consomment des substances.

8.6 Aînés

Ces lignes directrices définissent les « aînés » comme des patients âgés de 65 ans et plus, bien qu'il soit entendu que certains problèmes liés à l'âge peuvent être présents chez certains adultes de moins de 65 ans et devraient être gérés de la même façon. Des lignes directrices abrégées fondées sur des données probantes pour le dépistage, le diagnostic, les interventions de courte durée, la prise en charge du sevrage et la pharmacothérapie pour les TUA chez les aînés ont été incluses dans ces lignes directrices.

Selon des données canadiennes récentes, environ 7,8 % des aînés interrogés répondaient aux critères de consommation excessive d'alcool^{az828} et 0,6 % satisfaisaient aux critères des TUA⁹. Cependant, la sous-déclaration de la consommation de substances peut être plus fréquente chez les aînés que chez les jeunes en raison de la stigmatisation et de la peur du jugement, ainsi que des déficits cognitifs et de mémoire qui peuvent avoir une incidence sur l'exactitude de l'autodéclaration^{829,830}. Par conséquent, les cliniciens devraient aborder le dépistage chez les aînés avec de la patience et de la sensibilité, tout en restant conscients des signes cliniques de problèmes liés à l'alcool.

Les cliniciens doivent savoir que les aînés sont plus sensibles aux effets et aux méfaits de l'alcool que les plus jeunes⁸³¹. En plus de la réduction de la tolérance à l'alcool liée à la réduction de l'activité des enzymes gastriques et hépatiques, les aînés peuvent également présenter de multiples problèmes concomitants qui peuvent être exacerbés par la consommation d'alcool^{831,832}. Cependant, malgré les risques accrus de méfaits liés à l'alcool, la consommation d'alcool au-delà des limites de faible risque et les TUA chez les aînés sont souvent négligés et non reconnus dans la pratique des soins primaires⁸³¹. Comme dans la population en général, le dépistage de la consommation d'alcool devrait toujours être inclus dans les évaluations de routine des soins primaires chez les aînés. La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a publié des limites de consommation d'alcool à faible risque pour les aînés¹⁴⁰.

az Statistique Canada : La consommation excessive d'alcool s'entend des hommes qui ont déclaré avoir pris cinq consommations ou plus, ou des femmes qui ont déclaré avoir pris quatre consommations ou plus, à une occasion, au moins une fois par mois au cours de la dernière année.

Les cliniciens doivent également être conscients des signes potentiels de problèmes liés à l'alcool chez les aînés, y compris l'aggravation des problèmes chroniques (p. ex. hypertension, diabète, ostéoporose), les changements dans l'efficacité des médicaments d'ordonnance, la fréquence accrue de blessures (p. ex. chutes, fractures, brûlures), l'apparition ou l'aggravation de troubles cognitifs ou psychiatriques (p. ex. confusion, anxiété, dépression, insomnie, perte de mémoire), l'augmentation de l'isolement social ou de la détresse, une mauvaise alimentation et une mauvaise hygiène⁸³³.

Des données limitées suggèrent que les résultats du traitement des TUA chez les aînés sont équivalents, et dans certains cas meilleurs, que ceux observés chez les patients plus jeunes⁸³⁴. En raison d'une prévalence plus élevée de problèmes de santé concomitants et d'une sensibilité accrue aux complications graves du sevrage alcoolique, les aînés peuvent bénéficier d'une approche plus intensive et plus structurée des soins, comme l'aiguillage vers la prise en charge du sevrage en milieu hospitalier, les programmes de traitement en milieu hospitalier ou les programmes intensifs ambulatoires⁸³². De plus, comme les patients plus âgés ont tendance à avoir une prévalence plus élevée de problèmes médicaux et à prendre de multiples médicaments pour la prise en charge de maladies chroniques, il faut examiner attentivement l'incidence sur les problèmes concomitants et les interactions médicamenteuses potentielles lors du choix des pharmacothérapies pour les TUA. De plus amples renseignements se trouvent dans les [Lignes directrices sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées](#).

8.7 Utilisation de substances et troubles de santé mentale concomitants

L'utilisation de substances et les troubles de santé mentale concomitants sont courants, souvent en raison des effets neurobiologiques de l'usage de substances (p. ex. la contribution de l'alcool à la dépression) ainsi que des effets sociaux du trouble de l'usage de substances (p. ex. instabilité financière, conflits interpersonnels). Dans d'autres circonstances, un trouble mental sous-jacent peut contribuer à l'usage de substances (p. ex. une personne souffrant d'un trouble de stress post-traumatique qui utilise l'alcool comme mécanisme d'adaptation) ou les troubles concomitants peuvent avoir une cause commune (p. ex. expériences négatives vécues durant l'enfance, traumatisme). Il n'y a pas

suffisamment de données canadiennes, mais aux États-Unis, un échantillon national représentatif d'adultes a déclaré un taux de prévalence estimé à 12 mois d'utilisation de substances et de troubles de santé mentale concomitants de 43,3 %⁶³⁰, et il a été estimé que plus de 50 % des personnes atteintes d'une maladie psychiatrique grave (p. ex. schizophrénie, psychose) présentaient également un trouble concomitant de l'usage de substances⁴⁴⁷. Les personnes souffrant de troubles de santé mentale et de toxicomanie concomitants, notamment de TUA, présentent habituellement des symptômes liés à la toxicomanie, des symptômes psychiatriques et des symptômes de santé physique plus graves, et sont plus à risque de faire face à des défis psychosociaux, y compris le chômage, la pauvreté, l'insécurité alimentaire et en matière de logement, ainsi que d'un manque de soutien social^{628,629}. Comme il est souligné dans les présentes lignes directrices, une prise en charge médicale et psychologique complète qui traite adéquatement des troubles concomitants de santé physique et mentale est essentielle aux soins axés sur le patient. De plus, il faudrait offrir régulièrement des services d'aiguillage vers des soutiens psychosociaux et des services fondés sur les pairs dans la collectivité afin de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et aux iniquités en matière de santé que subit cette population.

8.7.i Usage d'alcool et troubles de santé mentale concomitants

Dans une enquête représentative à l'échelle nationale menée auprès d'adultes aux États-Unis, les troubles de santé mentale concomitants les plus fréquemment signalés chez les personnes atteintes de TUA étaient le trouble de dépression majeure (15,6 %), le trouble de stress post-traumatique (10,8 %), des phobies particulières (10,6 %) et le trouble d'anxiété généralisé (7,1 %)⁶²⁷

Le diagnostic différentiel et le traitement des troubles concomitants peuvent être difficiles en raison du chevauchement important entre les symptômes des troubles de santé mentale et ceux des troubles de l'usage de substances, particulièrement aux premiers stades du traitement des troubles de l'usage de substances. Par exemple, l'anxiété et la dépression non traitées peuvent entraîner le développement de TUA si les personnes consomment de l'alcool pendant une période prolongée pour soulager leurs symptômes^{628,629}. À l'inverse, l'anxiété

et la dépression peuvent aussi être des symptômes de sevrage alcoolique ou des TUA^{628,835}. Par conséquent, l'évaluation des troubles concomitants devrait comprendre la prise en compte des antécédents du patient, notamment des antécédents familiaux de toxicomanie et de troubles de santé mentale, ainsi que de la séquence et du calendrier de l'apparition des symptômes afin de déterminer avec précision les troubles préexistants⁶²⁸⁻⁶³⁰.

Comme décrit dans [Soins continus— Pharmacothérapie](#), les cliniciens doivent tenir compte des avantages et des risques potentiels de la prescription de médicaments pour des troubles concomitants pour chaque patient et sont encouragés à consulter un spécialiste ou à aiguiller le patient vers un spécialiste, s'il y a lieu. Les symptômes de santé mentale devraient être réévalués régulièrement au cours des premières étapes du traitement, car la recherche a démontré que le traitement des TUA peut entraîner une réduction importante de la dépression liée à l'alcool et des symptômes d'anxiété après deux à quatre semaines⁸³⁶⁻⁸³⁸. Des symptômes persistants liés à la santé mentale justifieraient un examen plus poussé et un traitement qui comprend des interventions fondées sur des données probantes pour les TUA et l'état de santé mentale. Les cliniciens doivent également être au courant de toute déficience cognitive et fonctionnelle potentielle liée au diagnostic d'un trouble de santé mentale concomitant et prendre des mesures d'adaptation à cet égard⁶³⁰.

Selon la complexité et l'état de la santé physique, de la santé mentale et des symptômes liés à l'alcool, les patients avec des troubles concomitants de santé mentale et liés à l'alcool peuvent bénéficier d'une approche plus intensive ou plus structurée des soins, comme l'aiguillage vers la prise en charge du sevrage en milieu hospitalier, des programmes de traitement en milieu hospitalier, des programmes intensifs de traitement ambulatoire, des interventions psychosociales, des dépendances ou psychiatriques menées par des spécialistes dans la collectivité^{734,736,738,741,747}. L'intégration de services de soutien par les pairs et de sensibilisation (employés qui ont vécu des troubles concomitants liés à l'alcool et à la santé mentale, des traitements et un rétablissement) dans les cliniques de soins primaires ou l'aiguillage vers de tels services dans la collectivité peut également être bénéfique pour cette population⁸³⁹⁻⁸⁴¹.

8.8 Usage concomitant de substances

Les personnes souffrant de TUA et d'un ou de plusieurs troubles concomitants de l'usage de substances déclarent des niveaux plus élevés de consommation d'alcool (c.-à-d. le nombre de jours de consommation par semaine, la quantité d'alcool consommée par jour de consommation) et dépassent plus souvent les limites de consommation à faible risque que les personnes avec des TUA uniquement⁶⁵⁸.

Les taux de prévalence déclarés des TUA et d'autres troubles de l'usage de substances concomitants varient dans la littérature, selon la source et la population étudiées. Des études représentatives à l'échelle nationale menées aux États-Unis ont révélé qu'entre 15 % et 25 % des personnes souffrant de TUA satisfaisaient également aux critères de diagnostic d'un autre trouble de l'usage de substances (tabac, opioïdes, cocaïne et autres drogues non réglementées) au cours de l'année écoulée⁶⁵⁸⁻⁶⁶⁰. À l'inverse, une étude portant sur 2 000 patients demandant un traitement en soins primaires a révélé que près de 75 % des patients atteints de TUA satisfaisaient également aux critères d'un ou de plusieurs troubles concomitants de l'usage de substances⁸⁴². Bien que les taux de prévalence varient, il est clair que les personnes souffrant de troubles concomitants de l'usage de substances représentent une population importante demandant des soins des TUA.

Toutes les personnes avec une consommation d'alcool à risque élevé ou des TUA doivent faire l'objet d'un dépistage de l'usage concomitant de substances. Dans le cas des personnes pour lesquelles le dépistage est positif, les troubles concomitants de l'usage de substances devraient être traités en même temps, dans la mesure du possible, la gravité de chaque trouble orientant les décisions de traitement. Si un traitement simultané n'est pas possible, la sécurité des patients devrait être prioritaire et un triage devrait être effectué en fonction du trouble de l'usage de substances qui présente le plus grand risque de préjudice immédiat pour cette personne. Des directives concernant les troubles concomitants courants de l'usage de substances sont fournies ci-après.

8.8.i Usage concomitant d'alcool et tabagisme/Trouble de l'usage du tabac

Les personnes souffrant de TUA ou d'autres troubles de l'usage de substances sont plus susceptibles de fumer, de fumer davantage et sont moins susceptibles d'arrêter de fumer que les personnes sans TUA ou autres troubles de l'usage de substances⁸⁴³. Des données américaines représentatives à l'échelle nationale indiquent qu'entre 44 % et 51 % des personnes qui satisfaisaient aux critères des TUA au cours de la dernière année fumaient également^{844,845}.

Le tabagisme en cours est associé à une augmentation de la consommation d'alcool, du nombre de jours par mois de consommation d'alcool, de la gravité des TUA et de la gravité des symptômes de sevrage chez les personnes souffrant de TUA^{846,847}. De plus, les personnes souffrant de TUA et qui fument sont plus susceptibles de subir des conséquences négatives pour leur santé, notamment une déficience cognitive et un risque accru de cirrhose, de pancréatite, de maladie cardiovasculaire et de certains cancers, y compris des cancers de la tête et du cou⁸⁴⁸⁻⁸⁵¹. Enfin, un certain nombre d'études ont indiqué que le maintien du tabagisme est associé à une plus grande probabilité de rechute des TUA, tandis que l'abandon du tabac est associé à de meilleurs résultats pour les personnes qui suivent un traitement pour les TUA⁸⁵²⁻⁸⁵⁵.

Pour les raisons susmentionnées, un traitement concomitant ou postérieur d'abandon du tabac devrait être priorisé pour les personnes souffrant de TUA qui consomment du tabac⁸⁵⁶; toutefois, un engagement à cesser de fumer ne devrait pas être une exigence pour le traitement des TUA. Bien que les programmes de traitement de l'usage de substances ne s'attaquent souvent pas adéquatement à cet aspect^{857,858}, la recherche a révélé qu'entre 44 % et 80 % des personnes qui consomment du tabac et qui cherchent à se faire traiter pour un trouble de l'usage de substances manifestent de l'intérêt pour les interventions d'abandon du tabac et de la motivation à cesser de fumer^{852,859,860}. De plus, l'ajout d'interventions d'abandon au tabac ne semble pas avoir d'effet négatif sur les résultats du traitement de l'usage d'alcool ou d'autres substances chez les personnes atteintes de troubles de l'usage de substances⁸⁵⁶ et, dans certains cas, a été associé à des améliorations. Une étude Cochrane de 2016 (N = 35, n = 5 796) a révélé un lien constant entre les interventions d'abandon du tabac – la pharmacothérapie seule

et la pharmacothérapie combinée au counseling — et l’abstinence du tabac, sans preuve d’effets négatifs sur l’abstinence de la consommation d’alcool et d’autres substances⁸⁶¹. Des recherches sont également en cours pour évaluer plusieurs interventions combinées pour les troubles de l’usage de l’alcool et du tabac en soins primaires^{862,863}.

Les pharmacothérapies de première intention pour l’abandon du tabac — bupropion et varénicline — peuvent être prescrites en toute sécurité en combinaison avec les pharmacothérapies de première intention pour les TUA. Un article-synthèse de 2015 a permis de déterminer que la thérapie combinée à la varénicline et à la naltrexone constitue l’option la plus efficace pour réduire l’usage d’alcool et de tabac chez les personnes qui présentent des troubles concomitants de l’usage de substances⁸⁶⁴.

8.8.i.1 Varénicline

La varénicline est un médicament approuvé par Santé Canada qui est indiqué pour le traitement d’abandon du tabac chez les adultes, en conjonction avec le counseling d’abandon du tabac⁸⁶⁵. Bien que la varénicline ait démontré son efficacité dans la réduction du tabagisme, les études portant sur les effets de la varénicline sur la consommation d’alcool ont donné des résultats mitigés⁸⁶⁶. Les résultats des méta-analyses indiquent que la varénicline peut réduire la consommation d’alcool chez les personnes souffrant de TUA qui fument en même temps des cigarettes; cependant, des effets nuls ont été signalés en ce qui concerne les jours de consommation excessive d’alcool, le nombre de consommations par jour et les jours d’abstinence^{866,867}. Les résultats des ECR indiquent que la varénicline pourrait être plus efficace pour certaines populations, comme les hommes, qui présentaient des nombres beaucoup plus élevés de jours sans consommation d’alcool⁸⁶⁸; les personnes âgées (de 45 ans et plus), qui présentaient beaucoup moins de jours de consommation d’alcool; les personnes ayant consommé régulièrement de l’alcool pendant de plus longues périodes (c.-à-d. plus de 28 ans) et celles dont l’objectif de traitement est de réduire la consommation d’alcool⁸⁶⁹. De plus, les journées de consommation excessive d’alcool, le nombre de consommations par jour et le nombre de consommations par jour de consommation sont beaucoup plus faibles pour les fumeurs, qui consomment également moins de cigarettes⁸⁶⁹. Le counseling, à la fois axé sur la

substance consommée et intégré (c.-à-d. portant sur la consommation de nicotine et d'alcool) peut être bénéfique pour certaines personnes⁸⁷⁰.

Les cliniciens qui prescrivent de la varénicline doivent savoir que certains patients qui consomment de l'alcool en même temps que le médicament signalent des effets d'intoxication accrus, un comportement agressif et une amnésie⁸⁶⁵. Il faut aviser les patients que la consommation simultanée d'alcool et de varénicline peut augmenter le risque d'événements psychiatriques indésirables (p. ex. idées et comportement suicidaires)⁸⁶⁵, bien que la varénicline ne comporte plus d'encadré d'avertissement concernant les événements neuropsychiatriques graves⁸⁷¹.

8.8.ii Troubles concomitants de l'usage de l'alcool et d'opioïdes

La consommation concomitante d'opioïdes et d'alcool est associée à un risque accru de dépression respiratoire, de surdose et de décès^{872,873}. Environ le tiers des personnes à qui on a prescrit un traitement aux agonistes des opioïdes (TAO) pour la prise en charge des troubles de l'usage d'opioïdes (TUO) satisfont également aux critères de consommation d'alcool à risque élevé ou des TUA⁸⁷⁴⁻⁸⁷⁷. Bien que la consommation d'alcool constitue un facteur de risque connu de surdose mortelle chez les personnes à qui on a prescrit des opioïdes⁸⁷⁸⁻⁸⁸⁰, et que les personnes qui consomment de l'alcool à un risque élevé peuvent éprouver des difficultés accrues à respecter le TAO, il existe peu d'orientation sur des stratégies de prise en charge efficaces pour cette population de patients⁸⁸³. Il existe une ligne directrice européenne pour aborder la consommation d'alcool à risque élevé chez les personnes qui consomment des drogues, notamment celles avec des TUO, dans les milieux de soins primaires⁸⁸⁴, et le [Centre de la Colombie-Britannique sur l'usage de substances](#) (BCCSU) a publié un aperçu des options de dépistage et de traitement pour les personnes qui souffrent à la fois de TUA et de TUO.

Les cliniciens devraient dépister l'usage d'alcool ou d'opioïdes chez les patients au moyen de méthodes validées connues et appropriées à leur pratique et qui ne sont pas punitives ou stigmatisantes pour les patients. Un résultat positif obtenu à l'aide de tout outil de dépistage devrait déclencher une évaluation plus poussée afin de confirmer ou d'exclure les TUA ou les TUO en fonction des critères de diagnostic du DSM-5 pour les troubles liés à la consommation de substances.

Dans le cas des personnes qui suivent un TAO et qui satisfont aux critères de consommation d'alcool à risque élevé, mais qui ne profitent pas d'une intervention brève pour les TUA, menée par un médecin ou une infirmière, on a constaté une réduction de la consommation d'alcool dans les ECR^{885,886} et les études non randomisées⁸⁸⁷⁻⁸⁸⁹. L'entrevue motivationnelle peut également être efficace pour réduire la consommation d'alcool à risque élevé chez les patients à qui on prescrit un TAO^{890,891}. Bien que cela ne soit pas propre aux personnes bénéficiant d'un TAO, le manque de recherche de grande qualité dans ce domaine a été noté dans une méta-analyse de 2018 des interventions psychosociales visant à réduire la consommation d'alcool chez les personnes qui consomment des drogues illicites (principalement des opioïdes et des stimulants)⁸⁹². En raison des différences méthodologiques entre les études (7 ECR, n = 825), les auteurs de la revue n'ont pu effectuer qu'un nombre limité d'analyses agrégées et, par conséquent, aucune recommandation claire n'a pu être formulée pour ou contre l'utilisation d'interventions psychosociales pour la consommation d'alcool et d'autres substances à risque élevé⁸⁹².

L'acamprosate constitue le médicament de première intention de choix pour traiter les personnes atteintes de troubles de l'utilisation de l'alcool et des opioïdes. La buprénorphine/naloxone peut être l'option privilégiée pour le traitement aux agonistes des opioïdes dans cette population.

Dans le cas des patients chez lesquels on a diagnostiqué des TUA et des TUO concomitants, la pharmacothérapie pour les TUA devrait être offerte en tenant compte des interactions médicamenteuses avec le TAO, le cas échéant. Plus précisément, la naltrexone est un antagoniste des opioïdes et est contre-indiquée en raison du risque de sevrage brutal chez les patients à qui on prescrit des opioïdes, notamment un TAO, ou qui utilisent des opioïdes non réglementés. Par conséquent, l'acamprosate devrait être considéré comme traitement

de première intention des TUA concomitants pour cette population de patients⁴⁹³. La buprénorphine/naloxone, qui est un agoniste partiel des opioïdes, peut aussi être un médicament de première intention privilégié pour cette population de patients suivant un TAO en raison de son profil d'innocuité supérieur à celui de la méthadone (p. ex. faible risque de dépression respiratoire et de surdose, seul ou en combinaison avec l'alcool)⁸⁹³ et de données préliminaires montrant

que l'administration de buprénorphine à dose élevée (32 mg/jour) a réduit la consommation d'alcool et le manque comparativement à de faibles doses de buprénorphine et à la méthadone chez les personnes atteintes de troubles concomitants de l'usage d'alcool et d'opioïdes⁸⁹⁴. Les agonistes opioïdes complets (p. ex. la méthadone et la morphine orale à libération lente) devraient être prescrits avec prudence et faire l'objet d'un suivi attentif, car leur effet sur les résultats de la consommation d'alcool n'a pas été étudié et il existe un risque de dépression respiratoire et de toxicité lorsqu'ils sont combinés à l'alcool.

Bien que la gabapentine dispose d'une base de données probantes de plus en plus abondante qui appuie son utilisation pour la prise en charge du sevrage et la prévention des rechutes des TUA⁵³⁷, il existe des préoccupations particulières pour les personnes atteintes de TUO. Cela comprend la possibilité que de fortes doses de gabapentine contribuent à la suppression respiratoire, ce qui peut accroître le risque de surdose⁵⁵⁸. Si la gabapentine est co-prescrite avec des agonistes des opioïdes complets, les cliniciens doivent être conscients de ces risques et surveiller les patients de façon appropriée. L'utilisation de topiramate peut être envisagée pour le traitement des TUA chez les patients profitant également de TAO dans les cas où l'acamprosate ne convient pas. Le topiramate n'a pas fait l'objet d'études approfondies dans cette population; cependant, l'efficacité de ce médicament pour la prise en charge des TUA est étayée par un ensemble de données probantes établi^{246,608}, et n'est pas contre-indiqué pour les patients qui utilisent simultanément des dépresseurs du SNC⁶²⁵.

Dans le cas des patients souffrant de TUO et de TUA graves concomitants, l'aiguillage vers des établissements de traitement peut être envisagé jusqu'à stabilisation de l'état du patient afin d'assurer une surveillance et un soutien suffisants (p. ex. pendant la prise en charge du sevrage des TUA ou pour l'initiation du TAO pour les TUO). Les patients peuvent également être mis en contact avec des services de soutien par les pairs et de sensibilisation (comportant des personnes ayant souffert de troubles concomitants de l'usage de substances, suivi des traitements et s'étant rétablies) qui sont basés dans des cliniques de soins primaires ou dans la collectivité.

8.8.iii Troubles concomitants de l'usage de l'alcool et de benzodiazépines

L'usage concomitant d'agonistes des récepteurs des benzodiazépines (benzodiazépines et les hypnotiques de type Z, BZRA) et de l'alcool est associé à un risque accru de dépression respiratoire, de surdose et de décès⁸⁹⁵⁻⁸⁹⁷. Bien qu'il manque des données canadiennes, les données européennes et américaines indiquent que de 19 à 41 % des personnes qui demandent ou reçoivent un traitement pour les TUA déclarent également une utilisation non médicale de BZRA, y compris un trouble de l'usage d'un sédatif, hypnotique ou anxiolytique selon le DSM-5 (ci-après appelé « trouble d'utilisation de sédatif »)⁸⁹⁸⁻⁹⁰¹.

Il manque des lignes directrices cliniques fondées sur des données probantes pour la prise en charge des TUA avec trouble d'utilisation de sédatif concomitant. En l'absence d'une approche claire et dans le contexte des risques et des méfaits connus de la combinaison des BZRA et de l'alcool, il est recommandé que chaque trouble de l'usage de substances soit traité individuellement et simultanément. Dans le cas du trouble d'utilisation de sédatif, fournir aux patients des renseignements fondés sur des données probantes sur les avantages et les risques de la consommation de BZRA, seuls ou en combinaison avec l'alcool, peut améliorer considérablement les chances des patients de réduire ou d'arrêter leur consommation⁹⁰². Une réduction graduelle et progressive de la dose devrait être amorcée pour les personnes qui utilisent des BZRA depuis plus de quatre semaines (sous ordonnance ou non) et celles qui satisfont aux critères d'un trouble d'utilisation de sédatif⁹⁰³. Dans la majorité des cas, une réduction de la dose de BZRA peut être amorcée et surveillée de façon sécuritaire et efficace dans un établissement de soins primaires ambulatoire⁹⁰³. Le [Collège des médecins de famille du Canada](#) offre d'autres conseils sur la réduction des BZRA en soins primaires [en anglais seulement]⁹⁰⁴.

8.9 Personnes en situation d'itinérance

Le logement constitue un déterminant important de la santé qui a été associé à divers problèmes de santé. La recherche indique que les situations comme l'itinérance et les logements inadaptés (p. ex. les logements consistant en une seule chambre) sont associées à une prévalence plus élevée de maladies

chroniques et infectieuses et à une moins bonne santé mentale et physique globale^{905,906}. Les estimations de l'usage de substances chez les personnes en situation d'itinérance varient selon la population et la définition de l'itinérance utilisée, mais il existe des preuves cohérentes que les personnes en situation d'itinérance déclarent des taux disproportionnés de consommation de substances. Une méta-analyse de 2008 portant sur des études internationales de 1979 à 2005 a révélé que 8,5 % à 58,1 % des personnes en situation d'itinérance souffraient de TUA, et que les taux de prévalence étaient plus élevés au cours des dernières décennies⁹⁰⁷. C'est beaucoup plus que le taux de prévalence estimé de 18 % dans la population générale du Canada en 2012, par exemple⁹. De plus, comparativement à la population en général, les personnes en situation d'itinérance souffrent de conséquences liées à l'alcool et de taux de mortalité liés à la toxicomanie plus importantes⁹⁰⁸⁻⁹¹².

Les données actuelles indiquent que l'usage de substances et l'itinérance se renforcent mutuellement, mais les données sont mitigées en ce qui concerne la causalité, notamment le sens et la valeur de la corrélation entre la consommation de substances et l'itinérance⁹¹³. Cependant, l'instabilité du logement qui précède l'usage de substances est liée à une augmentation de l'intensité de l'usage de substances, avec des taux de prévalence jusqu'à huit fois plus élevés que ceux de la population disposant d'un logement approprié^{24,907,914}.

Les personnes qui consomment des substances et qui sont en situation d'itinérance font face à des obstacles importants pour pouvoir obtenir ou conserver un logement, car l'accès aux services de logement est généralement subordonné à une absence de consommation de substance^{913,915,916}. Or, il a été démontré qu'une situation d'itinérance et une pauvreté prolongées aggravent la consommation d'alcool et les méfaits liés à l'alcool, comme l'intoxication alcoolique, une maladie du foie, une mauvaise santé mentale, une marginalisation sociale, des blessures causées par des accidents et des agressions ainsi que des hospitalisations et incarcérations périodiques⁹¹⁵⁻⁹¹⁷. De plus, les conditions instables de logement et un accès imprévisible à l'alcool peuvent induire des schémas de consommation d'alcool risqués et fluctuants qui exposent les personnes à des symptômes de sevrage alcoolique graves et potentiellement mortels (p. ex. crises et delirium tremens, décès) si l'alcool devient inabordable ou inaccessible⁹¹⁸. Les cliniciens doivent être conscients des risques associés à la

consommation d'alcool autre que sous forme de boisson dans cette population. La consommation d'alcool autre que sous forme de boisson correspond à la consommation de produits qui contiennent de l'alcool et ne sont pas prévus pour être ingérés par l'homme (p. ex. bain de bouche, désinfectant pour les mains, alcool à friction, après-rasage, laque capillaire)^{919,920}. Une étude portant sur 150 personnes en situation d'itinérance à Edmonton, en Alberta, a révélé que presque toutes (88 %) ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des six mois précédents, et qu'une personne sur quatre a déclaré avoir consommé de l'alcool autre que sous forme de boisson⁹²¹. La consommation d'alcool autre que sous forme de boisson est un problème de santé publique urgent pour les personnes pauvres en situation d'itinérance atteintes de TUA, car elle est associée à un risque accru de morbidité et de mortalité en raison de la forte teneur en alcool et des additifs nocifs⁹²².

Il peut également exister des obstacles importants à l'accès aux services de soins de santé, notamment un manque de connaissances sur les possibilités de soins, des obstacles structurels, notamment le manque de transport ou de services de garde d'enfants, le fait de ne pas percevoir le besoin de demander de l'aide et les expériences antérieures et prévues de discrimination dans les milieux de soins de santé^{921,923}. Un grand nombre de personnes rapportent de nombreuses expériences d'échec de traitement des TUA basé sur l'abstinence et considère les objectifs d'arrêt ou de réduction de la consommation d'alcool comme irréalistes^{915,924}. Les cliniciens peuvent mieux soutenir les personnes qui se trouvent en situation d'itinérance en collaborant avec les patients et leur famille, s'il y a lieu, afin de déterminer une approche de réduction des méfaits ne comportant que peu d'obstacles, à faible intensité, non-axée sur l'abstinence et centrée sur les patients, dans le but d'améliorer les résultats^{925,926}.

Une équipe multidisciplinaire comprenant des membres spécialisés en travail social, intervention et mesures de soutien psychosociales, soins en toxicomanie et services communautaires peut être particulièrement bénéfique pour les personnes en situation d'itinérance.

Le taux de rétention des personnes en situation d'itinérance dans les services de traitement des troubles de l'usage de substances est faible, malgré le recours plus fréquent aux services de soins de santé — en particulier aux services d'urgence — que pour les personnes disposant d'un logement adéquat⁹²³. Le taux accru d'utilisation

des soins de santé peut constituer une occasion pour les cliniciens de mettre les patients en contact avec des ressources pour répondre à leurs autres besoins en matière de santé, de services sociaux et de survie (p. ex. soins spécialisés, logement, aide alimentaire/financière, emploi), au besoin. La recherche a démontré que l'accès à une approche multidisciplinaire gérée par une équipe spécialisée en médecine des toxicomanies, travail social et psychologie dans une communauté solidaire a entraîné une diminution de la consommation d'alcool et une amélioration des conditions de vie et de travail générales des personnes en situation d'itinérance⁹¹¹.

8.10 Populations rurales et éloignées

En 2021, environ 6,6 millions de Canadiens vivaient dans une région rurale, avec une augmentation de 0,4 % de cette population par rapport à 2016⁹²⁷. Il convient de souligner que 14 % des Autochtones du Canada vivent dans des régions rurales et que 40 % vivent dans des réserves⁷⁵³. Les Canadiens vivant en milieu rural étaient plus susceptibles de déclarer une consommation excessive d'alcool (22,4 %), comparativement à leurs homologues vivant en milieu urbain (18,4 %) ⁹²⁸.

Il existe des obstacles uniques à l'accès aux soins et à leur prestation pour les troubles de l'usage de substances dans les régions rurales et éloignées. L'obstacle le plus souvent signalé aux soins pour l'usage de substances est le manque de services de traitement, suivi de la durée supérieure des temps de trajet⁹²⁹. Les collectivités rurales et éloignées sont moins susceptibles de disposer de cliniques ou de pharmacies sur place, ce qui oblige leurs habitants à se rendre dans d'autres collectivités pour avoir accès à des soins pour les troubles de l'usage de substances, ce qui peut être coûteux et prendre du temps. De plus, les personnes qui vivent dans des collectivités rurales et éloignées sont davantage susceptibles de ne recevoir ni diagnostic ni traitement pour des troubles de l'usage de substances et plus susceptibles de déclarer des besoins non comblés en matière de soins pour l'usage de substances⁹³⁰⁻⁹³². En ce qui concerne les fournisseurs de soins, ceux exerçant dans les régions rurales et éloignées sont également moins susceptibles d'avoir reçu une formation en soins spécialisés en toxicomanie ou en médicaments pour les TUA et, par conséquent, sont moins susceptibles d'offrir à leurs patients des traitements fondés sur des données probantes⁹³². Cependant, les collectivités rurales ne sont pas toutes dans la même situation, et il est essentiel de veiller à ce que les services de soins de santé soient adaptés aux besoins uniques de chaque collectivité.

8.10.i Soins virtuels

Une stratégie visant à atténuer les obstacles à l'engagement et à la rétention dans les soins est l'utilisation de soins virtuels, qui permet aux prescripteurs et aux spécialistes de donner des consultations à distance. Les soins virtuels peuvent être utilisés en conjonction avec les rendez-vous en personne afin de réduire le temps de déplacement des patients et de faciliter les aiguillages sans frais de déplacement. Il a été démontré que l'utilisation des soins virtuels améliore l'accès aux soins et réduit la consommation excessive d'alcool lorsqu'elle est combinée au traitement habituel, en particulier pour les populations rurales.^{933,934} Les soins virtuels peuvent également offrir une flexibilité clinique dans d'autres scénarios comme les urgences locales ou mondiales (voir [Flexibilité clinique en réponse aux événements locaux ou mondiaux et réduction des obstacles](#)). Le traitement virtuel des troubles de l'usage de substances peut contribuer à mobiliser les patients pour leurs soins en améliorant l'accès et la commodité. Il a été démontré pendant la pandémie de COVID-19 que ce type de traitement est au moins aussi efficace que le traitement en personne en ce qui concerne la rétention, l'alliance thérapeutique et la consommation de substances⁹³⁵.

La pauvreté et l'accès à la technologie peuvent constituer des obstacles aux soins virtuels, car ce ne sont pas toutes les personnes qui ont accès à des services téléphoniques ou à Internet. Les obstacles cités à l'utilisation des soins virtuels comprennent le manque d'accès à Internet haute vitesse, qui touche de façon disproportionnée les minorités raciales, les aînés et les personnes peu scolarisées.⁹³⁶ Le jugement clinique et la situation du patient devraient guider le moment et l'opportunité d'éventuels soins virtuels. Voici des exemples de situations dans lesquelles des soins virtuels peuvent être envisagés pour réduire le fardeau des patients :

- Suivi et soins continus
- Soutien aux patients qui sont pris en charge pour le sevrage en ambulatoire
- Évaluation du patient à la suite de la prescription d'une nouvelle pharmacothérapie

En plus de faire preuve de jugement clinique, les prescripteurs doivent respecter les normes de pratique pertinentes de leur lieu d'exercice en ce qui concerne les soins virtuels. Avant de fournir des soins virtuels, le consentement du patient doit être obtenu et consigné, et le clinicien doit décrire les limites des soins virtuels (p. ex. examen physique limité, limites du son et de l'image, risque de brèche de la sécurité).

9 Programmes de gestion de l'alcool

Les programmes de gestion de l'alcool (PGA) constituent une intervention de réduction des méfaits qui vise à réduire au minimum les effets indésirables personnels et sociétaux des TUA graves, particulièrement chez les personnes qui peuvent être en situation d'itinérance ou qui sont mal logées^{307,308}. La gestion de l'alcool consiste habituellement à administrer des doses personnalisées d'alcool aux clients à intervalles réguliers afin de réguler leur consommation, de réduire au minimum le risque de développer des symptômes graves de sevrage alcoolique à cause d'un manque d'accès à l'alcool et de réduire ou d'éliminer la nécessité de consommer de l'alcool non destiné à la consommation (p. ex. désinfectant pour les mains, rince-bouche, alcool à friction, laque)³⁰⁷.

Au Canada, les PGA sont offerts dans des hôpitaux ou des organismes communautaires. Dans la collectivité, les PGA sont souvent jumelés à des programmes de logement, ou offerts dans le cadre de ces programmes, afin d'offrir une solution de rechange sécuritaire et inclusive au logement obligeant à l'abstinence pour les personnes souffrant de TUA graves³⁰⁸. Cette approche à faible seuil^{ba} permet aux clients d'avoir accès à d'autres services de santé et sociaux qui peuvent être offerts dans le cadre du programme³⁰⁷. Dans le cadre des soins actifs, des PGA ont également été mis en œuvre pour soutenir les patients atteints de TUA graves pour lesquels la prise en charge du sevrage ou une abstinence brève pendant leur séjour à l'hôpital n'est pas réalisable⁹³⁷. Pour obtenir une liste des services de PGA au Canada, consulter le document du Canadian Institute for Substance Use Research intitulé [Overview of MAP Sites in Canada](#) [en anglais seulement].

Plusieurs études contrôlées concernant des PGA communautaires ont relevé des preuves d'un avantage significatif pour un certain nombre de résultats

ba Le présent document définit les programmes à faible seuil comme ceux qui comportent un ou plusieurs des éléments suivants : couverture universelle des coûts, prescription (le cas échéant) et distribution communautaire, accès rapide, aucune dose maximale ou durée de traitement spécifiée, et aucune exigence stricte de s'abstenir de consommer de l'alcool.

d'intérêt essentiels, dont la réduction des méfaits liés à l'alcool, la réduction de la consommation d'alcool autre que sous forme de boisson, l'amélioration de la qualité de vie et de la sécurité, l'amélioration de la stabilité du logement et la réduction du fardeau sur les systèmes de santé et de justice pénale⁹³⁸⁻⁹⁴³. Par exemple, une étude d'observation de 2018 a comparé la consommation d'alcool des participants (n = 175) de six PGA en milieu hospitalier au Canada (deux à Ottawa et un à Vancouver, Thunder Bay, Toronto et Hamilton) avec un groupe témoin apparié selon l'âge, le sexe et l'origine ethnique (n = 189)⁹⁴⁴. Les résultats ont montré que les participants ayant bénéficié d'un PGA depuis plus de deux mois consommaient beaucoup moins de verres standard par jour (15,1 verres, IC à 95 % 13,34 à 17,09; p < 0,001) que les nouveaux participants au PGA (20,2 consommations, IC à 95 % : 17,48 à 23,36) et le groupe de contrôle (RR = 22,2; IC à 95 % : 20,36 à 24,25), avec une différence significative de consommations par jour entre les clients plus anciens et les nouveaux clients du PGA (p < 0,01)⁹⁴⁴. Les résidents participant à un PGA à long terme étaient également considérablement moins susceptibles d'indiquer toute une gamme de méfaits liés à l'alcool (p. ex. problèmes de santé physique, participation à des activités illégales, problèmes sociaux) durant les 30 derniers jours que les participants à un PGA qui venaient de commencer et les membres du groupe témoin⁹⁴⁴.

L'effet à long terme (12 mois) des PGA sur les tendances de la consommation d'alcool et les méfaits connexes pour la santé a été examiné par un groupe d'étude longitudinale quasi expérimentale multi-site portant sur 59 participants au PGA comparativement à 116 patients-témoins locaux qui ne recevaient pas de traitement pour leurs TUA et qui satisfaisaient aux critères d'admissibilité au PGA.⁹⁴⁵ Tandis que les deux groupes affichaient des réductions similaires en ce qui concerne la consommation totale de boissons alcoolisées et d'alcool autre que sous forme de boisson, les participants à un PGA consommaient leur alcool selon un schéma plus uniforme et modéré, avec une consommation d'alcool totale qui s'étalait sur une période plus longue (25,41 au lieu de 19,64 jours par mois). Les participants à un programme de gestion de l'alcool ont également déclaré beaucoup moins de méfaits que les membres du groupe témoin au cours des examens de suivi à deux et six mois. Tout en confirmant les constatations des études sur les PGA précédentes résumées ci-dessus, cet article fournit les données probantes les plus solides à ce jour montrant que la participation à un PGA peut favoriser un mode de consommation de l'alcool plus sûr et stable par

rapport au groupe témoin, sans répercussion négative sur la fonction hépatique ni autre méfait sur la santé lié à l'alcool⁹⁴⁵.

De plus, les résultats de la recherche qualitative sur les PGA communautaires à ce jour suggèrent qu'en plus d'atténuer les risques liés à l'alcool et de faciliter l'accès aux soins de santé de base et à la nutrition, les PGA offrent aux clients un espace sûr et stable où ils peuvent rétablir leurs liens sociaux et culturels et commencer à guérir.^{915,919}

Il existe relativement peu d'éléments de preuve appuyant la fourniture d'alcool aux patients hospitalisés afin d'éviter et de gérer des symptômes graves de sevrage alcoolique. Une revue de 2018 de 28 articles (n = 688 participants), dont 5 essais contrôlés randomisés et 1 essai non randomisé, a constaté que la fourniture d'alcool était sécuritaire et tout aussi efficace que les protocoles de gestion du sevrage standard (p. ex. traitement avec des benzodiazépines) pour éviter ou traiter les symptômes de sevrage alcoolique chez les patients hospitalisés atteints de TUA graves.⁹³⁷

Bien que formuler des recommandations explicites sur l'utilisation des PGA comme stratégie de réduction des méfaits dépasse la portée des présentes lignes directrices, le comité tient à reconnaître la masse croissante de données probantes appuyant cette approche pour les personnes souffrant de TUA graves et reconnaît les PGA comme faisant partie du continuum de soins des TUA. D'autres renseignements et suggestions pour appuyer la mise en œuvre des PGA dans les milieux de soins communautaires et cliniques dans le cadre d'une stratégie globale visant à réduire les préjudices importants subis par les personnes atteintes de TUA graves sont disponibles dans [le Guide opérationnel canadien des PGA](#).

10 Résumé

Malgré le fardeau important de la maladie, des préjudices sociaux et des coûts économiques associés à l'alcool au Canada, la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA ne sont souvent pas reconnus et traités dans le système de soins de santé. Des publications récentes ont mis en évidence le rôle crucial que jouent les fournisseurs de soins primaires pour répondre aux besoins en soins de santé des personnes atteintes de TUA⁷². Les présentes lignes directrices contiennent des recommandations cliniques fondées sur des données probantes pour l'identification, l'intervention, la prise en charge et les soins continus des personnes avec une consommation d'alcool à risque élevé et des TUA.

Ces lignes directrices soulignent l'importance d'informer les patients au sujet des *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* et d'effectuer un dépistage systématique de la consommation d'alcool au-delà des limites de faible risque. La recherche montre que des procédures de dépistage simples et validées peuvent être intégrées aux routines de soins primaires pour identifier de façon fiable la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA, tandis que le fait de se fier actuellement uniquement à l'identification des cas fait souvent manquer des occasions de détecter rapidement les personnes à risque²⁸. Dans de nombreux cas, les symptômes d'une consommation excessive d'alcool peuvent être mal diagnostiqués (p. ex. sevrage alcoolique léger diagnostiqué comme de l'anxiété) et traités au moyen d'interventions coûteuses et inefficaces. De plus, l'identification de la consommation d'alcool à risque élevé permet aux cliniciens d'intervenir à un point où la prévention secondaire des TUA est possible grâce à des interventions de courte durée^{144,145,246}. Par conséquent, les présentes lignes directrices recommandent le dépistage systématique de la consommation d'alcool chez tous les patients adultes et jeunes, suivi d'une intervention brève pour les patients qui obtiennent un résultat positif au dépistage de la consommation d'alcool à risque élevé. Ces patients devraient passer une entrevue de diagnostic pour le TUA en utilisant les critères du DSM-5 et une évaluation plus poussée devrait être menée pour éclairer un plan de traitement, le cas échéant.

Jusqu'à 50 % des personnes souffrant de TUA à long terme éprouveront des symptômes de sevrage alcoolique si elles cessent de boire ou si elles réduisent rapidement leur consommation d'alcool²⁶⁷⁻²⁶⁹. La recherche a démontré qu'une

prise en charge clinique appropriée des symptômes de sevrage peut prévenir l'apparition de syndromes de sevrage alcoolique graves, notamment des crises et des delirium tremens, ainsi que des rechutes précoces^{260,261}. Afin de faciliter la planification de la prise en charge du sevrage fondée sur le risque, les présentes lignes directrices recommandent d'utiliser l'échelle de prévision de la gravité du sevrage alcoolique (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale, PAWSS), un outil administré par des cliniciens et fondé sur des scores pour évaluer le risque de sevrage grave ainsi que des paramètres cliniques comme les crises ou les delirium tremens antérieurs.

Ces lignes directrices recommandent la prise en charge du sevrage en ambulatoire chez les patients qui présentent un faible risque de sevrage grave (p. ex. PAWSS < 4) sans autre trouble comorbide qui constituerait une contre-indication de la prise en charge en ambulatoire^{297,298,300}. Pour la prise en charge des patients à risque de sevrage léger à modéré qui bénéficieraient d'une pharmacothérapie pour gérer leurs symptômes de sevrage, ces lignes directrices recommandent d'offrir des médicaments non benzodiazépines, comme la carbamazépine, la gabapentine et la clonidine^{335,338-341}. Les patients à risque élevé de développer un sevrage grave (p. ex. PAWSS ≥ 4) doivent être aiguillés vers un établissement hospitalier où le sevrage de l'alcool peut être supervisé médicalement et surveillé étroitement. Les benzodiazépines demeurent l'option privilégiée pour le traitement des patients à risque de sevrage alcoolique grave, car seules les benzodiazépines ont démontré leur efficacité pour prévenir les crises et le delirium tremens³¹⁹⁻³²¹. Idéalement, les benzodiazépines devraient être prescrites en milieu hospitalier, où les patients peuvent être observés de près, mais elles peuvent être offertes à des patients en ambulatoire sous étroite surveillance, en raison des préoccupations liées à l'innocuité des benzodiazépines²⁵⁸. Ces lignes directrices recommandent fortement que tous les patients dont le sevrage est pris en charge se voient proposer des soins, un traitement et un soutien continu pour les TUA. La prise en charge du sevrage à elle seule ne constitue pas un traitement pour les TUA, comme le démontrent les taux élevés de rechute après le sevrage signalés dans la littérature³⁸¹⁻³⁸⁷.

Les patients chez qui on a diagnostiqué des TUA devraient se voir offrir une gamme complète d'interventions psychosociales et pharmacologiques fondées sur des données probantes. Le traitement et le soutien devraient être personnalisés et adaptés en fonction de la gravité des TUA, des troubles concomitants, de la

situation psychosociale, ainsi que de l'évolution des préférences et des besoins des patients. Ce document passe en revue les données probantes sur l'innocuité et l'efficacité d'un éventail d'interventions psychosociales et pharmacologiques qui peuvent être offertes dans le cadre d'une stratégie de soins continus dans la prise en charge clinique des TUA. Les présentes lignes directrices recommandent que tous les patients atteints de TUA reçoivent de l'information sur les interventions de traitement psychosocial menées par des spécialistes (p. ex. thérapie cognitivo-comportementale, thérapie familiale), le cas échéant, ainsi que sur les groupes de soutien par les pairs et d'autres groupes de rétablissement dans la collectivité, et qu'ils soient aiguillés vers ces services. Les données probantes indiquent que les traitements psychosociaux peuvent avoir un effet modeste, mais significatif, sur la probabilité de rechute et de retour à la consommation excessive d'alcool chez les jeunes et les adultes^{406,407,450-453,460}. Le comité reconnaît la valeur du soutien par les pairs, de l'orientation et du mentorat pour les patients et les familles qui doivent composer avec les changements au cours du processus de rétablissement et de mieux-être et recommande que les cliniciens fournissent à tous les patients et à toutes les familles touchés par les TUA de l'information sur les groupes de soutien par les pairs locaux (p. ex. Alcooliques anonymes, SMART Recovery, Lifering Secular Recovery) et les aiguillent vers ces groupes^{703,704,732}.

Il a été démontré que les pharmacothérapies fondées sur des données probantes jouent un rôle important dans l'atteinte des objectifs de traitement chez les patients souffrant de TUA modérés à graves, mais elles sont sous-utilisées dans l'exercice des soins primaires. Dans le cadre d'un plan complet de traitement et de soutien à long terme, la pharmacothérapie fondée sur des données probantes peut contribuer à prévenir un retour à la consommation d'alcool chez les patients dont l'objectif est l'abstinence, et à réduire les épisodes de consommation excessive d'alcool et la consommation globale d'alcool chez les patients qui souhaitent réduire leur consommation d'alcool²⁶¹. Il existe une base de données probantes bien établie qui appuie l'offre de naltrexone ou d'acamprosate comme médicament pharmacothérapeutique de première intention à tous les patients souffrant de TUA modérés à graves^{31,261,487,493,946,947}. Plus précisément, la naltrexone est recommandée pour les patients qui ont un objectif thérapeutique d'abstinence ou de réduction de la consommation d'alcool, et l'acamprosate est recommandé pour les patients qui ont un objectif thérapeutique d'abstinence^{261,479,516}. Pour les patients pour lesquels les médicaments de première intention ne sont pas

appropriés ou préférables, ces lignes directrices recommandent la gabapentine ou le topiramate, dont l'utilisation est appuyée par un nombre croissant de données probantes^{523,537,604}. Ces lignes directrices recommandent également de ne pas prescrire d'antidépresseurs de type ISRS ou d'antipsychotiques pour le traitement des TUA ni d'antidépresseurs de type ISRS pour les patients souffrant de TUA et d'un trouble anxieux ou dépressif concomitant, étant donné que ces interventions n'ont pas démontré d'efficacité en ce qui concerne les résultats liés à l'alcool ou les symptômes de l'humeur. De plus, les cliniciens ne devraient pas prescrire de benzodiazépines comme traitement à long terme des TUA en dehors du contexte de la prise en charge du sevrage aigu.

Bien que ces lignes directrices aient présenté des recommandations fondées sur des données probantes précises pour le dépistage, le diagnostic, le traitement et les soins optimaux des personnes souffrant de TUA, le comité reconnaît la nécessité de poursuivre le travail pour élaborer un système intégré et complet de soins de la toxicomanie dans chaque région du Canada, y compris un solide continuum d'options de soins fondées sur des données probantes qui sont disponibles et accessibles à tous les patients et à toutes les familles d'un océan à l'autre du Canada. De plus, le comité reconnaît la nécessité d'améliorer la collaboration entre les différents secteurs et dans l'ensemble du continuum des soins afin de mieux appuyer les patients et les familles dans le processus de traitement et de rétablissement. Le présent document vise à servir de base à l'élaboration de politiques, d'outils de pratique et de ressources pédagogiques qui permettront aux cliniciens de soins primaires de jouer un rôle central dans ce nouveau système de soins.

Préface

Les annexes suivantes sont fournies à l'appui de la pratique clinique et ont été élaborées au moyen d'une méthodologie différente que celle utilisée pour les lignes directrices. À cet égard, les lignes directrices ont été adaptées à partir des annexes contenues dans les lignes directrices provinciales de la C.-B. sur les TUA, qui ont été tirées des discussions et du consensus d'un groupe de travail interdisciplinaire convoqué en plus du comité des lignes directrices. Le comité des lignes directrices canadiennes sur les troubles de l'usage de l'alcool a fourni d'autres commentaires fondés sur son expertise de ces annexes. Le présent guide de pratique a été éclairé par un examen des lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes nationales et internationales publiées par des organismes et des autorités reconnus en médecine de la toxicomanie. Le cas échéant, les monographies de médicaments approuvées par Santé Canada ont été consultées pour assurer la conformité aux règlements et aux normes de pratique provinciaux et nationaux en matière de sécurité.

Annexe 1 : Méthodes

A1.1 Financement

Les activités d'élaboration de lignes directrices ont été appuyées par une subvention du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada. L'Initiative canadienne de recherche en abus de substances a appuyé les coprésidents des lignes directrices (M. Wood et M. Rehm) et le Centre de Colombie-Britannique sur l'usage de substances a fourni un soutien en nature. Ces lignes directrices ont été élaborées sans le soutien de l'industrie pharmaceutique ou des intervenants associés.

A1.2 Composition du comité

Un comité interdisciplinaire composé de 36 personnes a été constitué en décembre 2020, comprenant des représentants de partout au Canada, avec une expertise couvrant la médecine des toxicomanies, la psychiatrie, la médecine familiale, le travail social, les soins infirmiers, la pharmacie, les systèmes de soins axés sur le rétablissement, l'administration et les politiques en matière de soins de santé, ainsi que des personnes et des membres de famille ayant vécu ou vivant une expérience d'usage d'alcool. Notamment, plusieurs membres du comité ayant une expérience vécue avaient perdu le contact avec le comité pendant le projet et ne pouvaient être joints aux dernières étapes de l'approbation. Leurs contributions significatives sont incluses dans ce travail.

A1.2.i Politique sur les conflits d'intérêts

Conformément aux Principes de divulgation des intérêts et de gestion des conflits du Guidelines International Network⁹⁴⁸, les membres du comité étaient tenus de déclarer toutes les sources et tous les montants de rémunération directe et indirecte reçue au cours des cinq dernières années par l'industrie et les entreprises à but lucratif, et d'autres entités (c.-à-d. les conflits financiers directs) qui pourraient présenter un risque réel, potentiel ou perçu de partialité. De plus,

on a demandé aux membres du comité de signaler les conflits d'intérêts indirects possibles, comme l'avancement universitaire, les revenus cliniques/professionnels et la réputation publique, qui pourraient influencer l'interprétation des données probantes et la formulation des stratégies contenues dans les présentes lignes directrices. Les déclarations ont été recueillies auprès de tous les membres du comité en 2020 et en 2023.

A1.2.i Résumé des conflits d'intérêts

Au cours des cinq dernières années, aucun membre du comité n'a déclaré de soutien monétaire ou non monétaire direct issu de l'industrie. Un membre du comité a révélé un conflit d'intérêts direct possible impliquant un emploi actuel dans un établissement de traitement de la toxicomanie à la fois privé et public. Aucun membre du comité n'a déclaré de conflits financiers directs sous la forme d'une consultation rémunérée ou d'une participation à un conseil consultatif, ou d'honoraires payés pour des conférences ou de la formation. Un membre du comité a déclaré avoir reçu un soutien financier de D&A Pharma pour les activités d'examen (c.-à-d. des conseils de surveillance des données, des comités d'analyse statistique et des comités d'évaluation finale pour la technologie ou l'intervention pertinente [n = 1; valeur totale de 3 075 euros; année 2016]).

En ce qui concerne les sources indirectes d'intérêt ou de partialité, dans l'ensemble, 16 des 36 personnes ont déclaré des intérêts particuliers relativement au contenu du présent document. Ils portaient sur l'expertise ou la pratique clinique (p. ex. clinicien en médecine des toxicomanies, personnel clinique, expert universitaire en toxicomanie), la participation à un comité ou à un conseil consultatif, les témoignages d'experts, les déclarations publiques ou les activités de recherche passées ou actuelles sur les interventions ou les approches de traitement examinées dans le présent document. Aucune des activités de recherche n'était liée à des études primaires sur l'efficacité du traitement des TUA et aucune n'était financée par l'industrie. Aucun membre du comité n'a signalé que ses revenus cliniques pourraient être influencés par les directives contenues dans le présent document.

Après examen, aucun des conflits d'intérêts ou des préjugés directs ou indirects potentiels déclaré n'a été jugé suffisamment pertinent ou pondéré pour justifier

l'exclusion du membre concerné du comité. Afin d'atténuer tout risque réel, potentiel ou perçu de partialité, le membre du comité qui a divulgué un conflit d'intérêts potentiel direct lié à un emploi dans un établissement de traitement de la toxicomanie n'a pas été autorisé à voter sur toute recommandation relative au soutien communautaire et au rétablissement.

A1.3 Processus d'élaboration des lignes directrices

Conformément aux pratiques exemplaires en matière d'élaboration de lignes directrices, l'instrument AGREE-II⁹⁴⁹ a été utilisé tout au long des phases d'élaboration et de révision pour s'assurer que les lignes directrices respectaient les normes internationales en matière de transparence, de qualité élevée et de rigueur méthodologique. L'élaboration des lignes directrices a suivi le processus ADAPTE, une approche structurée pour adapter des lignes directrices existantes à un nouveau contexte⁹⁵⁰. Dans le cadre de ces travaux, les Lignes directrices provinciales pour la gestion clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et des troubles de l'usage d'alcool⁹⁵¹ de la Colombie-Britannique ont été adaptées pour un public pancanadien.

Entre décembre 2020 et décembre 2022, le comité des lignes directrices s'est réuni par courriel et dans le cadre de réunions virtuelles. Lors de la première réunion du comité, l'aperçu, la portée et les sujets des lignes directrices ont été approuvés provisoirement par consensus du comité.

Trois groupes de travail ont été mis sur pied et se sont vu attribuer des sections principales des lignes directrices : (1) dépistage, diagnostic et intervention de courte durée, (2) prise en charge du sevrage et (3) soins continus. Entre décembre 2020 et décembre 2022, chaque groupe de travail s'est réuni par courriel et par vidéoconférence pour discuter du contenu et des recommandations des lignes directrices provisoires et les approuver. Au cours de ce processus, les groupes de travail ont reçu de courtes synthèses de données probantes pour chaque question clinique, puis un projet de texte pour chaque chapitre. Les groupes de travail ont examiné les documents et formulé des commentaires, qui ont été intégrés à la version suivante. Le cycle d'examen et de révision s'est déroulé à plusieurs reprises, jusqu'à ce que les groupes de travail parviennent à un consensus sur le texte et les recommandations.

A1.3.i Élaboration et approbation des recommandations

Chaque groupe de travail a déterminé par consensus si les recommandations rédigées dans sa section devraient être acceptées sans modification, adaptées ou retirées. La majorité des recommandations ont été formulées à l'origine pour les Lignes directrices provinciales de la Colombie-Britannique. Les groupes de travail ont utilisé l'outil GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) pour coter toutes les recommandations¹.

A1.3.i.1 Qualité des données probantes selon l'outil GRADE

Les estimations initiales de la qualité sont fondées sur une hiérarchie traditionnelle de données probantes, où les méta-analyses des essais cliniques randomisés reçoivent le score le plus élevé, suivies des essais cliniques individuels, des essais quasi randomisés ou non randomisés, des études et des rapports d'observation, et enfin de l'opinion d'experts, qui obtient la note la plus basse. Les facteurs qui ont réduit la confiance dans l'effet estimé d'une intervention comprenaient le risque de biais, l'incohérence entre les ECR, le caractère indirect et le biais de publication; les facteurs qui ont accru la confiance comprennent l'ampleur de l'effet et un effet dose-réponse observé. Les scores de qualité finaux reflètent l'effet estimé d'une intervention tel que rapporté dans la littérature, en tenant compte des biais et des limites de la base de données probantes cernés par le comité.

Tableau 3. Qualité des données probantes selon l'outil GRADE

Qualité des données probantes	Définition
Haute	Il est très peu probable que d'autres recherches modifient notre confiance dans l'estimation de l'effet.
Moyenne	D'autres recherches auront probablement une incidence importante sur notre confiance dans l'estimation de l'effet et pourraient modifier l'estimation.
Faible	D'autres recherches auront très probablement une incidence importante sur notre confiance dans l'estimation de l'effet et pourront modifier l'estimation.
Très faible	Toute estimation de l'effet est très incertaine

A1.3.i.2 Force de la recommandation selon l'outil GRADE

Pour déterminer la force des recommandations, le système GRADE tient compte de la qualité des données probantes ainsi que d'autres facteurs, comme les valeurs et les préférences des cliniciens, des patients et des décideurs, les coûts et la rentabilité, les ratios risques-avantages et la faisabilité⁹⁵².

Tableau 4. Force de la recommandation selon l'outil GRADE

Force de la recommandation	Définition
Forte	Sous-entend que tous les patients dans la situation donnée souhaiteraient adopter le plan d'action recommandé et que seule une petite proportion de patients ne le voudraient pas
Conditionnelle	Sous-entend que la plupart des patients dans la situation donnée souhaiteraient adopter le plan d'action recommandé, mais que beaucoup ne le voudraient pas

Après avoir obtenu l'approbation des groupes de travail respectifs, l'ébauche intégrale des lignes directrices et les recommandations cotées ont été compilées et distribuées à l'ensemble du comité. Le comité a alors disposé de trois semaines pour présenter des commentaires écrits sur l'ébauche des lignes directrices. Une réunion du comité a eu lieu en décembre 2022 pour examiner les commentaires et en discuter. Des commentaires ont été recueillis et intégrés à une version révisée pour examen externe.

A1.3.ii Examen externe

L'ébauche des lignes directrices a été distribuée pour examen et commentaires à 13 experts et intervenants pertinents du Canada et d'autres pays désignés par le comité. L'expertise comprenait la médecine des toxicomanies, la psychiatrie, la psychologie, la médecine fondée sur les données probantes et la santé des Autochtones. Tous les examinateurs externes ont rempli les formulaires de déclaration des conflits d'intérêts avant leur examen en janvier 2023. Les commentaires des examinateurs externes ont été vérifiés par les coprésidents et intégrés aux lignes directrices.

Le texte révisé a été distribué au comité des lignes directrices. Sur les 36 membres, 35 ont approuvé la version finale des lignes directrices en mai 2023.

A1.3.iii Calendrier de mise à jour

Les lignes directrices seront examinées régulièrement afin de déterminer si elles restent pertinentes et si des mises à jour sont nécessaires.

A1.4 Stratégie de recherche documentaire

A1.4.i Aperçu général

Les lignes directrices nationales ont élargi la recherche documentaire systématique menée pour les [Lignes directrices provinciales pour la gestion clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et des troubles de l'usage d'alcool](#), élaborées en Colombie-Britannique par le Centre de la Colombie-Britannique sur l'usage de substances, le ministère de la Santé et le ministère de la Santé mentale et des Dépendances et publiées en décembre 2019. Pour les lignes directrices provinciales de la Colombie-Britannique, une recherche documentaire systématique a été effectuée en 2018.

Pour ces lignes directrices nationales, un spécialiste de l'information a effectué des recherches documentaires en utilisant une stratégie de recherche évaluée par les pairs pour les bases de données suivantes : Medline, Embase, Cochrane Database of Systematic Reviews et Cochrane Central Register of Controlled Trials via Ovid; et CINAHL et PsycINFO via EbscoHost. Lorsque les sujets sont bien indexés, les rubriques ont été utilisées pour accroître la pertinence et la précision des résultats de recherche ainsi que pour assurer que le nombre d'éléments récupérés soit gérable; lorsque les sujets sont moins bien indexés, ou qu'on ne leur a pas encore attribué de rubriques, des mots clés ont été ajoutés pour accroître la concordance. Les rubriques utilisées dépendaient de la base de données, mais étaient analogues aux rubriques médicales (MeSH) utilisées dans Medline. Les champs de recherche ont été élargis pour inclure les mots clés attribués par l'auteur, une approche qui n'a pas été utilisée dans la recherche documentaire initiale de 2018. Les limites de date de recherche variaient selon le sujet; pour les sujets ayant fait l'objet d'une revue systématique ou d'une méta-analyse de grande qualité, la recherche a commencé au cours de l'année de publication pour la revue la plus récente. Les études ont été exclues si elles ne satisfaisaient pas aux critères d'inclusion établis a priori ou si elles étaient déjà incluses dans des revues

systematiques et des méta-analyses de grande qualité. Aucune recherche n'a été effectuée dans les travaux non publiés. Des renseignements supplémentaires sur les stratégies de recherche et une liste complète des termes de recherche se trouvent à l'adresse : <https://www.bccsu.ca/alcohol-use-disorder/canadian>. À la suite de la recherche documentaire, des articles supplémentaires ont été trouvés grâce à des recherches ciblées et à des listes de références dans les articles sélectionnés.

Deux rédacteurs médicaux ont effectué une présélection indépendante et choisi les études admissibles. La discordance entre les examinateurs au sujet de l'inclusion ou de l'exclusion d'études individuelles a été résolue par la discussion, sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'arbitrage. Les schémas [Diagramme PRISMA](#) sont présentés ci-après. Un examinateur a utilisé des outils d'évaluation validés (p. ex. AMSTAR-2, Cochrane Risk of Bias Tool, Downs and Black checklist) pour évaluer la qualité des études.

A1.4.ii Recherche documentaire de septembre 2020

Les coprésidents du comité ont examiné la stratégie de 2018 et approuvé les termes et les paramètres de recherche ainsi que des mots clés supplémentaires liés au dépistage de consommation d'alcool à question unique, à l'outil de dépistage du NIAAA, à l'organisation des contingences, à Vivitrol et à Depade. La recherche mise à jour a été effectuée les 24 et 25 septembre 2020.

Les interventions et les dates de publication abordées dans cette recherche étaient les suivantes :

1. Outils de dépistage (2013-2020)
2. Intervention brève (2011-2020)
3. Outils d'évaluation du risque et de la gravité des symptômes de sevrage (2013-2020)
4. Pharmacothérapies de prise en charge du sevrage (2010-2020)
5. Soins continus
 - a. Pharmacothérapies (2014-2020)
 - b. Traitements psychosociaux, y compris les services de soutien au rétablissement et les soutiens psychosociaux (2005-2020)

Tableau 5. Critères d'inclusion et d'exclusion pour la recherche documentaire de septembre 2020

Question de recherche	Inclure	Exclure
Dépistage, diagnostic et intervention de courte durée		
<p>1. Quels outils de dépistage sont disponibles et comment les différents outils de dépistage se comparent-ils les uns aux autres dans le cadre de la détection de la consommation d'alcool à risque élevé ou des TUA dans les milieux de soins cliniques?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instruments de dépistage à 1 ou 2 questions, CAGE, TWEAK, AUDIT, CRAFFT, NIAAA • Population : Adultes, adolescents et jeunes adultes (de 12 à 25 ans), aînés, souffrant de TUA, consommation d'alcool à risque élevé, consommation excessive d'alcool ou autre consommation dépassant les limites des <i>Directives de consommation d'alcool à faible risque</i> du Canada • Types d'études : Revues systématiques, méta-analyses, essais cliniques, études quasi expérimentales, lignes directrices • Langue : Anglais • Année : 2013 et plus récent 	<ul style="list-style-type: none"> • Populations incarcérées • Dépistage d'autres troubles de l'usage de substances • Publications en langues autres que l'anglais • Opinion, lettre à la rédaction, article-synthèse
<p>2. Quelles sont les données probantes selon lesquelles le dépistage suivi d'une intervention brève de counseling comportemental (avec ou sans aiguillage vers un traitement) sont efficaces pour réduire les méfaits associés à la consommation d'alcool à risque élevé ou aux TUA?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Éléments liés aux troubles de l'usage de l'alcool, à la consommation d'alcool à risque élevé ou aux méfaits liés à l'alcool • Dépistage • Intervention de courte durée • Population : Adultes, adolescents et jeunes adultes (de 12 à 25 ans), aînés, souffrant de TUA, consommation d'alcool à risque élevé, consommation excessive d'alcool ou autre consommation dépassant les limites des <i>Directives de consommation d'alcool à faible risque</i> du Canada • Types d'études : Revues systématiques, méta-analyses, essais cliniques, études quasi expérimentales, lignes directrices • Langue : Anglais • Année : 2011 et plus récent 	<ul style="list-style-type: none"> • Populations incarcérées • Dépistage ou intervention brève pour d'autres troubles de l'usage de substances • Publications en langues autres que l'anglais • Opinion, lettre à la rédaction, article-synthèse
Évaluation des risques et prise en charge du sevrage		
<p>1. Quelles approches fondées sur des données probantes sont disponibles pour prédire la gravité du sevrage alcoolique afin de choisir la méthode de traitement optimale?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • PAWSS • Luebeck Alcohol Withdrawal Scale • CIWA • Population : Adultes, adolescents et jeunes adultes (de 12 à 25 ans), aînés, souffrant de TUA, consommation d'alcool à risque élevé, consommation excessive d'alcool ou autre consommation dépassant les limites des <i>Directives de consommation d'alcool à faible risque</i> du Canada • Types d'études : Revues systématiques, méta-analyses, essais cliniques, études quasi expérimentales, lignes directrices • Langue : Anglais • Année : 2013 et plus récent 	<ul style="list-style-type: none"> • Populations incarcérées • Publications en langues autres que l'anglais • Opinion, lettre à la rédaction, article-synthèse
<p>2. Quelles pharmacothérapies sont efficaces pour gérer le sevrage alcoolique?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazépines • Anticonvulsivants (gabapentine, acide valproïque, carbamazépine) • Agonistes alpha-2-adrénergique (clonidine) • Approches non pharmacologiques • Thérapie de soutien (p. ex. électrolytes, supplémentation en vitamines, médicaments en vente libre) • Population : Adultes, adolescents et jeunes adultes (de 12 à 25 ans), aînés, souffrant de TUA, consommation d'alcool à risque élevé, consommation excessive d'alcool ou autre consommation dépassant les limites des <i>Directives de consommation d'alcool à faible risque</i> du Canada • Types d'études : Revues systématiques, méta-analyses, essais cliniques, études quasi expérimentales, lignes directrices • Langue : Anglais • Année : 2010 et plus récent 	<ul style="list-style-type: none"> • Populations incarcérées • Les études sur les médicaments ci-dessus qui ne sont pas pertinentes pour le sevrage alcoolique • Publications en langues autres que l'anglais • Opinion, lettre à la rédaction, article-synthèse

Soins continus

<p>1. Quelles pharmacothérapies sont efficaces pour le traitement des TUA?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Naltrexone • Acamprostate • Disulfirame • Gabapentine • Topiramate • Baclofène • Ondansétron • Varénicline • Pharmacothérapies combinées • Population : Adultes, adolescents et jeunes adultes (de 12 à 25 ans), aînés, souffrant de TUA, consommation d'alcool à risque élevé, consommation excessive d'alcool ou autre consommation dépassant les limites des <i>Directives de consommation d'alcool à faible risque</i> du Canada • Types d'études : Revues systématiques, méta-analyses, essais cliniques, études quasi expérimentales, lignes directrices • Langue : Anglais • Année : 2014 et plus récent 	<ul style="list-style-type: none"> • Populations incarcérées • Les études sur les médicaments ci-dessus qui ne sont pas pertinentes pour les troubles de l'usage de l'alcool • Publications en langues autres que l'anglais • Opinion, lettre à la rédaction, article-synthèse
<p>2. Quelles interventions de traitement psychosocial et mesures de soutien au rétablissement sont efficaces pour le traitement des TUA?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevue motivationnelle et thérapie de renforcement de la motivation • Thérapie cognitivo-comportementale • Organisation des contingences • Thérapie familiale (incluant le partenaire, le couple, le réseau familial, etc.) • Pleine conscience • Thérapie comportementale dialectique • Groupes de soutien par les pairs (Douze étapes, Alcooliqes anonymes, SMART, LifeRing, etc.) • Traitement en établissement ou en milieu hospitalier et communautés thérapeutiques • Logements supervisés pour le rétablissement • Soutiens psychosociaux : logement, programmes de formation professionnelle, services juridiques • Autres traitements ou soutiens psychosociaux pour les TUA • Population : Adultes, adolescents et jeunes adultes (de 12 à 25 ans), aînés, souffrant de TUA, consommation d'alcool à risque élevé, consommation excessive d'alcool ou autre consommation dépassant les limites des <i>Directives de consommation d'alcool à faible risque</i> du Canada • Types d'études : Revues systématiques, méta-analyses, essais cliniques, études quasi expérimentales, lignes directrices • Langue : Anglais • Année : 2005 et plus récent 	<ul style="list-style-type: none"> • Populations incarcérées • Les études sur les interventions ci-dessus qui ne sont pas pertinentes pour les troubles de l'usage de l'alcool • Publications en langues autres que l'anglais • Opinion, lettre à la rédaction, article-synthèse

<p>3. Quelles combinaisons d'interventions psychosociales et de pharmacothérapie sont efficaces pour le traitement des TUA?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacothérapies <ul style="list-style-type: none"> - Naltrexone - Acamprosate - Disulfirame - Gabapentine - Topiramate - Baclofène - Ondansétron - Varéicline - Pharmacothérapies combinées • Interventions de traitement psychosocial <ul style="list-style-type: none"> - Entrevue motivationnelle et thérapie de renforcement de la motivation - Thérapie cognitivo-comportementale - Organisation des contingences - Thérapie familiale (incluant le partenaire, le couple, le réseau familial, etc.) - Pleine conscience - Thérapie comportementale dialectique - Groupes de soutien par les pairs (Douze étapes, Alcooliques anonymes, SMART, LifeRing, etc.) - Traitement en établissement ou en milieu hospitalier et communautés thérapeutiques - Logements supervisés pour le rétablissement - Soutiens psychosociaux : logement, programmes de formation professionnelle, services juridiques - Autres traitements ou soutiens psychosociaux pour les TUA • Population : Adultes, adolescents et jeunes adultes (de 12 à 25 ans), aînés, souffrant de TUA, consommation d'alcool à risque élevé, consommation excessive d'alcool ou autre consommation dépassant les limites des <i>Directives de consommation d'alcool à faible risque</i> du Canada • Types d'études : Revues systématiques, méta-analyses, essais cliniques, études quasi expérimentales, lignes directrices • Langue : Anglais • Année : 2005 et plus récent 	<ul style="list-style-type: none"> • Populations incarcérées • Les études sur les interventions ci-dessus qui ne sont pas pertinentes pour les troubles de l'usage de l'alcool • Publications en langues autres que l'anglais • Opinion, lettre à la rédaction, article-synthèse
---	--	--

Les dossiers provenant des recherches dans les bases de données ont été téléchargés et importés dans une base de données EndNote afin de faciliter le retrait des doublons et le filtrage des articles.

Limites :

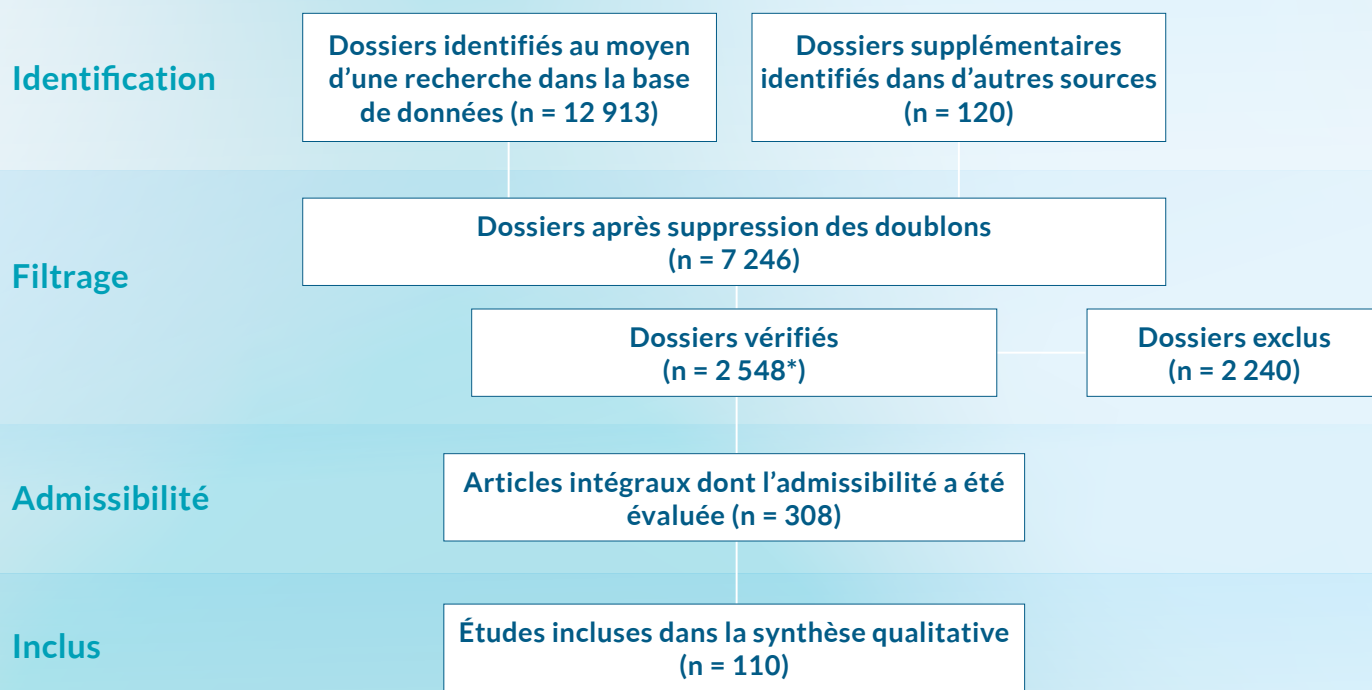
- Les ressources de la littérature grise n'ont pas été prises en considération pour cette phase de la recherche documentaire.
- Aucune recherche n'a été effectuée dans les études non publiées et les registres d'essais cliniques.

Tableau 6. Éléments identifiés par base de données ou type de ressource
(Mise à jour de 2020 – comprend les résultats de la recherche de 2018)

Nom de la base de données	Nombre d'éléments identifiés	Nombre d'éléments (doublons supprimés)
Medline	3 411 (3 381 après suppression des doublons dans Ovid)	3 321
CDSR	44	42
EMbase	4 273 (4 055 après suppression des doublons dans Ovid)	1 698
CINAHL	2 931	1 295
PsycINFO	2 254	770
Total - Toutes sources	12 913 (12 655 après suppression des doublons dans Ovid)	7 126

Au total, 2 428 dossiers recensés dans la recherche documentaire mise à jour n'avaient pas été inclus dans les résultats de la recherche de 2018.

Diagramme PRISMA – Recherche documentaire de septembre 2020



*Seuls les nouveaux dossiers qui n'ont pas été inclus dans la recherche documentaire initiale de 2018 ont été examinés.

A1.4.iii Recherche dans la littérature de mai 2022 – Schémas de prescription à éviter

À la suite d'une discussion avec le comité et les coprésidents, une nouvelle stratégie de recherche documentaire a été élaborée et mise en œuvre afin d'identifier les articles publiés sur l'utilisation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques comme médicaments de soins continus pour les TUA et la prescription de benzodiazépine à plus long terme pour les personnes souffrant de TUA (c.-à-d. benzodiazépines prescrites en dehors de la prise en charge du sevrage).

Une recherche limitée, mais systématique, dans la littérature a été menée afin d'identifier les principaux documents publiés en anglais, publiés de 2000 à 2022, portant sur l'utilisation d'antidépresseurs, d'antipsychotiques et de benzodiazépines à long terme dans le contexte des TUA. Des paramètres de recherche précis (p. ex. critères d'inclusion et d'exclusion, secteurs de compétence, calendrier, langues de publication) ont été élaborés par les rédacteurs médicaux et les coprésidents du comité. La recherche a eu lieu le 12 mai 2022.

Tableau 7. Critères d'inclusion et d'exclusion pour la recherche documentaire sur les schémas de prescription à éviter

Question de recherche	Inclure	Exclure
<p>1. Les antidépresseurs sont-ils efficaces pour traiter les TUA?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention : Antidépresseurs (inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine [ISRS], inhibiteurs du recaptage de la sérotonine-noradrénaline, modulateurs et stimulateurs de la sérotonine, antagonistes et inhibiteurs du recaptage de la sérotonine, inhibiteurs du recaptage de la noradrénaline, inhibiteurs du recaptage de la noradrénaline dopamine OU bupropion) • Comparateur : Placebo, pharmacothérapie contre les troubles de l'usage de l'alcool (p. ex. naltrexone, acamprosate, gabapentine, topiramate) • Résultat : Résultats liés à l'alcool (p. ex. quantité consommée ou fréquence de la consommation d'alcool, méfaits), résultats en santé mentale, résultats psychosociaux • Population : Adultes, adolescents et jeunes adultes (de 12 à 25 ans), aînés, souffrant de TUA, consommation d'alcool à risque élevé, consommation excessive d'alcool ou autre consommation dépassant les limites des <i>Directives de consommation d'alcool à faible risque</i> du Canada • Types d'études : Revues systématiques, méta-analyses, essais cliniques, études quasi expérimentales, lignes directrices • Langue : Anglais • Année : 2000 et plus récent 	<ul style="list-style-type: none"> • La catégorie suivante d'antidépresseurs devrait être exclue : Antidépresseurs tricycliques, antidépresseurs tétracycliques, inhibiteurs de la monoamine oxydase, agonistes des récepteurs NMDA • Populations incarcérées • Publications en langues autres que l'anglais • Opinion, lettre à la rédaction, article-synthèse
<p>2. Les antipsychotiques sont-ils efficaces pour traiter les TUA?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention : Antipsychotiques (typiques ou de première génération, atypiques ou de deuxième génération) • Comparateur : Placebo, pharmacothérapie contre les troubles de l'usage de l'alcool (p. ex. naltrexone, acamprosate, gabapentine, topiramate) • Résultat : Résultats liés à l'alcool (p. ex. quantité consommée ou fréquence de la consommation d'alcool, méfaits), résultats en santé mentale, résultats psychosociaux • Population : Adultes, adolescents et jeunes adultes (de 12 à 25 ans), aînés, souffrant de TUA, consommation d'alcool à risque élevé, consommation excessive d'alcool ou autre consommation dépassant les limites des <i>Directives de consommation d'alcool à faible risque</i> du Canada • Types d'études : Revues systématiques, méta-analyses, essais cliniques, études quasi expérimentales, lignes directrices • Langue : Anglais • Année : 2000 et plus récent 	<ul style="list-style-type: none"> • Populations incarcérées • Publications en langues autres que l'anglais • Opinion, lettre à la rédaction, article-synthèse
<p>3. Quels sont les méfaits associés à la prescription à long terme de benzodiazépines pour les personnes souffrant de TUA (c.-à-d. prescription de benzodiazépines pour une période plus longue que la période de sevrage)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention : Benzodiazépines • Comparateur : Placebo, pharmacothérapie contre les troubles de l'usage de l'alcool (p. ex. naltrexone, acamprosate, gabapentine, topiramate) • Résultat : Effets secondaires, méfaits ou effets indésirables liés à l'usage à long terme de benzodiazépines • Population : Adultes, adolescents et jeunes adultes (de 12 à 25 ans), aînés, souffrant de TUA, consommation d'alcool à risque élevé, consommation excessive d'alcool ou autre consommation dépassant les limites des <i>Directives de consommation d'alcool à faible risque</i> du Canada • Types d'études : Revues systématiques, méta-analyses, essais cliniques, études quasi expérimentales, lignes directrices • Langue : Anglais • Année : 2000 et plus récent 	<ul style="list-style-type: none"> • Études axées sur la prescription à court terme (5 à 7 jours) de benzodiazépines pour la prise en charge du sevrage (désintoxication) • Populations incarcérées • Publications en langues autres que l'anglais • Opinion, lettre à la rédaction, article-synthèse

Limites :

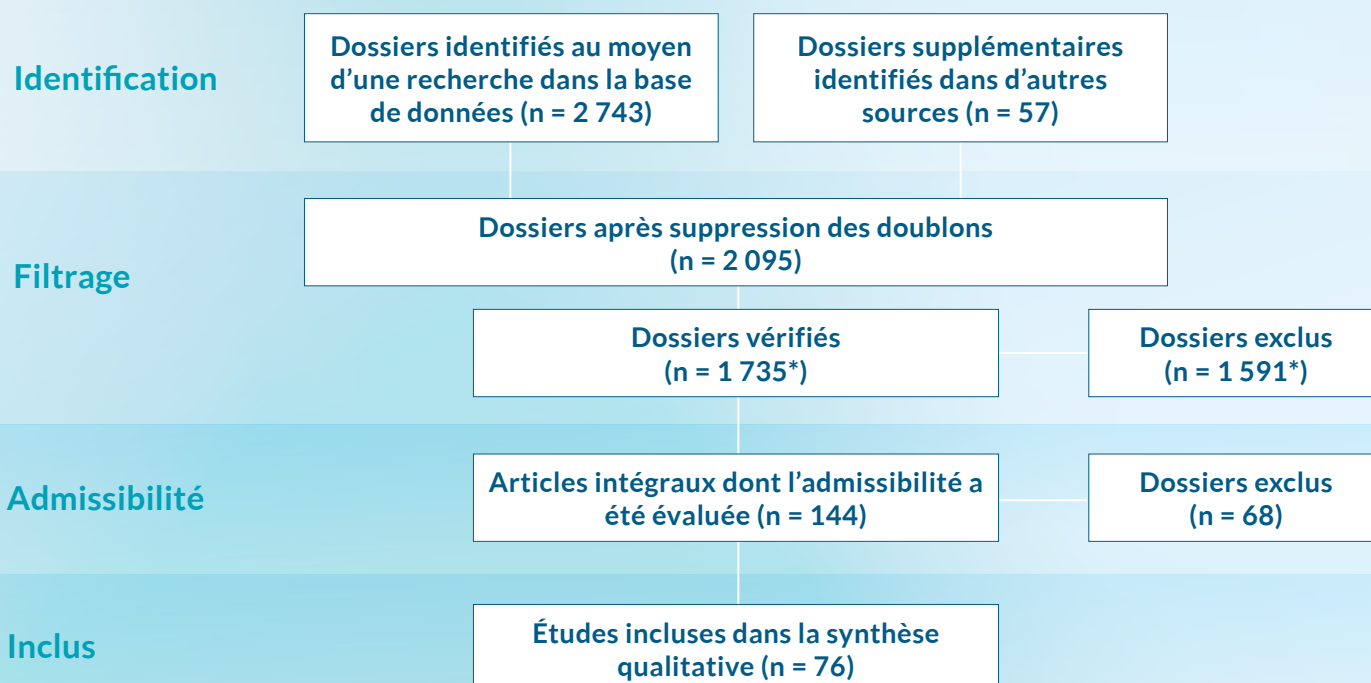
- Les ressources de la littérature grise n'ont pas été prises en considération pour cette phase de la recherche documentaire.
- Aucune recherche n'a été effectuée dans les études non publiées et les registres d'essais cliniques.

Tableau 8. Éléments identifiés par base de données ou type de ressource (mise à jour 2022 des schémas de prescription uniquement)

Nom de la base de données	Nombre d'éléments identifiés	Nombre d'éléments (doublons supprimés)
Medline	655	650
CDSR	10	6
EMbase	1 743	1 316
CINAHL	238	48
PsycINFO	97	18
Total – Toutes sources	2 743	2 038

Les dossiers en double ont été retirés des résultats de l'ensemble des recherches documentaires de 2018 et de 2020. Au total, il restait 1 678 dossiers.

Diagramme PRISMA – Recherche documentaire de mai 2022



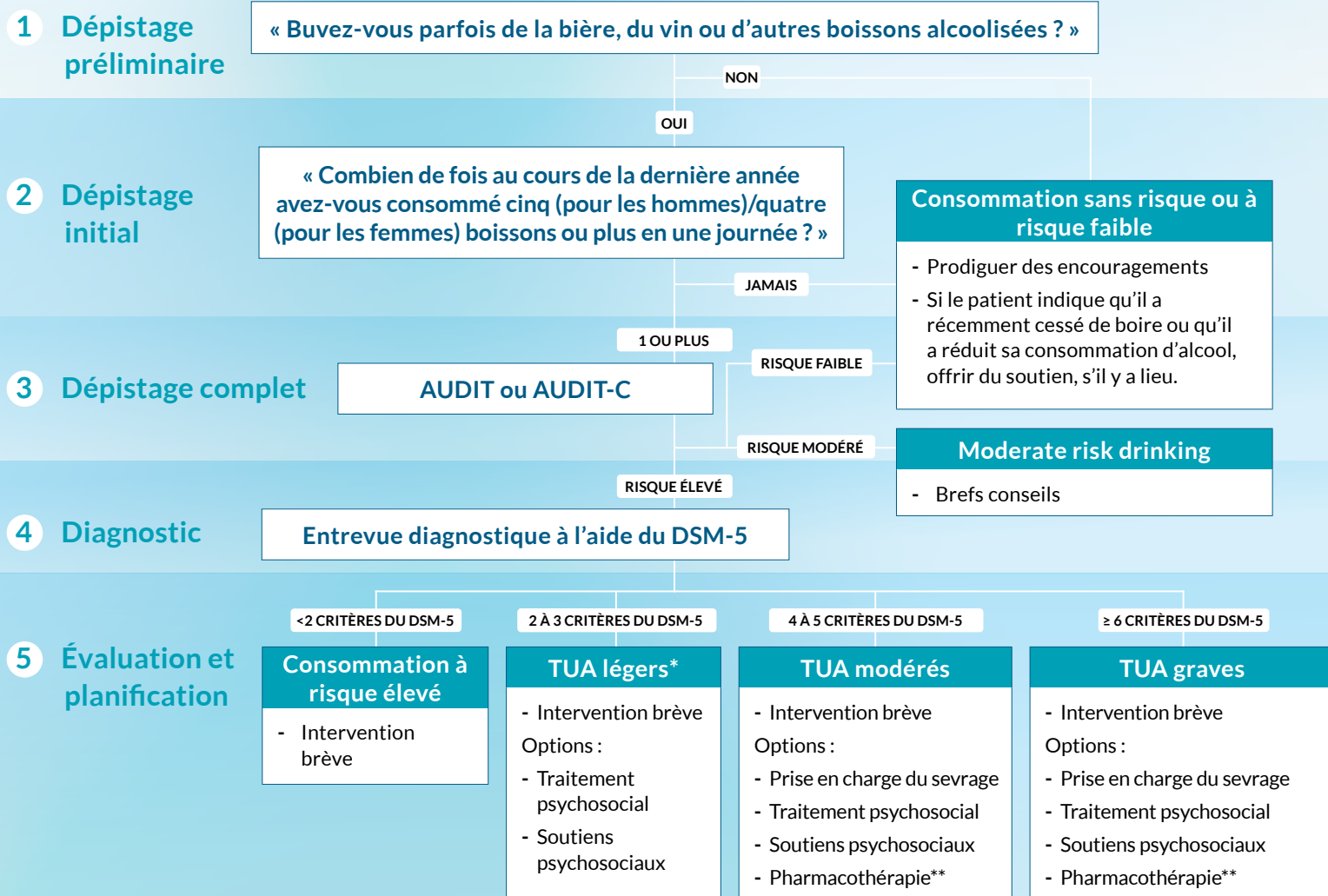
*Seuls les nouveaux dossiers qui n'ont pas été inclus dans la recherche documentaire initiale de 2018 et la recherche subséquente de 2020 ont été examinés.

Annexe 2 : Dépistage et diagnostic

Le dépistage universel de l'usage d'alcool chez les adultes et les jeunes patients joue un rôle important dans la promotion de la santé, car l'identification de la consommation d'alcool à risque élevé facilite la prévention de la vaste gamme de problèmes liés à l'alcool ainsi que des TUA. La présente annexe donne un aperçu instructif du processus de dépistage et de diagnostic décrit à la Figure 1.

Figure 1. Dépistage, diagnostic et méthode de traitement

Voie de gestion TUA



*Aupravant appelé abus d'alcool dans le DSM-IV

**Les pharmacothérapies de première intention sont la naltrexone et l'acamprostate

A2.1 Avant le dépistage : amorcer la conversation (étape 1)

Le fait de présenter le sujet de l'usage d'alcool aux patients d'une manière claire, sans porter de jugement peut favoriser une conversation franche et améliorer l'exactitude de l'autodéclaration de la consommation d'alcool. Les stratégies suivantes sont recommandées pour établir un sentiment de confiance et d'aisance avant de commencer à poser des questions de dépistage. Toutefois, il convient de noter que la création d'un lien de confiance avec un patient peut nécessiter plus d'une visite, et que l'éducation du patient n'a pas à être liée à la divulgation par ce dernier de sa consommation actuelle de substances. Une discussion sur la confidentialité et le consentement est nécessaire, étant entendu que le patient peut choisir de ne pas discuter de sa consommation actuelle de substances ou d'en discuter à un rendez-vous ultérieur.

A2.1.i Obtenir un consentement éclairé et discuter de la confidentialité de la conversation avec le patient

Un patient peut choisir de ne pas communiquer d'information sur sa consommation d'alcool pour diverses raisons (p. ex. expériences antérieures de stigmatisation ou de discrimination). Afin d'aider les patients à faire un choix éclairé et d'établir une relation thérapeutique efficace, il est important :

- De faire connaître ses droits au patient (p. ex. ne pas répondre à certaines questions) avant de lui demander la permission avant le dépistage.
- De discuter de la confidentialité des renseignements que le patient communique (p. ex. qu'ils seront inclus dans son dossier médical ou son dossier médical électronique, qui est accessible à d'autres membres de l'équipe de soins, mais ne peut être transmis à l'extérieur de l'équipe de soins sans la permission du patient).
 - Il peut être approprié que les cliniciens indiquent au patient que d'autres fournisseurs de soins de santé du cercle de soins du patient peuvent accéder aux dossiers médicaux pertinents sans son consentement. Les cliniciens peuvent aussi communiquer aux patients les circonstances dans lesquelles il est obligatoire pour les fournisseurs de soins de santé de divulguer les renseignements médicaux d'un patient sans son consentement.

- S'assurer que le patient sait qu'il peut choisir de ne pas divulguer de renseignements sur sa consommation d'alcool. Dans les situations où le patient choisit de ne pas divulguer de renseignements sur sa consommation d'alcool, le clinicien doit répondre à toute question sur la consommation d'alcool ou sur la santé que le patient peut poser de façon générale ou hypothétique.
- Insister sur le fait que vous interrogez tous vos patients au sujet de leur consommation d'alcool.
- Fournir des options sur la façon de parler de la consommation d'alcool. Par exemple, si un patient n'est pas à l'aise de divulguer son utilisation actuelle, il pourrait vouloir poser des questions ou discuter d'une situation hypothétique.
- Poser des questions ouvertes ou exploratoires pour établir un ton respectueux et exempt de jugement.

Exemples de scénarios :

« Je parle à tous mes patients de l'usage d'alcool et d'autres substances. Est-ce qu'il serait acceptable que nous en parlions maintenant? »

Dans l'affirmative :

« Comment l'alcool s'intègre-t-il dans votre vie? »

« Quel genre de relation entretenez-vous avec l'alcool? »

« Buvez-vous parfois du vin, de la bière ou d'autres boissons alcoolisées? »

A2.1.ii Utiliser les Repères canadiens sur l'alcool et la santé comme outil de communication

Passer brièvement en revue les *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* peut contribuer à orienter les conversations sur le dépistage de la consommation d'alcool. Les cliniciens devraient clarifier ce qu'on entend par « boissons alcoolisées » et les formats de boisson standard.

Exemple de scénario :

« Le Canada a des lignes directrices sur la consommation d'alcool et ses effets sur la santé. Seriez-vous intéressé à entendre ses recommandations? J'essaie d'informer tous mes patients sur la façon de prévenir les problèmes de santé liés à l'alcool. »

A2.2 Dépistage initial de la consommation d'alcool à risque élevé chez les adultes (étape 2)

Les présentes lignes directrices suggèrent d'utiliser la méthode à seule question de dépistage d'alcool (méthode SASQ) pour dépister la consommation d'alcool à risque élevé chez les adultes. Avant de poser la question de dépistage, les cliniciens pourraient vouloir continuer de vérifier le consentement et le confort du patient.

Exemple de scénario :

« Est-ce que ça vous dérange si je vous pose des questions sur la quantité d'alcool que vous consommez? »

A2.2.i Question unique de dépistage d'alcool (méthode SASQ)

« Au cours de la dernière année, à quelle fréquence avez-vous consommé plus de quatre verres (femmes) ou cinq verres (hommes) en une seule occasion? »

Réponse du patient : jamais ou zéro fois

Interprétation : absence de consommation d'alcool ou consommation à faible risque

Suivi :

- Prodiguer des encouragements
- Passer en revue les zones de risque et les situations où la consommation d'alcool devrait être réduite ou évitée :
 - Chez les aînés (âgés de 65 ans et plus)
 - En conduisant, au travail et pendant les soins aux enfants ou à d'autres personnes à charge
 - Pendant la prise de médicaments ou la consommation de substances qui interagissent avec l'alcool, y compris d'autres déprimeurs du SNC (p. ex. opioïdes, benzodiazépines)
 - Si le patient a un problème de santé qui pourrait être exacerbé par l'alcool
- Pour les patientes enceintes, recommander l'abstinence
- Si le patient signale ne pas boire, poser des questions sur ses antécédents de consommation d'alcool
 - Demander au patient : « Y a-t-il eu un moment dans votre vie où vous avez bu de l'alcool? »
- Dans le cas des patients qui ont des antécédents personnels ou familiaux de TUA et qui ont réduit leur consommation ou cessé de consommer de l'alcool, poser des questions sur leurs progrès et offrir de l'encouragement et du soutien au besoin.
- Effectuer un nouvel examen chaque année ou plus souvent si cela est cliniquement indiqué (voir [Indications cliniques du dépistage de la consommation d'alcool](#))

Réponse du patient : une ou plusieurs fois

Interprétation : consommation d'alcool à risque élevé ou TUA possibles

Suivi :

- Utiliser un outil de dépistage supplémentaire pour évaluer la consommation d'alcool à risque élevé (voir ci-dessous).

A2.3 Dépistage complet de la consommation d'alcool à risque élevé (étape 3)

Dans le cas des patients qui, d'après le SASQ, pourraient avoir une consommation d'alcool à risque élevé, il est recommandé d'effectuer un dépistage plus approfondi pour accroître la précision. Plusieurs outils de dépistage couramment utilisés - AUDIT-Consumption (AUDIT-C), Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), et Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye Opener (CAGE) - sont décrits brièvement ci-dessous et résumés dans le [Tableau 9](#). L'AUDIT-C est proposé en raison de sa rapidité d'administration, mais les cliniciens peuvent utiliser leur outil de dépistage préféré. Pour les jeunes patients, l'outil de dépistage NIAAA et l'outil Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble (CRAFFT) sont décrits ci-dessous. Lorsque cela est indiqué et possible, le fait de remplir ensemble des questionnaires de dépistage plus complets peut aussi donner aux patients l'occasion de réfléchir à leur consommation d'alcool et à l'effet que cela peut avoir sur leur vie. Le fournisseur de soins doit également fournir une rétroaction et répondre à toute question que le patient pourrait avoir au sujet de sa consommation d'alcool.

A2.3.i Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT/AUDIT-C)

Le test AUDIT (voir l'[Encadré 10](#)) a été élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) afin de contribuer à la détection précoce de la consommation dangereuse^{bb} ou nocive^{bc} d'alcool et est l'un des outils de dépistage de la consommation d'alcool les plus largement étudiés. L'outil AUDIT est également fréquemment utilisé comme norme de référence pour l'évaluation d'autres outils

bb Utilisation dangereuse : Habitudes de consommation d'alcool qui augmentent le risque de conséquences nocives sur la santé physique ou mentale, ainsi que de conséquences sociales pour la personne. La consommation dangereuse se produit en l'absence de dépendance ou de troubles de l'utilisation de l'alcool.

bc Utilisation nocive : Tendance de consommation d'alcool associée à des conséquences causant des dommages à la santé. Les dommages peuvent être physiques ou mentaux. La consommation nocive a couramment, mais pas invariablement, des conséquences sociales négatives, mais les conséquences sociales seules ne suffisent pas à justifier un diagnostic de consommation nocive. La consommation nocive se produit en l'absence de troubles de l'usage de l'alcool.

de dépistage de la consommation d'alcool. L'outil AUDIT comprend 10 questions qui évaluent la consommation d'alcool, les symptômes des TUA et les méfaits liés à l'alcool. Chaque question se voit attribuer une note de 0 à 4 correspondant à la fréquence d'occurrence, ce qui donne une note totale de 0 à 40 points. L'outil AUDIT-C condensé (voir l'[Encadré 11](#)) comprend trois questions sur la consommation d'alcool et donne une note totale de 0 à 12. Les scores totaux des tests AUDIT et AUDIT-C peuvent être divisés en catégories de faible risque, de risque modéré et de risque élevé, bien que le manuel du test AUDIT indique que des recherches plus poussées sont nécessaires pour mieux orienter l'interprétation des scores et la planification subséquente du traitement^{158,953}.

L'administration des 10 questions du test AUDIT prend environ 3 minutes, tandis que les 3 questions du test AUDIT-C prennent environ de 1 à 2 minutes. En utilisant un seuil de 8,^{bd} le test AUDIT a une sensibilité estimée de 97 % et une spécificité de 78 % pour l'identification de la consommation d'alcool dangereuse dans la population générale en soins primaires¹⁵¹. Le test AUDIT-C a une sensibilité de 86 % et une spécificité de 78 % pour l'identification de la consommation d'alcool dangereuse dans la population générale en soins primaires à l'aide de seuils propres au sexe (femmes : 3, hommes : 4)¹⁵¹. Les tests AUDIT et AUDIT-C ont été validés dans un éventail de milieux de travail, y compris des cliniques de soins primaires, des salles d'évaluation et d'urgence et des services de soins actifs^{149,954-959}. Les tests AUDIT et AUDIT-C ont également été validés pour les sexes, les ethnies et les groupes d'âge, y compris les adolescents (âgés de 11 à 17 ans), les jeunes adultes (âgés de 18 à 25 ans) et les aînés (âgés de 65 ans et plus)^{167,960-964}. Les tests AUDIT et AUDIT-C peuvent être moins sensibles pour l'identification de la consommation d'alcool à risque élevé chez les femmes, les jeunes, les aînés et les patients racisés comparativement aux hommes adultes blancs⁹⁶⁴. Dans le même ordre d'idées, une méta-analyse de 2019 (N = 36, n = 50 885) a révélé que la sensibilité et la spécificité du test AUDIT variaient selon le sexe et la prévalence des TUA à l'échelle du pays. Pour les hommes, un taux élevé de prévalence des TUA à l'échelle du pays était associé à un plus grand nombre de cas réels positifs et à un score plus faible de dépistage pour traiter un homme souffrant de TUA, tandis que l'inverse était vrai

bd Il convient de noter que les études de validation originales ont identifié des seuils pour la consommation d'alcool dangereuse/nocive plutôt que des catégories à faible risque, à risque modéré et à risque élevé.

pour les pays où la prévalence des TUA était faible. Dans l'ensemble, **la méthode AUDIT n'a pas permis d'identifier avec exactitude les femmes souffrant de TUA**, ce qui a donné un faible taux de vrais positifs par rapport au taux élevé faux positifs, avec une large amplitude en ce qui concerne le nombre de personnes dépistées d'un pays à l'autre (de 14 à 1 025)⁹⁶⁵.

Les contraintes de temps, le manque d'expérience et la nécessité de calculer les scores ont été cités par les fournisseurs de soins de santé comme des obstacles à l'adoption et à l'utilisation plus généralisées des méthodes AUDIT et AUDIT-C en soins primaires^{154,156,192,193}. Comme solution de rechange, des versions électroniques et imprimées auto-administrées de ces outils sont disponibles et peuvent être fournies aux patients pour qu'ils les remplissent avant les rendez-vous cliniques prévus ou pendant qu'ils attendent le praticien. Les versions auto-administrées de l'outil AUDIT et AUDIT-C semblent aussi efficaces que le dépistage administré par un clinicien pour l'identification de la consommation d'alcool dangereuse ou nocive⁹⁶⁶.

Les fournisseurs qui choisissent d'utiliser la méthode AUDIT ou AUDIT-C dans leur pratique doivent savoir que les limites de faible risque et les formats de boisson standard utilisés dans ces instruments sont différentes de celles utilisées dans les *Repères canadiens sur l'alcool et la santé*.

Réponse du patient : AUDIT : 0 à 7 ou AUDIT-C : 0 à 4

Interprétation : Consommation d'alcool à faible risque

Suivi :

- Prodiguer des encouragements
- Si le patient indique qu'il a récemment cessé de boire ou qu'il a réduit sa consommation d'alcool, offrir du soutien, s'il y a lieu.
- Effectuer un nouveau dépistage chaque année ou selon les indications cliniques

Réponse du patient : AUDIT : 8 à 15 ou AUDIT-C : 5 à 7

Interprétation : Consommation d'alcool à risque modéré

Suivi :

- Examiner la raison pour laquelle le patient consomme de l'alcool.
 - Demander au patient : « Que vous apporte la consommation d'alcool? »
- Fournir de brefs conseils^{be} ou une intervention de courte durée, au besoin; surveillance et suivi
 - De brefs conseils peuvent consister à fournir de l'information sur les risques pour la santé associés à l'alcool, à discuter des avantages de la réduction de la consommation d'alcool, à encourager le patient à se fixer des objectifs de réduction de sa consommation et à fournir des options et des conseils sur la façon de réduire sa consommation.
- Effectuer un nouveau dépistage chaque année ou selon les indications cliniques

Réponse du patient : AUDIT : ≥ 16 ou AUDIT-C : ≥ 8

Interprétation : Consommation d'alcool à risque élevé ou TUA possibles

Suivi :

- Examiner la raison pour laquelle le patient consomme de l'alcool.
 - Demander au patient : « Que vous apporte la consommation d'alcool? »
- Procéder au diagnostic des TUA en utilisant les critères du DSM-5 (étape 4).

be Des renseignements détaillés et des instructions sur les brefs conseils [en anglais seulement] sont disponibles auprès du [National Health Service England](#)

Encadré 10. Le Alcohol Use Disorders Identification Test (Test d'identification des troubles de l'usage de l'alcool), AUDIT)⁹⁶⁷

Lire les questions telles qu'elles sont écrites. Consigner soigneusement les réponses. Commencer le test AUDIT en disant : « Maintenant je vais vous poser quelques questions sur votre consommation de boissons alcoolisées pendant l'année écoulée ». Expliquer ce que signifie « boissons alcoolisées » en utilisant des exemples locaux de bière, vin, vodka, etc. Coder les réponses sous forme de « verres standard ». Placer le numéro correspondant à la réponse dans l'encadré à droite.

<p>1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool?</p> <p>(0) Jamais [Passer aux questions 9 et 10] (1) Une fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) 4 fois ou plus par semaine</p>	<p>6. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence, après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme?</p> <p>(1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque tous les jours</p>
<p>2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool?</p> <p>(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou plus</p>	<p>7. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous éprouvé un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque tous les jours</p>
<p>3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque tous les jours</p> <p>Passer aux questions 9 et 10 si le total des points pour les questions 2 et 3 est égal à 0</p>	<p>8. À quelle fréquence au cours de l'année écoulée n'avez-vous pas pu vous souvenir de ce qui était arrivé la nuit précédente parce que vous aviez bu?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque tous les jours</p>

<p>4. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque tous les jours</p>	<p>9. Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu?</p> <p>(0) Non (2) Oui, mais pas dans les douze derniers mois (4) Oui, au cours des douze derniers mois</p>
<p>5. Dans les douze derniers mois, à quelle fréquence le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque tous les jours</p>	<p>10. Est-ce qu'un proche, un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer?</p> <p>(0) Non (2) Oui, mais pas dans les douze derniers mois (4) Oui, au cours des douze derniers mois</p>
<p>Interprétation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une note de 0 à 7 est considérée comme une consommation d'alcool à faible risque. • Une note de 8 à 15 est considérée comme une consommation d'alcool à risque modéré. • Un score de 16 ou plus est considéré comme un dépistage positif de la consommation d'alcool à risque élevé. Procéder à l'évaluation et au diagnostic des TUA. <p>AUDIT/AUDIT-C : boisson standard = 10 g d'éthanol; Repères canadiens sur l'alcool et la santé : boisson standard = 13,45 g d'éthanol⁸</p>	

Score total :

Encadré 11. L'outil AUDIT-Consumption (AUDIT-C)¹⁴⁹

<p>1. À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool?</p> <p>(0) Jamais (1) Une fois par mois ou moins (2) 2 à 4 fois par mois (3) 2 à 3 fois par semaine (4) 4 fois ou plus par semaine</p>	<input type="text"/>
<p>2. Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool?</p> <p>(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou plus</p>	<input type="text"/>
<p>3. Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus?</p> <p>(0) Jamais (1) Moins d'une fois par mois (2) Une fois par mois (3) Une fois par semaine (4) Tous les jours ou presque tous les jours</p>	<input type="text"/>
<p>Interprétation :</p> <ul style="list-style-type: none">• Une note de 0 à 4 est considérée comme une consommation d'alcool à faible risque.• Une note de 5 à 7 est considérée comme une consommation d'alcool à risque modéré.• Un score de 8 à 12 est considéré comme un dépistage positif de la consommation d'alcool à risque élevé. Procéder à l'évaluation et au diagnostic des TUA. <p>AUDIT/AUDIT-C : boisson standard = 10 g d'éthanol; Repères canadiens sur l'alcool et la santé : boisson standard = 13,45 g d'éthanol⁸</p>	<p>Score total :</p> <input type="text"/>

A2.3.ii Outil Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye Opener (CAGE)

CAGE est une abréviation mnémotechnique pour « **C**ut-down, **A**nnoyed, **G**uilty et **E**ye-opener. »⁹⁶⁸ L'outil CAGE est fréquemment utilisé en soins primaires en raison de sa rapidité d'administration, de sa facilité de mémorisation et de sa sensibilité pour la détection des TUA. L'outil CAGE comporte quatre questions fermées.

Encadré 12. L'outil CAGE⁹⁶⁸

1. Avez-vous déjà senti que vous devriez réduire (C ut down) votre consommation d'alcool?
2. Des gens vous ont-ils irrité (A nnoyed) en critiquant votre consommation d'alcool?
3. Vous êtes-vous déjà senti coupable (G uilty) ou mal à cause de votre consommation d'alcool?
4. Avez-vous déjà pris un verre au réveil (E ye-opener) pour stabiliser vos nerfs ou vous débarrasser d'une gueule de bois?

Avec un seuil de deux réponses « oui » ou plus, la méthode CAGE a une sensibilité estimée à 84 % et une spécificité de 85 % pour la détection des TUA chez les patients en soins primaires¹⁵¹. Certaines études ont révélé que le test CAGE est moins sensible chez les jeunes, les personnes non blanches, les femmes et les aînés que chez les hommes blancs adultes⁹⁶⁹⁻⁹⁷². Malgré sa sensibilité plus faible chez les aînés que chez les adultes plus jeunes, seul le test CAGE semble aussi efficace que les outils plus complexes (p. ex. le Michigan Alcohol Screening Test ou MAST) pour identifier les TUA chez les aînés et en raison de sa rapidité d'administration relative, le test CAGE peut être plus pratique à administrer dans la pratique clinique courante^{973,974}.

En tant qu'outil de dépistage autonome, le test CAGE est moins sensible et spécifique que les outils SASQ et AUDIT/AUDIT-C pour détecter les TUA. L'utilisation du test SASQ suivi de l'outil CAGE augmente la sensibilité globale pour la détection des TUA à plus de 90 % et n'exige qu'une moyenne de 3 à 4 questions par patient¹⁴⁸.

Tableau 9. Comparaison de certains outils de dépistage de la consommation d'alcool (adultes)¹⁵¹

Outil	Résultat	SE (%)	SP (%)	Commentaires
SASQ	Consommation à risque élevé	84	78	Administré par le fournisseur en moins d'une minute Conçu pour être utilisé dans un milieu de soins primaires sous pression Moins efficace pour la détection de la consommation d'alcool à risque élevé et des TUA que les outils de dépistage plus complexes en lui-même, mais peut être combiné à un autre outil pour réduire la probabilité de non-détection de certains cas
	TUA	88	67	Convient bien à une population générale dans le cadre de soins primaires, où la plupart des patients n'obtiendront pas un résultat de dépistage positif
AUDIT	Consommation dangereuse	97	78	Administré par le patient ou le fournisseur en 3 à 4 minutes Bien étudié; a été validé dans plusieurs contextes et pour diverses populations de patients
	Consommation nocive	95	85	Moins sensible chez les femmes, les jeunes, les aînés et les patients racisés comparativement aux hommes adultes blancs Utilise des formats de boisson standard et des limites de consommation quotidiennes différents de celles des <i>Repères canadiens sur l'alcool et la santé</i> Nécessite une notation par le fournisseur de soins de santé (un système de dossier de santé électronique [DSE] ou un autre outil pour calculer les scores)
AUDIT-C	Consommation dangereuse	86	78	Administré par le patient ou le fournisseur en 1 à 2 minutes Bien étudié; a été validé dans plusieurs contextes et pour diverses populations de patients Moins sensible chez les femmes, les jeunes, les aînés et les patients racisés comparativement aux hommes adultes blancs ⁹⁶⁴ Utilise des critères et des formats de boisson standard différents de ceux des <i>Repères canadiens sur l'alcool et la santé</i> Nécessite une notation par le fournisseur de soins de santé (un système de DSE ou un autre outil pour calculer les scores)
CAGE	TUA	84	85	Administré par le patient ou le fournisseur en moins de 2 minutes Plus efficace pour identifier les TUA modérés à graves que les TUA légers ou la consommation à risque élevé N'est pas utile comme outil de dépistage unique, car les patients avec une consommation à risque élevé pourraient ne pas être détectés Moins sensible chez les femmes, les jeunes et les patients racisés comparativement aux hommes adultes blancs ⁹⁷⁵ Peut être utilisé comme outil de dépistage de suivi lorsque les patients obtiennent un résultat positif au test SASQ Convient bien à la population générale dans le cadre de soins primaires, où la plupart des patients n'obtiendront pas un résultat de dépistage positif

A2.3.iii Dépistage de l'usage d'alcool chez les jeunes patients

Ces lignes directrices recommandent l'utilisation de l'outil de dépistage des jeunes du NIAAA pour les jeunes patients (âgés de 11 à 18 ans). D'autres outils de dépistage validés peuvent être utilisés à la discrétion du clinicien traitant pour clarifier le risque si les réponses aux questions de dépistage du NIAAA ne sont pas claires ou ne correspondent pas aux signes et aux symptômes cliniques de l'usage d'alcool. Un outil de dépistage de la consommation de substances couramment utilisé par les jeunes (âgés de 12 à 21 ans) – le CRAFFT – est décrit brièvement ci-après. Les caractéristiques de bon fonctionnement pour l'utilisation de l'outil de dépistage du NIAAA, de l'outil CRAFFT et de l'outil AUDIT chez les jeunes sont également résumées dans le [Tableau 10](#).

A2.3.iii.1 L'outil de dépistage pour les jeunes du NIAAA¹⁷⁰

L'outil du NIAAA est conçu pour identifier les jeunes (âgés de 11 à 18 ans) qui présentent un risque accru de problèmes liés à l'alcool, notamment de TUA. Les questions de dépistage sont présentées ci-dessous. Pour les jeunes de 11 à 14 ans (de la 6^e à la 8^e année), il est recommandé de commencer par poser des questions sur la consommation d'alcool des amis afin de présenter le sujet de façon moins intimidante, puis de poser des questions sur la consommation personnelle (c.-à-d. question 1, puis 2). Pour les patients âgés de 14 à 18 ans (de la 9^e à la 12^e année), les questions de dépistage doivent être posées dans l'ordre inverse (c.-à-d. question 2 puis 1).

1. « Est-ce que certains de vos amis ont consommé de l'alcool au cours de la dernière année? »
2. « Avez-vous consommé de l'alcool au cours de la dernière année? »

Si un patient signale qu'il ne consomme pas d'alcool :

- Offrir des encouragements et renforcer les choix sains.
- Obtenir et confirmer les raisons pour lesquelles le patient ne consomme pas d'alcool.
- Offrir de la formation sur les effets de l'alcool chez les jeunes.

- Si les amis du patient boivent :
 - Demander au patient comment il voit ou ressent la consommation d'alcool de ses amis.
 - Déterminer comment votre patient prévoit de ne pas consommer d'alcool lorsque ses amis boivent.
 - Déconseiller de monter dans une voiture avec un conducteur qui a consommé de l'alcool ou d'autres drogues.
 - Effectuer de nouveau un dépistage durant la visite suivante.

- Si les amis ne boivent pas :
 - Offrir du soutien au sujet des choix, du cercle social et des activités du patient.
 - Effectuer de nouveau un dépistage chaque année.

Si le patient affirme boire :

- Demander au patient d'estimer son nombre de jours de consommation d'alcool au cours de l'année écoulée et évaluer le risque en fonction des seuils suivants :

Âge	Seuil de risque élevé pour la consommation d'alcool de l'année précédente
11 ans	1 jour
12 à 15 ans	6 jours (environ 1 mois sur 2)
16 ans	12 jours (environ une fois par mois)
17 ans	24 jours (environ deux fois par mois)
18 ans	52 jours (environ une fois par semaine)

- Pour toutes les personnes qui déclarent consommer de l'alcool :
 - Souligner les risques liés à la consommation d'alcool, particulièrement à une époque où le développement du cerveau est en cours.
 - Recommandez-leur d'attendre jusqu'à ce qu'ils aient l'âge légal pour consommer de l'alcool et offrez-leur des conseils sur les moyens sûrs de réduire leur consommation d'alcool.
 - Insister sur les forces et les décisions saines.
 - Déterminer l'influence potentielle des amis qui boivent et donner des conseils sur la manière de réduire ces influences.
 - Demander au patient pourquoi il en boit et quels avantages ou quels effets l'alcool a pour eux.
 - Proposez-leur de répondre à toutes leurs questions sur l'alcool et ses effets sur la santé.
 - Fournir un soutien et des références si des problèmes de santé mentale, de traumatismes ou de mauvais traitements sont révélés.

- Pour les patients dont la consommation se situe **en deçà** du seuil de risque élevé selon l'âge :
 - Pour les patients qui éprouvent des problèmes liés à l'alcool, envisager une intervention brève pour appuyer une réduction ou l'arrêt de la consommation d'alcool (voir l'[Annexe 3](#) : Intervention brève pour la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA).
 - Effectuer un suivi durant la visite suivante.

- Pour les patients dont la consommation se situe **au seuil de risque élevé ou au-delà** selon l'âge :
 - Ils sont exposés à un risque accru de TUA. Passer à l'évaluation et au diagnostic (étape 4).

A2.3.iii.2 Outil de dépistage Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble (CRAFFT)⁹⁷⁶

L'instrument CRAFFT est l'un des outils de dépistage les plus utilisés en Amérique du Nord pour l'évaluation de l'usage d'alcool et de substances chez les jeunes de 12 à 21 ans^{241,977,978}. Une réponse « oui » à au moins deux des six questions de la partie B du test CRAFFT a une sensibilité de 80 % et une spécificité de 86 % pour détecter tout trouble de l'usage de substances⁹⁷⁹ ainsi qu'une sensibilité de 98 % (IC à 95 % : 0,91 à 1,00) et une spécificité de 73 % (IC à 95 % : 0,71 à 0,76) pour les TUA chez les jeunes⁹⁸⁰.

Encadré 13. L'instrument CRAFFT

PARTIE A			
Au cours des 12 DERNIERS MOIS, combien de jours avez-vous :		Nombre de jours	
1	Bu plus que quelques gorgées de bière, de vin ou de boisson contenant de l'alcool? Inscrire « 0 » s'il n'y en a pas.		
2	Consommé de la marijuana (herbe, huile ou hashich sous forme de fumée, de vapotage ou dans des aliments) ou de la « marijuana synthétique » (comme du « K2 », du « Spice »)? Inscrire « 0 » s'il n'y en a pas.		
3	Consommé autre chose pour se défoncer (comme d'autres drogues illicites, des médicaments sur ordonnance ou en vente libre, et des choses reniflées, prisées ou vapotées)? Inscrire « 0 » s'il n'y en a pas.		
Interprétation :			
<ul style="list-style-type: none"> • Si le patient a répondu « 0 » à toutes les questions ci-dessus, ne poser que la question « CAR » de la partie B du test CRAFFT. • Si le patient a répondu par plus de « 0 » à l'une des questions ci-dessus, poser les six questions CRAFFT ci-après. 			
PARTIE B			
Questions CRAFFT – Cocher « NON » ou « OUI » dans les colonnes de droite.		NON	OUI
C	Avez-vous déjà pris place dans une VOITURE (CAR) conduite par une personne (y compris vous-même) qui était « sous l'effet de la drogue » ou qui avait consommé de l'alcool ou des drogues?		
R	Avez-vous déjà consommé de l'alcool ou des drogues pour vous DÉTENDRE (RELAX), vous sentir mieux ou bien vous intégrer?		
A	Avez-vous déjà consommé de l'alcool ou des drogues pendant que vous étiez livré à vous-même ou SEUL (ALONE)?		
F	Avez-vous déjà OUBLIÉ (FORGET) des choses que vous avez faites en consommant de l'alcool ou des drogues?		
F	Votre FAMILLE (FAMILY) ou vos AMIS (FRIENDS) vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation d'alcool ou de drogues?		
T	Avez-vous déjà eu des PROBLÈMES (TROUBLE) lorsque vous avez consommé de l'alcool ou des drogues?		
Interprétation :			
<ul style="list-style-type: none"> • Deux réponses « OUI » ou plus aux questions CRAFFT indiquent un risque accru nécessitant une évaluation plus poussée. 			

Tableau 10. Comparaison de certains outils de dépistage de la consommation d'alcool (jeunes)⁹⁸⁰

Outil	Résultat	SE (%)	SP (%)	Commentaires
Dépistage du NIAAA	Consommation à risque élevé	56	92	Prend 1 à 2 minutes à administrer et à noter Conçu pour être utilisé dans des milieux de soins primaires sous pression
	TUA	87	84	Les seuils propres à l'âge améliorent la sensibilité, mais peuvent être difficiles à mémoriser Moins sensible que la méthode CRAFFT pour la détection des TUA
CRAFFT	Consommation à risque élevé	81	84	Administré par le patient ou le fournisseur en 3 à 4 minutes Dépistage de l'usage d'alcool et de drogues Validé pour diverses populations de patients
	TUA	98	73	Moins sensible pour la détection de la consommation à risque élevé Haute sensibilité pour la détection des TUA
AUDIT	Consommation à risque élevé	33	99	Administré par le patient ou le fournisseur en 3 à 4 minutes Moins sensible pour la détection de la consommation excessive d'alcool ou des TUA chez les jeunes comparativement aux populations adultes Utilise des critères et des formats de boisson standard différents de ceux des <i>Repères canadiens sur l'alcool et la santé</i> Nécessite une notation par le fournisseur de soins de santé (un système de dossier de santé électronique [DSE] ou un autre outil pour calculer les scores)

A2.3.iv Dépistage de l'usage d'alcool pendant la grossesse

Il est indispensable que l'éducation, le dépistage et l'évaluation de l'usage d'alcool pendant la grossesse soient offerts de façon équilibrée et sans porter de jugement afin de prévenir les conséquences négatives imprévues, comme l'abandon des soins^{185,827}. La recherche a démontré que la stigmatisation et la peur du jugement constituent un obstacle important à l'accès et au suivi du traitement chez les personnes enceintes qui consomment des substances¹⁸⁵.

Les présentes lignes directrices recommandent l'utilisation de la méthode SASQ combinée à un dialogue de soutien pour le dépistage de l'usage d'alcool pendant la grossesse, tel que décrit ci-dessus. Des instruments structurés peuvent également être utilisés pour clarifier l'usage d'alcool et le risque, selon la préférence du clinicien. Les outils AUDIT, AUDIT-C, CAGE et CRAFFT ont été validés pour les patientes enceintes^{371,981}, et d'autres instruments de dépistage ont été mis au point pour une utilisation pendant la grossesse (p. ex. TWEAK, T-ACE, Profil de risque de consommation de substances – Grossesse) qui ne sont pas examinés dans les présentes Lignes directrices⁹⁸²⁻⁹⁸⁴.

Pour obtenir des conseils cliniques supplémentaires sur l'usage d'alcool pendant la grossesse et après l'accouchement, les cliniciens peuvent consulter le document *Dépistage et conseils en matière de consommation d'alcool pendant la grossesse*⁴¹ publié par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et les [Guidelines for Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy](#)³⁷¹ de 2014 de l'OMS [en anglais seulement]. Le [Centre of Excellence for Women's Health](#) de la Colombie-Britannique offre également plusieurs guides pour aider les cliniciens à interagir avec les personnes enceintes et leurs partenaires au sujet de l'usage d'alcool. D'autres outils et ressources se trouvent à l'adresse www.aide-alcool.ca.

A2.4 Diagnostic du trouble de l'usage de l'alcool (étape 4)

Les patients qui obtiennent un résultat positif au test de dépistage de la consommation d'alcool à risque élevé devraient passer une entrevue structurée utilisant les critères du DSM-5 pour évaluer le diagnostic et la gravité des TUA. Le diagnostic des TUA, l'évaluation de leur gravité et la détermination du risque de complications pour le patient (p. ex. l'apparition de symptômes de sevrage graves) déterminent les étapes subséquentes du traitement.

Tableau 11. Diagnostic du trouble de l'usage de l'alcool³

Veillez consulter <http://www.psychomedia.gc.ca/dsm-5/2018-01-07/criteres-diagnostiques-trouble-d-utilisation-de-l-alcool> pour plus de détails.

A2.5 Aperçu de la planification des soins et des évaluations supplémentaires (étape 5)

A2.5.i Planification des soins

La gravité de TUA peut aider à déterminer le plan de traitement.		
LÉGER 2 à 3 symptômes	MODÉRÉ 4 à 5 symptômes	SÉVÈRE 6 symptômes ou plus

Quel que soit le diagnostic de TUA, tous les patients qui boivent à des niveaux de risque élevés devraient se voir proposer une intervention brève et être encouragés à réduire ou à cesser leur consommation d'alcool (voir [Annexe 3](#) : Intervention brève pour la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA).

Une intervention brève ne suffit pas pour les personnes atteintes de TUA²⁰⁹. Il faut offrir à tous les patients atteints de TUA des interventions de traitement psychosocial (voir [Soins continus – Interventions de traitement psychosocial](#)) et des mesures de soutien, déterminées par les besoins et les objectifs du patient et l'accessibilité des services. Les patients chez qui on a diagnostiqué des TUA modérés ou graves doivent subir une évaluation médicale plus complète (voir [A2.5.ii Évaluations supplémentaires](#)) notamment, le cas échéant et selon les indications, un examen médical détaillé, des vérifications des antécédents de santé mentale et de consommation de substances, un examen physique, des examens de laboratoire et l'évaluation du risque de complications graves du sevrage (p. ex. crises, delirium tremens, voir [Encadré 16](#). Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale). Les résultats de ces évaluations détermineront si la prise en charge du sevrage est nécessaire ou souhaitée et si la pharmacothérapie est une option de traitement appropriée (voir [Soins continus – Pharmacothérapie](#)). Voir les annexes et [Annexe 5](#) : Pharmacothérapie pour les TUA pour des renseignements détaillés.

A2.5.i.1 Consentement éclairé

Pour obtenir un consentement éclairé au moment d’amorcer un plan de traitement, il faut divulguer les renseignements pertinents qui permettront au patient de choisir volontairement d’accepter et de refuser le plan de traitement ou l’intervention. De plus amples renseignements sur le consentement éclairé sont disponibles dans le document de l’Association canadienne de protection médicale intitulé [Le consentement : Guide à l’intention des médecins du Canada](#) et le document de la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada, [Consentement au traitement : le rôle de l’infirmière et de l’infirmier](#)

Le processus de consentement éclairé doit comprendre une description du traitement proposé, comprenant les risques et les avantages potentiels, l’effet potentiel de ne pas entreprendre le traitement, les options de traitement de rechange, avec leurs risques et leurs avantages, une description de l’implication nécessaire dans les soins pendant l’intervention (p. ex. visites de suivi, visites de suivi virtuelles), une description des indicateurs indiquant que le patient devrait demander des soins de suivi (p. ex. aggravation ou absence de changement des symptômes, émergence d’effets secondaires intolérables) et une discussion sur toute question ou préoccupation soulevée par le patient. Cette conversation doit être consignée soigneusement dans le dossier médical du patient.

A2.5.ii Évaluations supplémentaires

Dans le cas des patients souffrant de TUA modérés ou graves, d’autres évaluations doivent être effectuées avant l’élaboration d’un plan de traitement complet, afin de déterminer les traitements appropriés et les mesures de prudence (p. ex. médicaments contre-indiqués ou interactions médicamenteuses).

Tableau 12. Liste de vérification pour l'évaluation

<p>Prise en charge du sevrage</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Procéder à une évaluation de la santé physique et mentale, notamment au moyen de l'outil PAWSS, afin de déterminer le contexte et le cheminement appropriés pour la prise en charge du sevrage, au besoin, ou les soins continus. 	<p>Évaluation nutritionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Effectuer une évaluation nutritionnelle et donner des conseils sur les suppléments. <input type="checkbox"/> Évaluer les dérèglements de l'équilibre des fluides et des électrolytes et offrir des conseils pour les corriger. Il est recommandé que tous les patients souffrant de TUA reçoivent une supplémentation multivitaminée comprenant de la thiamine (100-200 mg), de l'acide folique (1 mg) et de la vitamine B6 (2 mg). <p>Remarque : La couverture publique des médicaments d'ordonnance ne concerne généralement pas les vitamines ou les suppléments en vente libre.</p>
<p>Usage de substances</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Obtenir un historique complet de la consommation de substances, y compris une évaluation du tabagisme et d'autres troubles de l'usage de substances. <input type="checkbox"/> Identifier toute utilisation simultanée de dépresseurs du SNC (p. ex. opioïdes, benzodiazépines, hypnotiques de type Z, autres sédatifs). 	<p>Médicaments</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Examiner l'historique de toutes les ordonnances du patient, si disponible, afin d'évaluer les interactions médicamenteuses possibles et les contre-indications avec les médicaments prescrits conjointement, notamment les médicaments qui peuvent être prescrits pour la prise en charge du sevrage ou les soins continus.
<p>Risques liés à la conduite</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Déterminer et gérer le risque de conduite avec facultés affaiblies <input type="checkbox"/> Il est nécessaire de conseiller aux patients qui suivent un traitement de sevrage de ne pas conduire ni d'utiliser de machinerie tant que le traitement n'est pas terminé et que les symptômes ne sont pas résorbés. <p>Conformément aux directives de l'Association canadienne de protection médicale, les prescripteurs doivent connaître le Guide du médecin de CMA et s'en servir comme guide pour déterminer l'aptitude d'un patient à conduire et toute obligation de se présenter et de se conformer à toutes les normes, limites, conditions et responsabilités établies par les organismes de réglementation pertinents.</p>	<p>Examens de laboratoire</p> <p>Les examens suivants peuvent être prescrits pour évaluer l'état de santé général, les comorbidités liées à l'alcool et d'autres conditions qui pourraient avoir une incidence sur le traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formule sanguine complète, électrolytes sériques, glucose, fonction hépatique et fonction rénale <input type="checkbox"/> Test de grossesse pour les patientes en état de procréer <input type="checkbox"/> Dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang <input type="checkbox"/> Électrocardiogramme (ECG) pour les patients souffrant d'une maladie cardiaque ou ayant des antécédents d'arythmie ou de syncope <input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire pour les patients qui ont des problèmes respiratoires chroniques ou des symptômes respiratoires <p>Remarque : Le traitement devrait être amorcé immédiatement dans la mesure du possible et ne devrait pas être retardé dans l'attente des résultats des examens de laboratoire, à moins que la sécurité du patient ne soit compromise.</p>

Annexe 3 : Intervention brève pour la consommation d'alcool à risque élevé et les TUA

Ces lignes directrices recommandent que les cliniciens administrent une intervention brève à tous les patients adultes et jeunes qui obtiennent un résultat positif au dépistage de la consommation d'alcool à risque élevé afin d'appuyer un changement de comportement visant à réduire ou à cesser la consommation d'alcool. Une intervention brève devrait être offerte en même temps que d'autres interventions psychosociales et pharmacologiques pour les personnes ayant reçu un diagnostic de TUA. Une intervention brève peut intégrer les principes de l'entrevue motivationnelle (EM), une approche de counseling fondée sur des données probantes qui aide les personnes à accroître leur motivation à changer²⁰¹. Les interventions brèves sont généralement structurées selon l'approche FRAMES ([Tableau 13](#))^{201,202}.

A3.1 Entrevue motivationnelle

Il est fortement recommandé que les fournisseurs suivent la formation sur les EM afin de maximiser l'efficacité de cette intervention. La présente annexe donne un bref aperçu des principes de l'EM et des conseils sur l'utilisation de cette intervention chez les patients souffrant de TUA. Les programmes de formation en entrevue motivationnelle et les cours de formation continue sont énumérés dans la section [A3.1.ii Ressources](#).

A3.1.i Principes de l'entrevue motivationnelle

L'entrevue motivationnelle est une méthode de consultation axée sur la personne qui vise à habilitier les patients à examiner et à aborder les sentiments ambivalents qui peuvent avoir une incidence sur leur motivation à apporter un changement. Cette intervention est fondée sur la reconnaissance du fait que lorsque les cliniciens formulent des directives ou exercent une pression (réelle ou perçue) sur les patients pour qu'ils modifient leur comportement, cela entraîne souvent une opposition ou une résistance. En suivant les principes généraux de l'EM énumérés ci-après^{201,987}, les cliniciens peuvent habilitier les patients à définir et à rechercher le bien-être à leur façon.

- **Partenariat** : Le conseiller en EM^{bf} se joint au patient en tant que collaborateur, et non en tant qu'autorité, pour comprendre les obstacles au changement personnels du patient et travailler ensemble pour les surmonter.
- **Acceptation** : Dans les conversations, le conseiller en EM reconnaît et affirme constamment la valeur inhérente du patient, son potentiel et son autonomie. Cela permet au conseiller en EM d'aborder le patient avec une « empathie exacte », c'est-à-dire un intérêt actif et sans jugement à l'égard du point de vue du patient, ce qui est la clé du progrès collaboratif vers le bien-être.
- **Compassion** : La principale préoccupation du conseiller en EM est la sécurité et le bien-être du patient et la compréhension de ce que cela signifie du point de vue de ce dernier.
- **Suggestion** : Plutôt que d'imposer un ensemble d'objectifs et de valeurs au patient, le conseiller lui demande quels sont ses objectifs et comment il préfère recevoir de l'aide et du soutien.

Tâche 1 – Écoute active

Les stratégies d'écoute active contribuent à établir un partenariat productif avec le patient. Les stratégies d'écoute active sont souvent mentionnées par le mot mnémotechnique « OARS », qui signifie « questions ouvertes », « affirmations », « écoute réflexive » et « résumé » (en anglais **O**pen questions, **A**ffirmations, **R**eflective listening, providing **S**ummaries)⁹⁸⁷.

bf Le terme « conseiller en EM » est utilisé dans cette section pour désigner le clinicien ou le membre du personnel qui offre des services de counseling en EM. Les conseillers en entrevue motivationnelle peuvent être des médecins, des infirmières praticiennes, des infirmières, des psychologues, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, du personnel ou des bénévoles qui ont suivi la formation appropriée.

Questions ouvertes (Open questions) : Le but des questions ouvertes est d'aider le patient à en dire davantage. L'objectif du conseiller en EM est que le patient parle pendant au moins la moitié de la durée totale de la séance. Les questions ouvertes invitent le patient à explorer ses sentiments, ses motivations et les obstacles au changement.

Exemples de questions :

« Aidez-moi à comprendre... »

« En quoi aimeriez-vous que les choses soient différentes? »

« Que diriez-vous de...? »

« Comment vous y prendriez-vous? »

« Qu'est-ce qui est important à cet égard pour vous? »

« Qu'est-ce qui est bon dans... et qu'est-ce qui est moins bon dans tout ça? »

« Que pensez-vous que vous perdrez si vous abandonnez... »

« Que voulez-vous faire ensuite? »

Affirmations : Le conseiller en EM doit manifester un intérêt actif pour les interactions avec le patient en reconnaissant et en louant les actions, les pensées et les valeurs qui méritent d'être soulignées ou d'être reconnues. De telles affirmations peuvent être aussi simples que de reconnaître que le patient a fait l'effort de se présenter au rendez-vous ou de reconnaître la volonté du patient de persévérer dans la recherche de changements sains.

Exemples d'affirmations :

« Je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer aujourd'hui. »

« Vous êtes manifestement une personne pleine de ressources. »

« Vous vous êtes très bien comportée dans cette situation. »

« C'est une bonne suggestion. »

« Si j'étais à votre place, je ne sais pas si j'aurais pu me débrouiller aussi bien. »

« J'ai aimé discuter avec vous aujourd'hui. »

Écoute réflexive (Reflective listening) : Exprimer périodiquement des reformulations qui répètent, paraphrasent et interprètent ce que le patient dit. En plus d'assurer la participation et la clarté, les affirmations soigneusement sélectionnées, synchronisées et formulées sont essentielles à l'efficacité de l'EM, car elles peuvent permettre au patient de reconsidérer une certaine position ou croyance et de reconnaître les contradictions, les aspects négligés ou les possibilités de changement.

Exemples de reformulations :

« *Vous vous sentez donc...* »

« *On dirait que vous...* »

« *Vous vous demandez si...* »

« *D'un côté, vous voulez une vie meilleure, et de l'autre, vous n'êtes pas certain d'être prêt à abandonner vos anciens comportements.* »

Fournir des résumés (Summaries) : Les résumés constituent une forme particulière d'écoute réflexive qui ponctuent la séance et reconnaissent les principales préoccupations évoquées durant la conversation. Ils sont particulièrement utiles aux points de transition : après que le patient ait évoqué un sujet particulier, raconté une expérience personnelle ou lorsque la séance tire à sa fin. Les résumés peuvent servir de tremplin vers le changement en distillant les aspects productifs de la conversation. Comme les reformulations, les résumés sont concis et stratégiquement élaborés pour reconnaître les problèmes, les préoccupations et le désir de changement. Terminer les résumés par une invitation à corriger ou à compléter une réflexion :

« *Ai-je oublié quelque chose?* »

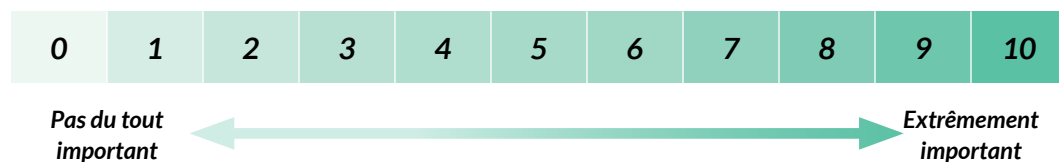
« *Est-ce exact? Avez-vous quelque chose à ajouter ou à corriger?* »

Tâche 2 Susciter les discussions sur le changement

L'écoute active peut permettre au patient de reconnaître et d'exprimer son désir et son potentiel de changement^{987,988}. Au moyen de questions reformulées et évocatrices, le conseiller en EM peut susciter et appuyer une réflexion productive qui reflète les déclarations du patient au sujet des besoins, de la volonté ou de la capacité d'apporter des changements de comportement sains^{987,988}.

Méthodes de discussion pour susciter le changement⁹⁸⁸ :

- Utilisation de la « règle d'importance » : « Quelle importance accordez-vous à...? »
- « Sur une échelle de zéro à dix, où zéro n'est pas du tout important et 10 est extrêmement important, où diriez-vous que vous vous situez? » Cette échelle peut également être utilisée pour évaluer la confiance à l'égard du changement.



- Explorer l'équilibre décisionnel : « Qu'aimez-vous dans votre comportement actuel? Qu'est-ce qui vous inquiète à ce sujet? »
- Approfondissement : « Quoi d'autre? »
- Exploration des extrêmes : « Qu'est-ce qui vous préoccupe le plus? »
- Détermination des buts et des valeurs : « Quelles sont les choses les plus importantes pour vous? »

Types de discussions sur le changement :

La discussion avec un patient sur le changement se divise généralement en deux catégories : discussion en prévision du changement et discussion au sujet du changement qui se produit déjà⁹⁸⁷.

Préparation

- Désir de changement : « Je veux m'améliorer »; « J'aimerais être plus à l'aise avec les gens. »
- Capacité à changer : « J'ai été capable de m'arrêter à certains moments dans le passé »; « Je peux le faire. »
- Raisons du changement : « Je dormirais mieux »; « Je me sentirai en meilleure santé. »
- Besoin de changement : « Je ne peux plus supporter de vivre ainsi »; « C'est pire que je ne le pensais. »

Changement actif

- Engagement : « Je vais demander de l'aide pour ce problème. »
- Mesures à prendre : « J'ai parlé à mon patron de la nécessité de prendre congé pour obtenir de l'aide. »
- Prise de mesures : « J'ai commencé à réduire ma consommation d'alcool pour qu'il soit plus facile d'arrêter plus tard. »

Tâche 3 Planification en collaboration

Une fois que le conseiller en EM a établi, par l'entremise du système OARS, qu'il a compris les préoccupations du patient et « l'état actuel du changement » (p. ex. en notant les signes de préparation au changement ou au changement actif), il peut offrir de la rétroaction et transmettre de l'information en fonction de son expérience et de son expertise, à la demande du patient⁹⁸⁷. Avant de donner des conseils, il faut toujours demander la permission au patient et l'inviter à évoquer d'abord ses idées et ses réflexions.

Au cours de l'EM, l'intensification de discussions sur le changement et de signes de motivation accrue indique une occasion de faire le lien vers la planification du changement. Des questions stratégiquement choisies peuvent inciter le patient à demander des conseils; les conseils non sollicités ne devraient jamais être imposés au patient.

Les principes fondamentaux de l'écoute active (OARS) s'appliquent à toutes les étapes de l'EM, y compris la planification. Le conseiller en EM doit agir au rythme du patient et « suivre le courant ». En réponse à un accroissement de la motivation d'un patient à l'égard du changement, le conseiller en EM peut poser des questions ouvertes plus précises et axées sur les objectifs, en formulant des réflexions et des affirmations pour reconnaître la motivation et la mobiliser en une action planifiée.

A3.1.ii Ressources

De la formation sur les entrevues motivationnelles est offerte dans plusieurs lieux. Une liste abrégée suit : les cliniciens sont encouragés à suivre une formation sur les entrevues motivationnelles dans leur collectivité d'origine, dans la mesure du possible.

- [Réseau d'entrevue motivationnelle des formateurs \(MINT\)](#)
Groupe international de formateurs en EM qui organise des activités de formation et fournit du matériel éducatif pour appuyer l'utilisation efficace de l'EM. Le site Web du MINT présente une liste complète de ressources sur l'EM, notamment des livres, du matériel éducatif et des articles pertinents, ainsi que des cours en ligne.
- [Change Talk Associates](#)
Association de Vancouver qui offre de la formation et du soutien virtuels et en personne en matière d'EM en collaboration avec l'University of British Columbia Continuing Studies (UBC CS). Son site Web offre une liste de ressources en ligne ainsi que le calendrier des activités à venir.
- [Centre de toxicomanie et de santé mentale](#)
Le plus grand hôpital d'enseignement en santé mentale du Canada et l'établissement de recherche de pointe dans le domaine de la toxicomanie et de la santé mentale offre un cours en ligne agréé d'entrevue motivationnelle dans le cadre de son programme de formation continue.
- [PsyMontreal](#)
PsyMontreal offre une formation accréditée en EM aux professionnels de la santé de nombreux secteurs, y compris les universités, les hôpitaux et les organismes de services sociaux, ainsi qu'à divers organismes publics et privés au Québec.

A3.2 Modèle FRAMES

Les approches à base d'intervention brève qui suivent les principes de l'EM sont habituellement structurées à l'aide du modèle FRAMES²⁰¹, une abréviation mnémotechnique qui signifie **F**eedback, **R**esponsibility, **A**dvice, **M**enu, **E**mpathic et **S**elf-efficacy (rétroaction, responsabilité, conseils, menu, empathie et auto-efficacité).

Tableau 13. Le modèle FRAMES pour les interventions brèves basées sur l'EM^{201,202}

Feedback (rétroaction)	Fournir une rétroaction personnalisée sur les résultats du dépistage ou de l'évaluation. Poser des questions ouvertes sur la façon dont le patient comprend ou ressent la rétroaction peut faciliter la discussion.
Responsibility (responsabilité)	À l'aide d'une approche axée sur les forces et le patient, insister sur le fait que la responsabilité de faire le choix de changer le comportement revient en fin de compte à la personne.
Advice (conseils)	Demander d'abord la permission du patient avant de lui donner des conseils. Donner des conseils clairs selon lesquels la réduction ou l'arrêt de la consommation d'alcool réduira le risque de problèmes futurs liés à l'usage d'alcool. De nombreux patients ne savent pas que leur consommation d'alcool actuelle pourrait entraîner des problèmes de santé ou d'autres problèmes, ou encore aggraver des problèmes existants. Une sensibilisation accrue au risque personnel peut donner des raisons d'envisager un changement de comportement.
Menu	Passer en revue un « menu » de différentes options pour réduire ou cesser la consommation d'alcool et encourager le patient à choisir les stratégies qui correspondent le mieux à ses valeurs, à ses préférences, à sa situation et à ses besoins. Offrir un choix renforce le sentiment de contrôle et de responsabilité du patient et peut affermir la motivation à apporter un changement. À l'aide d'un cadre décisionnel partagé, encourager le patient à se fixer des objectifs réalistes et significatifs pour lui-même.
Empathetic (empathie)	Utiliser un style de counseling chaleureux et empathique , qui comprend l'écoute, la compréhension et le reflet de cette compréhension vers le patient (p. ex. « écoute réfléchie »), lequel est associé à de meilleurs résultats des interventions de courte durée.
Self-Efficacy (auto-efficacité)	Encourager et renforcer l' auto-efficacité du patient et sa confiance en sa capacité de changer. Les personnes qui croient pouvoir apporter des changements sont beaucoup plus susceptibles de le faire que celles qui se sentent impuissantes à changer leur comportement.

A3.3 Le modèle en 5 étapes pour les interventions brèves en matière d'alcool

Le modèle en 5 étapes est largement utilisé en soins primaires et dans d'autres contextes cliniques pour appuyer les changements de comportement, y compris les changements alimentaires, les plans d'exercice, l'abandon du tabac et l'usage de substances^{106,204}. Des conseils sur la façon d'adapter l'approche en 5 étapes à une intervention brève liée à l'alcool se trouvent ci-après⁹⁸⁹⁻⁹⁹¹.



Demander	<ul style="list-style-type: none"> • Amorcer une conversation sur l'usage d'alcool du patient • Procéder au dépistage et au diagnostic comme décrit dans l'Annexe 2 : Dépistage et diagnostic
Conseiller	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire clairement le résultat du dépistage • Discuter des répercussions sur la santé du patient • Relier les risques pour la santé aux examens de laboratoire et aux résultats médicaux (p. ex. anxiété, insomnie, tests de fonction hépatique, reflux gastro-œsophagien, tension artérielle), le cas échéant • Discuter des préoccupations et des objectifs du patient en matière de santé • Fournir des recommandations personnalisées <p>Exemples de questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « <i>Je pense que votre consommation d'alcool met votre santé en danger et n'est pas bonne pour vous. Quels objectifs de santé sont les plus importants pour vous?</i> » • « <i>Je vous recommande fortement de réduire votre consommation ou d'arrêter de boire. Qu'est-ce qui a fonctionné pour vous dans le passé?</i> »
Évaluer	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la motivation et l'intérêt du patient à changer ses habitudes en matière de consommation <p>Exemples de questions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « <i>Êtes-vous prêt à envisager de modifier votre consommation d'alcool?</i> » • « <i>Qu'auriez-vous à perdre ou à gagner en réduisant votre consommation d'alcool?</i> » • « <i>Sur une échelle de 1 à 10, quelle est l'importance pour vous de réduire votre consommation d'alcool?</i> » • « <i>Que pensez-vous de ma recommandation? Avez-vous des questions ou inquiétudes?</i> »

<p>Aider</p>	<p>Si le patient exprime sa volonté de changer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exprimer votre soutien et offrir des encouragements • Affirmer votre confiance dans la motivation du patient et sa capacité à changer • Établir en collaboration des objectifs significatifs pour le patient. Les objectifs ne doivent pas se limiter à la réduction ou à l'arrêt de la consommation d'alcool et peuvent comprendre une consommation d'alcool plus sécuritaire • Conformément aux objectifs du patient, proposer diverses possibilités, notamment la pharmacothérapie, les interventions psychosociales, le soutien axé sur le rétablissement et le soutien communautaire • Convenir d'un plan précis et d'une date ou d'un calendrier de changement • Aiguiller les patients vers d'autres services de soins de santé, s'il y a lieu et selon les besoins • Offrir du matériel éducatif et établir des liens avec des soutiens sociaux et des ressources communautaires
	<p>Si le patient n'exprime pas sa volonté de changer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répéter votre préoccupation au sujet de la santé du patient • Poser des questions sur les obstacles au changement que le patient peut rencontrer, et l'inviter à réfléchir à la façon de les gérer • Encourager le patient à prendre le temps de réfléchir à la conversation • Réaffirmer votre volonté de le soutenir lorsqu'il sera prêt • L'aiguiller vers d'autres services de soins de santé, s'il y a lieu et selon les besoins • Offrir du matériel éducatif et établir des liens avec des soutiens sociaux et des ressources communautaires • Suivi. Dépistage répété et interventions brèves régulières
<p>Prévoir</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fixer des visites de suivi • Lors du suivi, documenter la consommation d'alcool et évaluer si le patient a été en mesure d'atteindre et de maintenir les objectifs prévus. <p>Si le patient a atteint l'objectif d'intervention prévu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître, renforcer et appuyer le changement continu • Coordonner les soins avec les partenaires de référence si le patient a eu accès à du soutien supplémentaire. Avec le consentement du patient, communiquer avec des organismes externes ou communautaires au sujet des progrès du patient • Évaluer et traiter toute comorbidité ou symptôme ou trouble de santé mentale concomitant (p. ex. insomnie, dépression, anxiété) en notant qu'ils peuvent s'améliorer avec la réduction de la consommation d'alcool • Encourager le patient à établir de nouveaux objectifs autodéclarés et fixer des rendez-vous de suivi
	<p>Si le patient n'a pas été en mesure d'atteindre l'objectif d'intervention prévu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître que le changement est difficile • Établir un lien entre la consommation d'alcool et les problèmes qu'un patient peut éprouver (p. ex. problèmes de santé, problèmes psychologiques, problèmes sociaux), le cas échéant • Si les mesures suivantes ne sont pas déjà prises, envisager ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> - Aiguiller le patient vers des ressources ambulatoires ou communautaires (p. ex. groupes de soutien par les pairs) - Recommander la participation de la famille (s'il y a lieu et avec le consentement du patient) - Offrir de la pharmacothérapie, des interventions psychosociales, ou les deux, aux patients atteints de TUA - Réévaluer ou rajuster le plan de traitement actuel • Continuer à évaluer et à traiter toute comorbidité ou symptôme ou trouble de santé mentale concomitant (p. ex. insomnie, dépression, anxiété) en notant qu'ils peuvent s'améliorer avec la réduction de la consommation d'alcool <ul style="list-style-type: none"> - Remarque : La prise en charge pharmacologique de la dépression et de l'anxiété est moins efficace tant que le patient continue de consommer de l'alcool • Fixer des rendez-vous de suivi

A3.4 Ressources supplémentaires sur l'intervention brève

- [Agence de la santé publique du Canada : Vidéos sur l'aide au changement de comportement](#)

Cette série de vidéos fournit des suggestions concrètes sur la façon dont les fournisseurs de soins primaires peuvent appuyer le changement de comportement chez leurs patients. Elles comprennent un aperçu des entrevues motivationnelles et offrent des conseils précis à l'aide de scénarios sur la façon de promouvoir des comportements sains au moyen des 5 étapes (Demander, Évaluer, Conseiller, Aider, Prévoir) et des « 5 R » (Relevance, Risks, Rewards, Roadblocks, Repetition, ou en français pertinence, risques, récompenses, obstacles, répétition).

- [Le Collège des médecins de famille du Canada : Alcohol Screening, Brief Intervention, and Referral: A Clinical Guide](#)^{bg}

Cette ressource donne un aperçu d'un processus simple de dépistage de la consommation d'alcool en trois étapes, d'intervention brève et d'aiguillage.

- [BC Centre of Excellence for Women's Health: Doorways to Conversation: Brief Intervention on Substance Use with Girls and Women](#)

Cette ressource est axée sur l'intervention brève concernant la consommation de substances pour les filles et les femmes avant la conception et pendant la période périnatale.

- [American Academy of Family Physicians: Addressing Alcohol Use Practice Manual: An Alcohol Screening and Brief Intervention Program](#)

Ce manuel de pratique présente une approche de changement systémique pour la mise en œuvre du dépistage et de l'intervention brève dans une pratique de soins primaires.

^{bg} À noter que ces ressources fournissent des renseignements pertinents sur l'intervention de courte durée, mais qu'elles font référence au diagnostic à l'aide du DSM-4.

- [Centers for Disease Control and Prevention: Planning and Implementing Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Use: A Step-by-Step Guide for Primary Care Practices](#)^{bg}

Le guide fournit le processus et les ressources nécessaires pour aider le personnel à planifier les soins de santé primaires et à mettre en œuvre le dépistage et l'intervention brève pour la consommation d'alcool.

- [NIAAA: Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide](#)
- Ce guide, rédigé à l'intention des cliniciens en soins primaires et en santé mentale, explique les étapes à suivre pour intégrer le dépistage de l'alcool et l'intervention dans la pratique.

- [NIAAA: Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth: A Practitioner's Guide](#)^{bg}

Ce guide est conçu pour aider les professionnels de la santé à repérer rapidement les jeunes à risque de problèmes liés à l'alcool.

Annexe 4 : Prise en charge du sevrage

Figure 2. Voie de prise en charge du sevrage pour les patients adultes souffrant de TUA modérés ou graves

VOIE DE PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE

1 Évaluation et établissement d'objectifs

1. Discuter des objectifs de traitement du patient.
 2. Évaluer le risque en administrant le test PAWSS. Prendre note des complications antérieures (p. ex. crises, delirium tremens)
- La prise en charge du sevrage est-elle nécessaire ou le patient a-t-il un objectif d'abstinence?**

NON

Si PAWSS ≥ 4 , informer le patient des risques d'un sevrage non supervisé.

2 Stratification des risques

Risque faible de complications graves

p. ex. PAWSS < 4

OUI

Risque élevé de complications graves

p. ex., PAWSS ≥ 4 , crise antérieure

3 Milieu de soins

Soins ambulatoires

- Le patient satisfait aux critères des soins ambulatoires.
- Planifier un suivi régulier (p. ex. en clinique, virtuellement).

Soins en milieu hospitalier

- S'il y a des contre-indications aux soins ambulatoires (p. ex. itinérance).

Soins en milieu hospitalier (option recommandée)

Soins ambulatoires :

- Seulement si l'hospitalisation n'est pas disponible ou n'est pas préférée.
- Planifier un suivi régulier (p. ex. en clinique, virtuellement).

4 Médicaments*

1. Prescrire des médicaments non-benzodiazépines (p. ex. gabapentine)
2. Utiliser les méthodes CIWA-Ar ou SAWS pour évaluer les symptômes de sevrage et pour orienter les soins continus.
3. Surveiller l'émergence d'un sevrage grave et d'autres préoccupations (p. ex. poursuite de la consommation d'alcool).

1. Prescrire des benzodiazépines
2. Utiliser les méthodes CIWA-Ar ou SAWS au début et au cours du sevrage pour éclairer la posologie (en cas de symptômes).

1. Prescrire des benzodiazépines en tant qu'ordonnance à court terme et à durée réduite sur une période de 5 à 7 jours.
2. Utiliser les méthodes CIWA-Ar ou SAWS pour évaluer les symptômes de sevrage.
3. Surveiller l'émergence d'un sevrage grave et d'autres préoccupations (p. ex. poursuite de la consommation d'alcool).

5 Planification des soins continus

Soins continus

La prise en charge du sevrage en tant qu'intervention unique n'est pas recommandée. Offrir des options de soins continus : traitements psychosociaux, soutien psychosocial et pharmacothérapie.

* Administrer de la thiamine par voie orale (200 mg par jour) avant et pendant la prise en charge du sevrage. En milieu hospitalier, administrer de la thiamine parentérale (200 à 300 mg par jour, puis de la thiamine par voie orale).

A4.1 Outils d'évaluation

A4.1.i Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale (CIWA-Ar)²⁸³

Encadré 14. Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Revised

Patient: _____ Date: _____ Heure : _____	
Pouls ou fréquence cardiaque, pris pendant une minute : _____ Pression sanguine : _____	
<p>NAUSÉES ET VOMISSEMENTS — Poser les questions suivantes : « Êtes-vous sujet à des nausées? Avez-vous vomi? » Observation.</p> <p>0 Absence de nausées ou de vomissement</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 Nausées intermittentes avec haut-le-cœur</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 Nausées permanentes, haut-le-cœur et vomissements fréquents</p>	<p>PERTURBATIONS TACTILES — Poser la question suivante : « Éprouvez-vous des sensations de démangeaison, de picotement, de brûlure ou d'engourdissement, ou avez-vous l'impression que des insectes se déplacent sur ou sous votre peau? » Observation.</p> <p>0 Aucune</p> <p>1 Sensations très légères de démangeaison, de picotement, de brûlure ou d'engourdissement</p> <p>2 Sensations légères de démangeaison, de picotement, de brûlure ou d'engourdissement</p> <p>3 Sensations modérées de démangeaison, de picotement, de brûlure ou d'engourdissement</p> <p>4 Hallucinations modérément sévères</p> <p>5 Hallucinations sévères</p> <p>6 Hallucinations extrêmement sévères</p> <p>7 Hallucinations permanentes</p>
<p>TREMBLEMENTS — Bras tendus et doigts écartés. Observation.</p> <p>0 Absence de tremblements</p> <p>1 Non visibles, mais peuvent être sentis du bout des doigts</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 Modérés lorsque le patient a les bras tendus</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 Graves, même lorsque le patient n'a pas les bras tendus</p>	<p>PERTURBATIONS AUDITIVES — Poser la question suivante : « Êtes-vous plus sensible aux sons qui vous entourent? Sont-ils stridents? En avez-vous peur? Entendez-vous des bruits qui vous perturbent? Entendez-vous des choses que vous savez ne pas exister? » Observation.</p> <p>0 Non présents</p> <p>1 Très peu discordants ou effrayants</p> <p>2 Peu discordants ou effrayants</p> <p>3 Modérément discordants ou effrayants</p> <p>4 Hallucinations modérément sévères</p> <p>5 Hallucinations sévères</p> <p>6 Hallucinations extrêmement sévères</p> <p>7 Hallucinations permanentes</p>
<p>SUEURS PAROXYSTIQUES — Observation.</p> <p>0 Pas de sueur visible</p> <p>1 Sueurs à peine perceptibles, paumes moites</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4 Perles de sueur évidentes sur le front</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7 Sudation importante</p>	<p>PERTURBATIONS VISUELLES — Poser la question suivante : « La lumière vous semble-t-elle trop vive? Sa couleur est-elle différente? Vous fait-elle mal aux yeux? Voyez-vous des choses qui vous perturbent? Voyez-vous des choses que vous savez ne pas exister? » Observation.</p> <p>0 non présentes</p> <p>1 Sensibilité très légère</p> <p>2 Sensibilité légère</p> <p>3 Sensibilité modérée</p> <p>4 Hallucinations modérément sévères</p> <p>5 Hallucinations sévères</p> <p>6 Hallucinations extrêmement sévères</p> <p>7 Hallucinations permanentes</p>

<p>ANXIÉTÉ — Poser la question suivante : « Éprouvez-vous de l'anxiété? » Observation.</p> <p>0 Absence d'anxiété, se sent à l'aise 1 Légèrement anxieux 2 3 4 Moyennement anxieux, ou réservé, l'anxiété est donc déduite 5 6 7 Présente un état équivalent à une attaque de panique observée en cas de délire aigu ou d'un épisode schizophrénique aigu</p>	<p>CÉPHALÉES ÉTENDUES À TOUTE LA TÊTE — Poser la question suivante : « Éprouvez-vous des sensations particulières au niveau de la tête? Avez-vous l'impression d'avoir un bandeau autour de la tête? » N'évaluez pas les sensations de vertiges ou d'étourdissement. Évaluez la sévérité des autres sensations</p> <p>0 Non présentes 1 Très légères 2 Légères 3 Modérées 4 Modérément graves 5 Graves 6 Très graves 7 Extrêmement graves</p>
<p>AGITATION — Observation.</p> <p>0 Activité normale 1 Légèrement supérieure à une activité normale 2 3 4 Nervosité et agitation modérées 5 6 7 Marche de long en large durant presque tout l'entretien, ou s'agite dans tous les sens</p>	<p>ORIENTATION ET OBNUBILATION - Poser la question suivante : « Quel jour sommes-nous? Où êtes-vous? Qui suis-je? »</p> <p>0 Orienté et peut effectuer une succession d'additions 1 Ne peut pas effectuer une succession d'additions ou n'est pas sûr de la date 2 Désorienté au sujet des dates à moins de deux jours civils 3 Désorienté au sujet des dates au-delà de deux jours civils 4 Désorienté au sujet du lieu ou de la personne avec qui elle se trouve</p>
<p>Score total CIWA-Ar: _____</p> <p>Score maximum possible : 67</p> <p>Initiales de la personne qui a réalisé l'évaluation : _____</p>	
<p>Le CIWA-Ar ne fait pas l'objet de droits d'auteur et peut être reproduit librement. L'évaluation pour la surveillance des symptômes de sevrage prend environ 5 minutes. Le score maximum est de 67 (voir l'instrument). Les patients dont le score est inférieur à 10 n'ont généralement pas besoin de médicaments supplémentaires pour le sevrage.</p>	
<p>Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA & Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale CIWA-Ar. Br J Addict. 1989;84:1353-1357.</p>	

Interprétation :

Score	Gravité
0 à 10	Symptômes de sevrage légers
11 à 19	Symptômes de sevrage modérés
≥ 20	Symptômes de sevrage graves

Remarque : Une formation est nécessaire pour utiliser correctement cet outil; un processus régulier de vérification et de rétroaction est recommandé pour s'assurer que la variabilité intra-et inter-évaluateurs reste dans une plage acceptable^{992,993}.

Cet outil doit être associé à un jugement clinique professionnel lors de la prise de décisions concernant les protocoles, les horaires de prise et les dosages de médicaments appropriés.

En raison de la nécessité d'un entretien clinique, la méthode CIWA-Ar n'est pas adaptée en cas de présence de barrière de la langue ou si le patient souffre d'un trouble cognitif, délire ou affiche un niveau de conscience diminué²⁸⁴.

A4.1.ii Short Alcohol Withdrawal Scale²⁸⁵

Encadré 15. Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS)

Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS)				
Veillez cocher les cases pour montrer comment vous vous sentez par rapport à toutes les situations suivantes au cours des 24 dernières heures.				
	Inexistant (0 point par coche)	Léger (1 point par coche)	Modéré (2 points par coche)	Grave (3 points par coche)
Anxiété				
Trouble du sommeil				
Problèmes de mémoire				
Nausée				
Agitation				
Tremblements				
Confusion				
Sudation				
Tristesse				
Emballement cardiaque				

Interprétation :

Score	Gravité
< 12	Symptômes de sevrage légers
≥ 12	Symptômes de sevrage modérés à graves

Remarque : Le questionnaire SAWS convient à l'autoévaluation. Il peut être rempli par le patient ou un clinicien pour évaluer les symptômes d'un sevrage léger à modéré.

L'outil SAWS peut être utilisé comme outil unique ou comme supplément au test CIWA-Ar pour les patients qui ont besoin d'une évaluation plus fréquente.

A4.1.iii Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale^{bh} (PAWSS)²⁶³

Encadré 16. Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale

PARTIE A : CRITÈRES SEUILS – Oui ou Non, pas de point	
	Avez-vous consommé de l'alcool (c'est-à-dire, avez-vous bu) au cours des 30 derniers jours ? OU Le patient avait-il une alcoolémie positive (+) lors de son admission?
	Si la réponse à l'une de ces questions est OUI, passez aux questions suivantes.
PARTIE B : EN SE BASANT SUR L'ENTRETIEN AVEC LE PATIENT – 1 point chacune	
1.	Avez-vous été récemment ivre ou subi une intoxication durant les 30 derniers jours?
2.	Avez-vous déjà reçu des soins de réadaptation pour trouble de l'usage de l'alcool ou un traitement pour l'alcoolisme? (c'est-à-dire, programmes de traitement en hospitalisation ou en externe, ou participation aux AA)

bh Le langage présenté dans l'outil PAWSS ci-dessus est une traduction libre de celui utilisé dans l'outil original (en anglais). Les cliniciens sont encouragés à utiliser un langage clinique non stigmatisant ou à refléter le choix du patient.

3.	Avez-vous déjà vécu des épisodes précédents de sevrage alcoolique, quelle que soit leur gravité?
4.	Avez-vous déjà eu des trous de mémoire?
5.	Avez-vous déjà eu des crises de sevrage alcoolique?
6.	Avez-vous déjà vécu un delirium tremens?
7.	Avez-vous associé l'alcool à d'autres tranquillisants, comme des benzodiazépines ou barbituriques, lors des 90 derniers jours?
8.	Avez-vous associé l'alcool à d'autres substances sujettes à une utilisation excessive lors des 90 derniers jours?*

PARTIE C : EN SE BASANT SUR LES PREUVES CLINIQUES – 1 point chacune

9.	<p>L'alcoolémie du patient était-elle supérieure à 200 mg/dL? (43,5 mmol/L en unités du SI)*</p> <p>OU</p> <p>*Un appareil portatif de mesure de la concentration d'alcool dans l'haleine indique une équivalence à une alcoolémie supérieure à 200 mg/dL.</p> <p>OU</p> <p>*Avez-vous consommé de l'alcool au cours des dernières 24 heures?</p>
10.	<p>Existe-t-il des signes d'une activité autonome accrue?</p> <p>p. ex. fréquence cardiaque > 120 b/min, tremblements, agitation, transpiration, nausées</p>

*En raison de l'absence courante de mesure d'alcoolémie, le comité a ajouté cette modification. Veuillez consulter la page suivante.

Interprétation : Score maximal = 10. Cet instrument est conçu comme un *OUTIL DE DÉPISTAGE*. Plus le nombre de résultats positifs est élevé, plus le risque de développer un syndrome de sevrage alcoolique est important.

Un score ≥ 4 suggère un **RISQUE ÉLEVÉ** de syndrome de sevrage alcoolique modéré à grave (compliqué); une prophylaxie ou une hospitalisation sont indiquées.

Une version en ligne de l'outil PAWSS d'origine (non modifié) est disponible à l'adresse : MDCalc.com.

A4.1.iii.1 Remarques et avertissements

La PAWSS n'a pas été validée dans les structures de soins ambulatoires, ou pour les personnes jeunes ou enceintes. Même si ces lignes directrices reconnaissent l'utilité de la PAWS pour l'évaluation des risques dans l'ensemble des structures et pour l'ensemble des populations, elles mettent l'accent sur le fait que, lors de la prise de décisions cliniques, **cet outil doit être associé au meilleur jugement clinique en se basant sur une évaluation complète des antécédents médicaux, de l'état actuel, des besoins et des préférences médicaux, psychosociaux, sociaux et culturels du patient.**

A4.1.iii.2 Modifications

Question 9 – Alcoolémie :

La grande majorité des structures de soins ambulatoires ne sont pas équipées pour évaluer l'alcoolémie sur le point d'intervention. À titre de solution de rechange, le comité recommande que l'administrateur de la méthode PAWSS demande aux patients :

Avez-vous consommé de l'alcool au cours des dernières 24 heures?

En se basant sur les taux de métabolisation et d'élimination de l'alcool chez les êtres humains⁹⁹⁴, il est très improbable qu'un patient qui n'a pas consommé d'alcool au cours des dernières 24 heures puisse avoir une alcoolémie supérieure à 200 mg/dL. Tandis qu'une consommation d'alcool au cours des dernières 24 heures représente une mesure prudente d'alcoolémie > 200 mg/dL (c'est-à-dire que ce seuil bas peut identifier plus de personnes à risque qu'il n'y en a réellement), il y a un consensus au sein du comité pour déclarer que les avantages d'identifier les personnes risquant de développer des complications graves l'emportent sur le risque de faux négatifs pour cet élément du questionnaire.

Sinon, si un appareil portable de mesure de la concentration d'alcool dans l'air expiré (c'est-à-dire, un « éthylomètre ») est disponible, la concentration d'alcool dans l'air expiré peut être utilisée à la place de l'alcoolémie. La recherche indique que la concentration d'alcool dans l'air expiré est fortement corrélée à l'alcoolémie^{995,996}.

A4.1.iii.3 Terminologie

Les éléments suivants du questionnaire doivent être bien compris par la personne qui réalise la PAWSS et définis pour le patient afin de maximiser l'exactitude des résultats.

Question 4 – Trous de mémoire

Les trous de mémoire sont des épisodes transitoires d'amnésie rétrograde généralement **sans perte de connaissance** qui accompagnent différents degrés d'intoxication alcoolique.²⁶³ Les trous de mémoire peuvent être un indicateur d'une intoxication grave ou d'une consommation d'alcool sur le long terme, car un degré considérable de tolérance à l'alcool est nécessaire pour ingérer la quantité

d'alcool pouvant déclencher un épisode d'amnésie sans perte de connaissance.²⁶³ La personne qui réalise la PAWSS doit faire clairement la distinction entre les trous de mémoire liés à l'alcool et les pertes de connaissance (c'est-à-dire, les évanouissements) quand elle pose la question au patient.

Question 5 – Crises de sevrage

Les crises de sevrage sont de brèves crises tonico-cloniques habituellement généralisées qui surviennent 6 à 48 heures après la réduction ou l'arrêt de la consommation d'alcool³⁰⁰. Les patients peuvent confondre les crises avec d'autres expériences, comme des tremblements, il est donc important de définir ce qu'est une crise de sevrage et de la différencier des autres symptômes de sevrage. Les patients atteints de TUA ont un risque accru d'épilepsie idiopathique ou de crise pour d'autres raisons^{997,998}, donc la personne qui réalise la PAWSS doit clairement définir les crises de sevrage comme des crises qui surviennent dans les 1 à 2 jours qui suivent l'arrêt ou une diminution importante de la consommation d'alcool.

Question 6 – Delirium tremens

Le delirium tremens est une conséquence grave du sevrage alcoolique qui nécessite une hospitalisation et une gestion immédiates; s'il n'est pas traité, le risque de décès est d'environ 3 à 5 %²⁷⁶. Les symptômes comprennent une désorientation profonde, de la confusion et de l'agitation associées à une hyperactivité autonome grave²⁷⁶. Dans le langage courant, le delirium tremens en est venu à symboliser les symptômes généraux du sevrage alcoolique. La personne qui réalise la PAWSS doit faire clairement la distinction entre le delirium tremens et les autres symptômes de sevrage pour éviter de faux résultats positifs.

A4.2 Planification de la prise en charge du sevrage

Avant de planifier la prise en charge du sevrage, les cliniciens doivent évaluer et déterminer les objectifs de traitement du patient. Si la prise en charge du sevrage est souhaitée ou nécessaire, il faut utiliser le système PAWSS pour déterminer le risque de complications graves. En fonction du score PAWSS et des paramètres cliniques tels que les crises antérieures ou le delirium tremens, les cliniciens peuvent déterminer si le patient satisfait aux critères de prise en charge du sevrage en ambulatoire (voir l'[Encadré 7](#) pour la liste complète des critères). La prise en charge

du sevrage en milieu hospitalier dans un hôpital ou un établissement spécialisé devrait être envisagée pour les patients qui ne satisfont pas à ces critères, qui ont d'autres contre-indications à la prise en charge ambulatoire selon le jugement clinique du fournisseur de soins de santé traitant, ou qui expriment une préférence pour la prise en charge du sevrage en milieu hospitalier.

La planification du sevrage des patients en ambulatoire doit comprendre un soutien à la prévention des rechutes, ainsi que la prévention des surdoses et la planification de la sécurité. En collaboration avec le patient, concevoir un plan en fonction des déclencheurs possibles et de ce qu'il faut faire pour obtenir du soutien. La planification, la désignation des personnes de soutien, les instructions, les suppléments nutritionnels, le suivi et les plans de suivi devraient tous être déterminés avant le début du sevrage. Voir l'[Encadré 8](#) pour une description détaillée des tâches liées à la planification.

Exemples de scénarios

- « *Quelles sont les raisons pour lesquelles vous buvez?* »
- « *Selon vous, qu'est-ce qui pourrait déclencher une envie de boire pendant que vous tentez d'arrêter?* »
- « *Qu'est-ce qui vous a aidé à arrêter ou à réduire votre consommation d'alcool dans le passé?* »
- « *Comment pouvons-nous le mieux vous soutenir pendant cette période de sevrage?* »
- « *Voici ce à quoi vous pouvez vous attendre pendant la période de sevrage...* »

A4.3 Prescription de pharmacothérapie pour la prise en charge du sevrage

Cette annexe énumère les médicaments pour la prise en charge du sevrage; elle ne stratifie pas les traitements en fonction des options de première et de deuxième intention. Les prescripteurs doivent choisir le médicament le plus approprié pour un patient en particulier en fonction de ses antécédents médicaux, de sa situation et de ses préférences. Il convient de noter que, bien que l'efficacité des benzodiazépines pour la prise en charge du sevrage soit appuyée par la plus grande quantité de données probantes, ces lignes directrices recommandent des pharmacothérapies qui ne sont pas à base de benzodiazépines pour la prise en charge du sevrage en ambulatoire

en raison de leur profil d'innocuité supérieur. L'utilisation de benzodiazépines peut être envisagée pour les patients en ambulatoire qui présentent un risque élevé de complications graves du sevrage dans les situations où les services en milieu hospitalier ne sont pas disponibles ou utilisables. Dans de tels cas, les benzodiazépines devraient être prescrites à court terme et les cliniciens devraient prévoir de surveiller de près les patients pour détecter les événements indésirables, les effets secondaires et le respect approprié du traitement.

Pour faciliter la prise de décisions, cette annexe comprend les profils de chaque médicament contre le sevrage alcoolique examiné dans les présentes lignes directrices, y compris des exemples de protocoles de dosage. À l'exception des benzodiazépines, qui comprennent des médicaments approuvés par Santé Canada pour les TUA (chlorazépate⁹⁹⁹, diazépam¹⁰⁰⁰ et oxazépam¹⁰⁰¹), l'utilisation des médicaments examinés ci-après serait considérée comme « non indiquée ». Comme pour tout médicament utilisé de manière non indiquée, il est important d'effectuer une évaluation complète, et notamment d'examiner attentivement les médicaments pris de manière concomitante pour déterminer s'il y a des interactions médicamenteuses possibles, et de consigner le consentement du patient dans son dossier.

Comme l'innocuité et l'efficacité comparatives de ces pharmacothérapies non indiquées n'ont pas été pleinement établies pour les adolescents, les personnes enceintes, les aînés ou les patients issus de populations plus complexes (p. ex. problèmes de santé mentale ou médicaux concomitants, troubles concomitants de consommation de substances), la prescription de ces médicaments dans ces cas serait à la discrétion du clinicien après une évaluation minutieuse des risques, des avantages, des interactions médicamenteuses et des contre-indications (particulièrement pour les personnes enceintes). Les cliniciens sont encouragés à consulter un spécialiste en toxicomanie pour obtenir des renseignements supplémentaires et des conseils propres à chaque cas, au besoin.

Les contre-indications, les mises en garde et les effets secondaires ont été résumés à partir d'essais cliniques et complétés par des données provenant de monographies de produits approuvés par Santé Canada pour des indications cliniques particulières. Pour les médicaments prescrits de manière non indiquée, la durée et les doses diffèrent de celles utilisées pour les affections indiquées (p. ex. troubles convulsifs, hypertension). Les cliniciens doivent être conscients de ces différences lorsqu'ils prescrivent des médicaments de manière non indiquée pour le sevrage alcoolique.

Tableau 14. Aperçu des options de pharmacothérapie pour la prise en charge du sevrage

Nom du médicament	Benzodiazépines ¹⁰⁰⁰	Carbamazépine ³⁴⁴	Gabapentine ⁶²⁶	Acide valproïque ¹⁰⁰²	Clonidine ¹⁰⁰³
Classe de médicament	Benzodiazépines	Anticonvulsivant			Agoniste α adrénergique
Consommation simultanée d'alcool	<ul style="list-style-type: none"> Amplifient les effets de l'alcool; peuvent entraîner de graves risques pour la sécurité, notamment une sédation excessive, des chutes, un délire, une dépression respiratoire (p. ex. surdose non mortelle ou mortelle) et la nécessité d'une hospitalisation prolongée. 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun risque de sécurité bien décrit 	<ul style="list-style-type: none"> Abstinence recommandée pendant le traitement en raison du risque d'effets déprimeurs du SNC additifs Remarque : Des études indiquent qu'à des doses thérapeutiques, la gabapentine ne risque pas d'augmenter la sédation ou la déficience motrice⁵³⁷ 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun risque pour la sécurité en cas de prise simultanée avec l'alcool 	<ul style="list-style-type: none"> Risque d'effet additif de baisse de la tension artérielle
Contre-indications	<ol style="list-style-type: none"> Insuffisance respiratoire sévère Apnée du sommeil Myasthénie Glaucome par fermeture de l'angle 	<ol style="list-style-type: none"> Maladie hépatique Aplasie médullaire Trouble sanguin grave Bloc cardiaque auriculoventriculaire 	<ol style="list-style-type: none"> Hypersensibilité à la gabapentine 	<ol style="list-style-type: none"> Maladie mitochondriale Maladie ou dysfonctionnement hépatique Troubles du cycle de l'urée 	<ol style="list-style-type: none"> Déficience du nœud sino-auriculaire Bradyarythmie grave Intolérance au galactose
Mises en garde	<ul style="list-style-type: none"> Intolérance au lactose Dysfonctionnement hépatique Insuffisance rénale Allaitement 	<ul style="list-style-type: none"> Associée à une dyscrasie sanguine rare et au syndrome de Stevens Johnson en cas d'utilisation à long terme Les allèles HLA-B*15:02 et HLA-A*31:01 augmentent le risque de toxicité de la carbamazépine³⁴⁵. 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance rénale 	<ul style="list-style-type: none"> Grossesse ou intention de tomber enceinte Aînés (> 65 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> Hypotension chez les patients sensibles

Effets secondaires	<ul style="list-style-type: none"> Somnolence, étourdissements. Moins courants : changements de la couleur de la peau, nausées, maux de tête, vision floue, tremblements, hypotension, troubles gastro-intestinaux, pertes de mémoire 	<ul style="list-style-type: none"> Étourdissements, prurit, ataxie, céphalées, somnolence, nausées (habituellement mineurs et temporaires) 	<ul style="list-style-type: none"> Des doses plus élevées peuvent causer de l'ataxie, des troubles de l'élocution, de la somnolence Le profil est meilleur que celui des autres anticonvulsivants 	<ul style="list-style-type: none"> Somnolence, troubles gastro-intestinaux, confusion, tremblements 	<ul style="list-style-type: none"> Hypotension, sécheresse de la bouche, étourdissements, fatigue, céphalées, nausées, vomissements, constipation, malaise, trouble du sommeil, sédation, dysfonction érectile
Autres considérations	Voir la section suivante pour un aperçu plus détaillé de chaque médicament				
Posologie	Voir la section suivante pour plus d'informations sur la posologie				

Tableau 15.

Benzodiazépine ¹⁰⁰⁰	
Contre-indications	Insuffisance respiratoire sévère Apnée du sommeil Myasthénie Glaucome par fermeture de l'angle
Mises en garde	Intolérance au lactose Insuffisance rénale Dysfonctionnement hépatique ^{bi} Allaitement Grossesse Aînés Trouble de l'usage des benzodiazépines
Effets secondaires	Les effets secondaires les plus courants des benzodiazépines sont la somnolence et les étourdissements. Les effets secondaires moins courants comprennent des changements de la couleur de la peau, des nausées, des maux de tête, une vision floue, des tremblements, une hypotension, des troubles gastro-intestinaux et des pertes de mémoire.
Consommation simultanée d'alcool	Amplifient les effets de l'alcool; peuvent entraîner de graves risques pour la sécurité, notamment une sédation excessive, des chutes, un délire, une dépression respiratoire (p. ex. surdose non mortelle ou mortelle) et la nécessité d'une hospitalisation prolongée.
Autres considérations	<p>Possibilité d'utilisation non médicale, de détournement et de dépendance ou de troubles de l'usage des benzodiazépines</p> <p>Possibilité d'interactions médicamenteuses avec des dépresseurs du SNC (p. ex. alcool, opioïdes, benzodiazépines) et la gabapentine, ce qui entraîne une sédation excessive, une altération du fonctionnement psychomoteur et cognitif.</p> <p>Des études contrôlées en laboratoire ont suggéré que la consommation de benzodiazépines peut avoir un effet d'amorçage croisé qui augmente la motivation à consommer de l'alcool et sa consommation.</p> <p>Envisager un calendrier de posologie fixe pour la prise en charge du sevrage en ambulatoire afin de limiter les risques. La prise de benzodiazépines doit cesser lorsque les symptômes de sevrage se sont résorbés (habituellement de 5 à 7 jours).</p> <p>Les patients et les membres de leur famille doivent être conscients du risque de dépendance et de tolérance et recevoir de l'information sur l'utilisation sécuritaire, les signes d'une surdose et les coordonnées des personnes à prévenir en cas d'urgence.</p> <p>Envisagez les stratégies suivantes pour réduire le risque : distribution quotidienne à partir d'une pharmacie, participation de membres de la famille ou de fournisseurs de soins pour administrer des médicaments et surveiller la réaction du patient, visites de suivi fréquentes ou appels téléphoniques quotidiens.</p> <p>Le lorazépam est préférable pour les personnes atteintes d'une maladie respiratoire ou hépatique grave et pour les aînés (envisager une dose plus faible).</p>

- bi Il est courant pour les patients souffrant de TUA graves de souffrir également de dysfonction hépatique. Les patients souffrant de dysfonction hépatique et qui risquent de développer des complications graves du sevrage devraient se voir prescrire des benzodiazépines pour la prise en charge du sevrage. Les cliniciens devraient envisager une benzodiazépine à action plus courte à une dose plus faible pour ces patients.

Exemple de
protocole de
posologie^{297,302}

Les benzodiazépines doivent être proposées pour une durée maximale de sept jours et doivent être réduites progressivement; des durées plus courtes sont préférables.

Exemple de protocoles constants et souples de quatre jours pour le diazépam (Valium)

Programme	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4
Constant ^a	5 à 10 mg QID	5 à 10 mg TID	5 à 10 mg BID	5 à 10 mg au coucher
Souple ^b	5 à 10 mg q4 à 6 h PRN selon les symptômes	5 à 10 mg q6 à 8 h PRN	5 à 10 mg q12 h PRN	5 à 10 mg au coucher, PRN

a Les protocoles de posologie constants sont destinée aux patients ambulatoires et doit être adaptée individuellement dans la mesure du possible, avec des ajustements effectués après les enregistrements quotidiens.

b Les protocoles de posologie souples doivent être utilisés en milieu hospitalier où une surveillance étroite est possible et la posologie doit être basée sur la gravité des symptômes. En ambulatoire, les protocoles de posologie souples ne doivent être prescrits qu'aux patients dont la fiabilité et le respect des recommandations cliniques ont été démontrés.

c Symptômes : Pouls > 100 battements par minute, TA diastolique > 90 mmHg, ou signes de sevrage.

En ambulatoire, il est recommandé de faire appel à des membres de la famille ou à des soignants pour évaluer la gravité des symptômes et administrer des médicaments.

Exemple de protocole constant de quatre jours pour le lorazépam (Ativan)

Jours 1 et 2 1 à 2 mg q4 h

Jours 3 et 4 0,5 à 1 mg q4 h

Tableau 16.

Carbamazépine									
Contre-indications ³⁴⁴	<p>Maladie hépatique Aplasia médullaire Trouble sanguin grave Bloc cardiaque auriculoventriculaire</p>								
Mises en garde ³⁴⁴	<p>Associée à une dyscrasie sanguine rare et au syndrome de Stevens Johnson, qui se développe habituellement au cours des premiers mois suivant la prise de ce médicament.</p> <p>L'apparition d'une dyscrasie sanguine potentiellement grave peut être rapide; il faut informer les patients des premiers signes toxiques d'un problème hématologique potentiel.</p> <p>Il faut conseiller aux patients de consulter immédiatement leur médecin s'ils subissent des réactions comme de la fièvre, des maux de gorge, des éruptions cutanées, des ulcères dans la bouche, des ecchymoses au moindre choc, une hémorragie pétéchiale ou un purpura.</p> <p>Les allèles HLA-B*15:02 et HLA-A*31:01 augmentent le risque de toxicité de la carbamazépine. Il est nécessaire de surveiller les patients pour détecter les effets indésirables de la carbamazépine s'ils ont un risque élevé de porter l'allèle HLA-B*15:02 ou HLA-A*31:01.</p>								
Effets secondaires ³³⁵	<p>Les effets secondaires les plus fréquemment signalés sont les étourdissements, le prurit, l'ataxie, les céphalées, la somnolence et la nausée.</p> <p>Les effets secondaires sont souvent mineurs et temporaires, mais ils peuvent survenir chez jusqu'à 18 % des patients³³⁵.</p>								
Consommation simultanée d'alcool	Aucun risque pour la sécurité en cas de prise simultanée avec l'alcool								
Autres considérations ^{335,344,345}	<p>Aucun risque de consommation non médicale, de détournement ou de dépendance</p> <p>Procéder à une évaluation critique des risques et des avantages lorsqu'il est question de prescrire de la carbamazépine à des patients qui ont des antécédents de lésions cardiaques, hépatiques ou rénales, des réactions hématologiques indésirables à d'autres médicaments ou qui ont déjà interrompu des traitements à la carbamazépine. Une évaluation clinique complète, comprenant des analyses de laboratoire appropriées, doit être effectuée avant le début du traitement.</p> <p>Une formule sanguine complète, comprenant le dénombrement des plaquettes et peut-être les taux de réticulocytes et du fer sérique, doit être demandée pour assurer la santé de la moelle osseuse avant de prescrire de la carbamazépine. Si le nombre de plaquettes est trop faible, il faut surveiller le patient de près.</p> <p>Les patients doivent également connaître les symptômes de réactions dermatologiques ou hépatiques. En plus des tests de référence, la fonction hépatique chez les aînés et les patients ayant des antécédents de maladie hépatique doit être surveillée pendant le traitement.</p> <p>Les prescripteurs devraient examiner les interactions médicamenteuses de la carbamazépine avec un pharmacien ou un autre professionnel lorsqu'ils envisagent d'utiliser ce médicament pour la prise en charge du sevrage alcoolique.</p>								
Exemple de protocoles de posologie ^{338-343,1004,1005}	<table border="0"> <tr> <td>Jour 1</td> <td>200 mg QID</td> </tr> <tr> <td>Jour 2</td> <td>200 mg TID</td> </tr> <tr> <td>Jour 3</td> <td>200 mg BID</td> </tr> <tr> <td>Jours 4 et 5</td> <td>200 mg DIE</td> </tr> </table> <p>Remarque : Ce protocole s'applique aux comprimés à libération immédiate. Pour la prise en charge du sevrage, la plupart des essais cliniques ont utilisé un régime standard réduit de cinq jours. Il n'y a pas de protocole adapté au cas pour ce médicament.</p>	Jour 1	200 mg QID	Jour 2	200 mg TID	Jour 3	200 mg BID	Jours 4 et 5	200 mg DIE
Jour 1	200 mg QID								
Jour 2	200 mg TID								
Jour 3	200 mg BID								
Jours 4 et 5	200 mg DIE								

Tableau 17.

Gabapentine													
Contre-indications ^{344,626}	Hypersensibilité à la gabapentine												
Mises en garde ⁶²⁶	Déficience rénale – la gabapentine est éliminée uniquement par excrétion rénale. Des ajustements posologiques sont recommandés pour les patients souffrant d'une insuffisance rénale (y compris les patients âgés dont la fonction rénale est en déclin) et les patients qui subissent des hémodialyses.												
Effets secondaires ⁶²⁶	Les effets secondaires les plus courants sont l'ataxie, les troubles de l'élocution et la somnolence.												
Consommation simultanée d'alcool ^{537,626}	<p>Une dose supérieure à la dose thérapeutique et un usage concomitant d'alcool ou d'opioïdes augmentent le risque de dépression respiratoire, de sédation profonde, de syncope et de décès. Les patients qui continuent de consommer de l'alcool ou d'autres déprimeurs du SNC doivent être étroitement surveillés pour déceler les signes et les symptômes de dépression du SNC, et la dose de gabapentine peut devoir être ajustée en conséquence.</p> <p>Remarque : Des études indiquent que la consommation concomitante d'alcool et de gabapentine à des doses thérapeutiques n'augmente pas la sédation ou la déficience motrice.</p>												
Autres considérations ⁶²⁶	<p>Possibilité d'utilisation non médicale, de détournement et de dépendance.</p> <p>Les patients dont la fonction respiratoire est compromise, qui souffrent d'une maladie respiratoire ou neurologique, d'une déficience rénale et les aînés sont plus à risque de subir des effets indésirables graves sur le SNC, notamment une sédation, de la somnolence, des pertes de conscience et une dépression respiratoire grave.</p> <p>La gabapentine est éliminée principalement par excrétion rénale; un ajustement posologique peut être nécessaire chez les patients âgés et les patients souffrant d'une insuffisance rénale.</p> <p>Les prescripteurs devraient examiner les interactions médicamenteuses de la gabapentine lorsqu'ils envisagent d'utiliser ce médicament pour la prise en charge du sevrage alcoolique.</p> <p>Transition facile de la prise en charge du sevrage à la pharmacothérapie pour le traitement continu des TUA à base de gabapentine.</p>												
Exemple de protocoles de posologie ⁵³⁷	<p>Remarque : Ce protocole s'applique aux comprimés à libération immédiate.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Symptômes</th> <th style="width: 25%;">Dose régulière</th> <th style="width: 25%;">PRN</th> <th style="width: 25%;">HS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si CIWA-Ar est de 10 à 14 ou SAWS ≥ 12</td> <td>300 mg TID Augmenter la dose jusqu'à 600 mg TID si les symptômes ne s'estompent pas.</td> <td>300 mg PRN – Laisser 2 heures entre les doses régulières et les doses PRN.</td> <td>300 à 600 mg HS PRN</td> </tr> <tr> <td>Si CIWA-Ar est de < 10 ou SAWS < 12</td> <td></td> <td>300 mg q4 h PRN</td> <td>300 à 600 mg HS PRN</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Lorsque les symptômes aigus disparaissent et que le CIWA est < 10 ou le SAWS < 12 de façon constante (par exemple, trois contrôles), réduire sur trois à cinq jours en diminuant la dose de 600 mg chaque jour.</i></p> <p><i>La dose journalière maximale est de 3600 mg.</i></p> <p><i>Ne pas administrer de doses si le patient présente une somnolence, une ataxie ou des troubles de l'élocution.</i></p> <p>Conseil clinique :</p> <p>Demander au patient de s'autoévaluer à l'aide de l'échelle Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS; voir l'Encadré 15) afin de déterminer s'il est nécessaire d'ajouter de la gabapentine (PRN). Que le patient soit à 300 mg ou 600 mg TID, des doses supplémentaires de gabapentine de 300 mg TID selon le cas peuvent être ajoutées si les scores SAWS sont ≥ 12 ou si le patient souffre de manque, d'insomnie ou d'irritabilité.</p>	Symptômes	Dose régulière	PRN	HS	Si CIWA-Ar est de 10 à 14 ou SAWS ≥ 12	300 mg TID Augmenter la dose jusqu'à 600 mg TID si les symptômes ne s'estompent pas.	300 mg PRN – Laisser 2 heures entre les doses régulières et les doses PRN.	300 à 600 mg HS PRN	Si CIWA-Ar est de < 10 ou SAWS < 12		300 mg q4 h PRN	300 à 600 mg HS PRN
Symptômes	Dose régulière	PRN	HS										
Si CIWA-Ar est de 10 à 14 ou SAWS ≥ 12	300 mg TID Augmenter la dose jusqu'à 600 mg TID si les symptômes ne s'estompent pas.	300 mg PRN – Laisser 2 heures entre les doses régulières et les doses PRN.	300 à 600 mg HS PRN										
Si CIWA-Ar est de < 10 ou SAWS < 12		300 mg q4 h PRN	300 à 600 mg HS PRN										

Tableau 18.

Clonidine	
Contre-indications ^{344,1003}	Déficience du nœud sino-auriculaire Bradyarythmie grave Intolérance au galactose Syncope attribuable à l'hypotension
Mises en garde ¹⁰⁰³	Peut causer une hypotension chez les patients qui ont des antécédents d'hypotension artérielle.
Effets secondaires ¹⁰⁰³	Hypotension, sécheresse de la bouche, étourdissements, fatigue, céphalées, nausées, vomissements, constipation, malaise, trouble du sommeil, sédation et dysfonction érectile
Consommation simultanée d'alcool ¹⁰⁰³	La clonidine et l'alcool peuvent avoir des effets additifs de réduction de la tension artérielle. S'ils sont consommés ensemble, les patients peuvent éprouver des maux de tête, des étourdissements, des vertiges ou des changements du pouls ou de la fréquence cardiaque.
Autres considérations ^{359,362,1003}	En tant que traitement autonome, la clonidine ne doit être utilisée que pour traiter des symptômes de sevrage légers chez les patients qui présentent un faible risque de développer des complications graves (PAWSS < 4). Peut être utilisée sans danger avec des benzodiazépines ou d'autres anticonvulsants (gabapentine, carbamazépine, acide valproïque) comme traitement complémentaire pour le sevrage alcoolique. Les patients et les familles devraient recevoir une formation sur les signes et les symptômes de l'hypotension.
Exemple de protocoles de posologie ^{360,362}	Début
	0,1 à 0,2 mg BID (dernière dose au coucher)
	Dosage
	Possibilité d'ajouter 0,2 mg par jour au besoin
	Dose finale
	0,1 à 0,6 mg BID Pour assurer le contrôle de la tension artérielle pendant le sommeil, il est recommandé de prendre la dernière dose de la journée immédiatement avant de se coucher.

Tableau 19.

Acide valproïque	
Contre-indications ^{344,1002}	Maladie mitochondriale Maladie ou dysfonctionnement hépatique Troubles du cycle de l'urée
Mises en garde ¹⁰⁰²	Patientes enceinte ou patientes ayant l'intention de tomber enceinte Aînés (âgés de 65 ans et plus)
Effets secondaires ¹⁰⁰²	Les effets secondaires les plus courants sont l'hypotension, la sécheresse de la bouche, les étourdissements, la fatigue, les céphalées, les nausées, les vomissements, la constipation, les malaises, les troubles du sommeil, la sédation et une dysfonction érectile
Consommation simultanée d'alcool ¹⁰⁰²	Aucun risque significatif pour la sécurité en cas de prise simultanée avec l'alcool
Autres considérations ¹⁰⁰²	En raison des preuves limitées d'efficacité, l'utilisation de l'acide valproïque ne devrait être envisagée que lorsque toutes les autres options de pharmacothérapie de sevrage sont contre-indiquées. Il faut faire preuve d'une extrême prudence lorsqu'on envisage d'administrer de l'acide valproïque à des patientes enceintes ou à des personnes en capacité de procréer en raison du risque d'effets tératogènes dépendant de la dose, comme le spina-bifida. Une posologie prudente est recommandée pour les aînés (65 ans et plus). Les prescripteurs devraient examiner les interactions médicamenteuses de l'acide valproïque lorsqu'ils envisagent d'utiliser ce médicament pour la prise en charge du sevrage alcoolique.
Exemple de protocoles de posologie ^{1006,1007}	<p>Si le score CIWA < 10 avant le traitement :</p> <p>Jours 1 à 5 Commencer à 250 mg TID pendant 5 jours Si les symptômes de sevrage persistent, passer à 500 mg TID pendant les jours 1 à 3. Après stabilisation, réduire à 250 mg pour les jours 4 et 5</p> <p>Jour 6 Cesser le traitement</p> <p>Si le score CIWA ≥ 10 avant le traitement :</p> <p>Jours 1 à 3 Commencer à 500 mg TID</p> <p>Jours 4 à 5 Réduire à 250 mg TID</p> <p>Jour 6 Cesser le traitement</p> <p>Remarque : Les protocoles de posologie publiés pour l'acide valproïque utilisent des protocoles d'administration en cas de symptômes fondés sur le score CIWA-Ar (voir l'Encadré 14).</p>

Annexe 5 : Pharmacothérapie pour les TUA

Avant de commencer la pharmacothérapie, des [A2.5.ii Évaluations supplémentaires](#) doivent être effectuées pour déterminer les contre-indications des médicaments et les interactions possibles entre les médicaments. Ces lignes directrices recommandent la naltrexone et l'acamprosate comme options de pharmacothérapie de première intention pour le traitement des TUA. En plus d'autres facteurs individuels (p. ex. contre-indications, couverture), le choix entre ces médicaments dépend des objectifs de traitement et de rétablissement du patient. La naltrexone est recommandée pour les patients qui ont un objectif d'abstinence ou de réduction de la consommation d'alcool, et l'acamprosate est recommandé pour les patients qui ont un objectif d'abstinence. La présente annexe fournit des instructions sur la posologie et des considérations pratiques pour faciliter le choix et l'administration du traitement.

Cette annexe fournit également de l'information pour appuyer la sélection de pharmacothérapies de remplacement — topiramate, gabapentine et disulfirame — si les médicaments de première intention sont contre-indiqués, inefficaces ou non préférés. À l'exception du disulfirame, un médicament approuvé par Santé Canada pour les TUA, l'utilisation de ces médicaments de rechange serait considérée comme « non indiquée ». Comme pour tout médicament utilisé de manière non indiquée, il est important d'effectuer une évaluation complète, et notamment d'examiner attentivement les médicaments pris de manière concomitante pour déterminer s'il y a des interactions médicamenteuses possibles, et de consigner le consentement du patient dans son dossier. Le [Tableau 24](#) fournit une comparaison visuelle des médicaments recommandés.

Comme l'innocuité et l'efficacité comparatives des pharmacothérapies pour les TUA n'ont pas été pleinement établies pour les adolescents, les personnes enceintes, les aînés ou les patients issus de populations plus complexes (p. ex. problèmes de santé mentale ou médicaux concomitants), la prescription de ces médicaments dans ces cas serait à la discrétion du clinicien après une évaluation minutieuse des risques, des avantages, des interactions médicamenteuses et des contre-indications. Les cliniciens sont encouragés à consulter un spécialiste en toxicomanie pour obtenir des renseignements supplémentaires et des conseils propres à chaque cas, au besoin.

Les contre-indications, les mises en garde et les effets secondaires ont été résumés à partir d'essais cliniques et complétés par des données provenant de monographies de produits approuvées par Santé Canada pour des indications cliniques particulières. La durée et les doses utilisées pour les affections indiquées (p. ex. troubles convulsifs) peuvent différer de celles utilisées pour les indications non indiquées des soins des TUA. Les données doivent être interprétées avec prudence en gardant ces aspects à l'esprit.

A5.1 Pharmacothérapies de première intention pour les TUA

Tableau 20. Pharmacothérapies de première intention pour les TUA (naltrexone et acamprosate)

	Naltrexone ⁴⁹²	Acamprosate ⁶²⁴
Consommation simultanée d'alcool	<ul style="list-style-type: none"> Aucun risque de sécurité bien décrit 	<ul style="list-style-type: none"> Aucun risque de sécurité bien décrit
Contre-indications	<ol style="list-style-type: none"> Hypersensibilité à la naltrexone Toute utilisation actuelle d'opioïdes (sur ordonnance ou à des fins non médicales) Sevrage aigu aux opioïdes Hépatite aiguë ou insuffisance hépatique 	<ol style="list-style-type: none"> Hypersensibilité à l'acamprosate Insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine ≤ 30 ml/min) Allaitement
Mises en garde	<ol style="list-style-type: none"> Insuffisance rénale Insuffisance hépatique grave Utilisation concomitante d'autres médicaments potentiellement hépatotoxiques Grossesse et allaitement* Patients pédiatriques (< 18 ans)* 	<ol style="list-style-type: none"> Insuffisance rénale modérée (clairance de la créatinine de 30 à 50 ml/min) Patients pédiatriques et gériatriques (> 65 ans)* Grossesse*
Effets secondaires	<ul style="list-style-type: none"> Nausées, céphalées et étourdissements Généralement légers et temporaires Commencer à faible dose ou l'abstinence de l'alcool peut réduire les effets secondaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Diarrhée, vomissements et douleurs abdominales Les effets secondaires sont habituellement transitoires et se résorbent rapidement
Couverture et coût	Le coût de la naltrexone et de l'acamprosate varie selon la couverture et la province. Consultez le formulaire régional de médicaments pour plus de détails.	

<p>Innocuité et autres considérations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tests de fonction hépatique au moment du traitement initial et au bout de 1, 3 et 6 mois. Surveillance plus fréquente si les tests de fonction hépatique donnent des résultats élevés • En raison du risque de lésions hépatiques, conseiller aux patients d'arrêter le traitement si des signes d'hépatite aiguë apparaissent (fatigue, anorexie, nausées et vomissements) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun risque pour la sécurité en cas d'insuffisance rénale légère (clairance de la créatine de 50 à 80 ml/min) • Une insuffisance modérée (clairance de la créatine de 30 à 50 ml/min) nécessite une réduction de la dose³¹ • Aucune toxicité hépatique
<p>Posologie</p>	<p>La naltrexone peut être prescrite à la demande ou au besoin. La prise au besoin est habituellement effectuée avant la consommation d'alcool ou lorsque le patient éprouve des états de manque importants.</p> <p>Début : 25 mg à la demande pendant 1 semaine</p> <p>Dosage : jusqu'à 50 mg à la demande, si nécessaire</p> <p>Un dosage plus faible peut être indiqué si des symptômes gastro-intestinaux ou des céphalées intolérables se manifestent au début du traitement.</p> <p>Des données limitées indiquent qu'une dose plus élevée de naltrexone pourrait être sans danger, avec une dose accrue de 100 à 150 mg/jour dont l'innocuité et la tolérance sont démontrées.^{1008,1009} La dose peut être augmentée jusqu'à un maximum de 150 mg par jour si les taux d'enzymes hépatiques se trouvent dans la plage normale et si le patient continue d'éprouver des états de manque à 50 mg par jour. Veuillez noter que la monographie du produit recommande une dose de 50 mg/jour pour traiter le TUA.</p>	<p>La motivation et la préparation au traitement peuvent représenter des facteurs particulièrement importants en ce qui concerne le respect du traitement, car l'acamprosate doit être administré à une dose de près de 2 g divisée en 3 doses par jour en raison de sa faible biodisponibilité.</p> <p>Commencer à la dose de maintien :</p> <p>2 comprimés de 333 mg TID</p>
<p><i>* Remarque : L'innocuité et l'efficacité n'ont pas été pleinement établies pour ces populations de patients. Il est recommandé de procéder à une évaluation minutieuse des avantages et des risques, d'obtenir le consentement pleinement éclairé du patient et de procéder à une surveillance plus fréquente.</i></p>		

A5.2 Pharmacothérapies de remplacement

Tableau 21.

Topiramate ⁶²⁵	
Contre-indications	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hypersensibilité au topiramate 2. Grossesse ou intention de tomber enceinte 3. Glaucome par fermeture de l'angle 4. Lithiase rénale
Mises en garde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilisation concomitante de l'acide valproïque 2. États ou thérapies qui prédisposent les patients à l'acidose (maladie rénale, troubles respiratoires graves, état de mal épileptique, diarrhée, chirurgie, régimes cétogènes, certains médicaments)
Effets secondaires	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes liés au SNC : ralentissement psychomoteur, difficulté à se concentrer, troubles de la parole et du langage, somnolence, fatigue et troubles de l'humeur • La plupart sont de gravité légère à modérée et surviennent tôt dans le traitement. • Commencer à faible dose et la modifier progressivement jusqu'à une dose stable sur plusieurs semaines afin d'éviter ou de réduire la gravité des effets secondaires
Couverture	Consultez le formulaire régional de médicaments pour plus de détails.
Consommation simultanée d'alcool	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun risque de sécurité bien décrit • Aucune interaction avec l'alcool et le traitement peut commencer alors qu'un patient boit encore
Innocuité et autres considérations	<ul style="list-style-type: none"> • En raison du risque pour le fœtus, conseiller aux personnes en état de procréer d'utiliser un contraceptif efficace • Aucun risque pour la sécurité en cas de maladie hépatique • Surveiller les signes d'hyperammoniémie (vomissements inexplicables, léthargie, confusion, changements de l'état mental, hyperthermie) et d'acidose métabolique (hyperventilation, fatigue, anorexie, arythmie cardiaque, stupeur)

Exemple de protocoles de posologie^{524,525,528,530,1010,1011}

- Certaines personnes subissent des effets secondaires importants, particulièrement à des doses plus élevées ou avec une augmentation plus rapide des doses
- Une adaptation graduelle de la dose sur plusieurs semaines est fortement recommandée (p. ex. de 4 à 8 semaines environ pour arriver à la dose complète).
- La dose cible initiale recommandée pour la monothérapie au topiramate chez les adultes est de 100 mg/jour, administrée en deux doses divisées, en fonction des besoins et de la tolérance.

Semaine	Dose du matin	Dose du soir
Semaine 1	Aucune	25 mg
Semaines 2 et 3	25 mg	25 mg
Semaines 3 et 4	50 mg	50 mg

Si des doses supérieures à 100 mg/jour sont requises, la dose peut être augmentée à intervalles hebdomadaires par incréments de 50 mg jusqu'à un maximum de 400 mg/jour. Les augmentations supérieures à 100 mg/jour doivent être effectuées dans des contextes spécialisés. Des études ont démontré une meilleure innocuité et tolérabilité du topiramate à des doses plus faibles (50 à 100 mg/jour), les effets secondaires augmentant à des doses plus élevées. La dose et le rythme d'adaptation doivent être guidés par les effets secondaires et les résultats cliniques. Certains patients peuvent tirer des avantages d'un rythme d'adaptation moins rapide ou de doses plus faibles. Des doses quotidiennes supérieures à 400 mg n'ont pas été étudiées adéquatement.

Tableau 22.

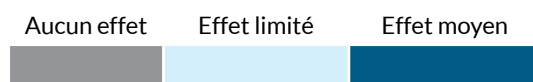
Gabapentine ⁶²⁶							
Contre-indications	1. Hypersensibilité à la gabapentine						
Mises en garde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patients gériatriques (> 65 ans) et pédiatriques (< 18 ans)* 2. Patiente enceinte et allaitante 3. Consommation concomitante d'opioïdes et d'autres dépresseurs du SNC 4. Fonction respiratoire compromise 5. Maladie neurologique ou déficience cognitive 6. Insuffisance rénale 						
Effets secondaires	<ul style="list-style-type: none"> • Les effets secondaires comportent l'ataxie, les troubles de l'élocution et la somnolence. • La plupart sont de gravité légère à modérée et surviennent tôt dans le traitement. 						
Couverture	Consultez le formulaire régional de médicaments pour plus de détails.						
Consommation simultanée d'alcool ^{537,626}	<ul style="list-style-type: none"> • Il est sécuritaire de commencer alors que les patients consomment de l'alcool, mais les résultats peuvent être améliorés si le patient s'abstient depuis au moins trois jours⁵³⁷. • L'abstinence est recommandée après le début du traitement en raison du risque potentiel d'effets secondaires combinés pour le SNC⁵³⁷. • Une dose supérieure à la dose thérapeutique et une consommation concomitante d'alcool peuvent augmenter le risque de dépression respiratoire, de sédation profonde, de syncope et de décès. Garder les patients sous observation étroite pour détecter toute dépression du SNC et ajuster la dose de gabapentine au besoin • Il n'est pas nécessaire de terminer la prise en charge du sevrage avant le début du traitement. 						
Innocuité et autres considérations ⁶²⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients avec des défaillances de la fonction respiratoire, des maladies respiratoires ou neurologiques, des troubles rénaux et les aînés sont plus à risque de subir des effets indésirables graves sur le SNC. • Prescrire avec prudence aux aînés et aux personnes souffrant d'une déficience rénale ou cognitive et assurer un suivi étroit. Ne pas prescrire à des patients subissant actuellement des délires. • Sans danger pour les patients atteints d'une maladie hépatique. • Un ajustement posologique peut être requis pour les aînés et les patients souffrant d'une insuffisance rénale. • Les prescripteurs devraient examiner les interactions médicamenteuses de la gabapentine lorsqu'ils envisagent d'utiliser ce médicament pour le traitement des TUA. 						
Exemple de protocoles de posologie ^{537,1012}	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #e6f2ff; padding: 5px;">Début</td> <td style="padding: 5px;">100 à 300 mg TID</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e6f2ff; padding: 5px;">Dosage</td> <td style="padding: 5px;"> Si le patient ressent de l'anxiété ou des états de manque, prise PRN jusqu'à 1800 mg max. par jour <ul style="list-style-type: none"> • Si le patient continue de souffrir d'insomnie, une dose plus élevée au coucher peut être justifiée. Remarque : Ce protocole s'applique aux comprimés à libération immédiate. </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px;">Abréviation : TID – trois fois par jour, PRN – au besoin</td> </tr> </table>	Début	100 à 300 mg TID	Dosage	Si le patient ressent de l'anxiété ou des états de manque, prise PRN jusqu'à 1800 mg max. par jour <ul style="list-style-type: none"> • Si le patient continue de souffrir d'insomnie, une dose plus élevée au coucher peut être justifiée. Remarque : Ce protocole s'applique aux comprimés à libération immédiate.		Abréviation : TID – trois fois par jour, PRN – au besoin
Début	100 à 300 mg TID						
Dosage	Si le patient ressent de l'anxiété ou des états de manque, prise PRN jusqu'à 1800 mg max. par jour <ul style="list-style-type: none"> • Si le patient continue de souffrir d'insomnie, une dose plus élevée au coucher peut être justifiée. Remarque : Ce protocole s'applique aux comprimés à libération immédiate.						
	Abréviation : TID – trois fois par jour, PRN – au besoin						
<p><i>* Remarque : L'innocuité et l'efficacité n'ont pas été pleinement établies pour ces populations de patients. Il est recommandé de procéder à une évaluation minutieuse des avantages et des risques, d'obtenir le consentement pleinement éclairé du patient et de procéder à une surveillance plus fréquente.</i></p>							

Tableau 23.

Disulfirame ⁵⁶¹	
Contre-indications	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilisation simultanée ou récente de métronidazole, d'alcool ou de préparations contenant de l'alcool 2. Intoxication alcoolique 3. Maladie grave du myocarde, occlusion coronarienne 4. Psychose active 5. Hypersensibilité au disulfirame ou à d'autres dérivés du thirame (caoutchouc)
Mises en garde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patientes enceintes et allaitantes 2. Patients pédiatriques 3. Troubles comme le diabète sucré, l'hypothyroïdie, les troubles convulsifs, les lésions cérébrales, la néphrite chronique ou aiguë, la cirrhose ou l'insuffisance hépatique, un électroencéphalogramme anormal ou les troubles concomitants de l'usage de substances
Effets secondaires	<ul style="list-style-type: none"> • En l'absence d'alcool, les effets secondaires les plus courants sont la somnolence, les éruptions cutanées (acné, dermatite), la fatigue, une dysfonction érectile, des céphalées et un arrière-goût métallique ou semblable à l'ail. • Un effet secondaire moins fréquent, mais grave est la toxicité hépatique (hépatite cholestatique ou fulminante, insuffisance hépatique entraînant l'obligation d'une transplantation sous peine de décès), qui peut se produire chez les patients qui ont ou non des antécédents d'anomalies de la fonction hépatique.
Couverture	<p>Consultez le formulaire régional de médicaments pour plus de détails.</p> <p>Remarque : Ce médicament n'est plus vendu dans le commerce et doit être formulé dans une pharmacie locale. Les prescripteurs doivent communiquer à l'avance avec la pharmacie du patient pour s'assurer que le produit est disponible ou accessible.</p>
Consommation simultanée d'alcool^{488,561}	<ul style="list-style-type: none"> • En raison de la gravité de la réaction disulfirame-alcool, les patients ne doivent pas consommer d'alcool pendant qu'ils prennent du disulfirame
Innocuité et autres considérations⁵⁶¹	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir le plein consentement éclairé du patient avant de prescrire du disulfirame. Sensibiliser les patients et les familles aux effets secondaires et aux risques associés à la réaction disulfirame-alcool. • Les patients doivent s'abstenir de consommer de l'alcool pendant au moins 12 heures avant de prendre du disulfirame. • La réaction disulfirame-alcool peut constituer une situation d'urgence. Les patients devraient porter une carte d'identification sur eux énumérant les symptômes de la réaction disulfirame-alcool et les coordonnées de leur clinicien en cas d'urgence. • Effectuer des tests de référence et de suivi de la fonction hépatique, surveiller la formule sanguine complète et équilibres chimiques sanguins en raison du risque d'hépatotoxicité. Il faut conseiller aux patients et aux familles de signaler immédiatement les premiers signes ou symptômes de l'hépatite.
Exemple de protocoles de posologie⁵⁶¹	<ul style="list-style-type: none"> • 250 mg OD administrés sous forme de dose quotidienne unique le matin ou le soir • Il est possible de demander aux patients qui vivent une sédation diurne de prendre leur dose le soir. Si la sédation persiste, la dose peut être réduite à 125 mg • Les patients qui peuvent encore boire de l'alcool sans réaction disulfirame-alcool – malgré un bon respect du traitement (très rare), peuvent augmenter la dose à 500 mg par jour. • Ne pas dépasser une dose quotidienne de 500 mg <p>Abréviation : OD – une fois par jour</p>

A5.3 Outil de sélection de médicament

Tableau 24. Comparaison des pharmacothérapies pour les TUA



	Naltrexone	Acamprosate	Gabapentine	Topiramate
Efficacité				
Abstinence	Effet limité	Effet moyen	Aucun effet	Effet moyen
Consommation excessive	Effet limité	Aucun effet	Effet moyen	Effet moyen
Manque	Effet limité	Aucun effet	Aucun effet	Aucun effet
Contre-indications (▲) et mises en garde (●)				
Usage d'opioïdes	▲		●	
Insuffisance hépatique/hépatite	▲			
Insuffisance rénale grave	●	▲	●	
Calculs rénaux				▲
Glaucome par fermeture de l'angle				▲
Consommation actuelle d'alcool				
Utilisation sécuritaire avec consommation concomitante?	✓	✓	X	✓
L'abstinence pré-traitement est souhaitable	✓	✓	✓	

Annexe 6 : Services de consultation

Tableau 25. Services de consultation par province

Province	Ressource
Colombie-Britannique	<p>La 24/7 Addiction Medicine Clinician Support Line offre des consultations téléphoniques avec un spécialiste en toxicomanie aux médecins, aux infirmières praticiennes, aux infirmières et aux pharmaciens sur le dépistage, l'évaluation, le traitement et la prise en charge des troubles de l'usage de substances et de l'usage de substances. Le service est également offert à tous les fournisseurs de soins de première ligne qui s'occupent de personnes qui consomment des substances issues de communautés autochtones en Colombie-Britannique, y compris de centres urbains autochtones.</p> <p>Appels locaux : 778-945-7619</p>
	<p>Rapid Access to Consultative Expertise (RACE) for Addiction est offert aux médecins et aux infirmières praticiennes du lundi au vendredi, de 8 h à 17 h pour consultation et soutien.</p> <p>Téléchargez l'application RACE : www.raceconnect.ca/race-app</p>
Alberta	<p>Rapid Access Addiction Medicine (RAAM) offre un programme complet mené par un médecin et un conseiller en toxicomanie qui gère tous les problèmes de dépendance aux substances et de dépendance comportementale du lundi au vendredi, de 8 h à 21 h (17 h le vendredi). Les consultations sans rendez-vous, les aiguillages spontanés et les aiguillages effectués par des professionnels sont acceptés.</p> <p>Appels locaux : 403-367-5000</p>
Saskatchewan	<p>La Rapid Access Addiction Medicine (RAAM) offre des services sans rendez-vous et accepte les aiguillages du service des urgences et des fournisseurs de soins communautaires.</p>
Manitoba	<p>Les Rapid Access to Addiction Medicine (RAAM) clinics offrent des services sans rendez-vous aux adultes de 18 ans et plus.</p> <p>Appel : Manitoba Addictions Helpline 1-855-662-6605</p> <p>RAAM on call : appeler le Health Sciences Centre (HSC) au 204-787-2071 et demander RAAM on call</p>
	<p>La ligne Rapid Access to Consultative Expertise (RACE) est un service téléphonique offert aux médecins de famille du lundi au vendredi, de 9 h à 16 h pour la consultation et le soutien en psychiatrie.</p> <p>Appels locaux : 204-940-2573</p>

<p>Ontario</p>	<p>Le Ontario eConsult program est un outil Web sécurisé qui permet aux médecins et aux infirmières praticiennes d'avoir accès en temps opportun à des conseils spécialisés pour tous les patients, incluant une spécialité générale en toxicomanie.</p> <p>Inscription : Utilisez votre code ONEID et obtenez un accès le jour même. Consultez la page d'inscription à OTNhub pour vous inscrire. Dans le cas des médecins qui ne disposent pas de code ONEID, vous pouvez vous inscrire en utilisant le portail des membres de l'OMCO. Si vous êtes infirmière praticienne ou si vous avez besoin d'aide pour obtenir un numéro ONEID, veuillez nous envoyer un courriel à l'adresse eConsultCOE@toh.ca.</p> <p>Les Rapid Access Addiction Medicine (RAAM) clinics sont des cliniques sans rendez-vous à accès facile dans lesquelles les patients peuvent se présenter pour obtenir de l'aide pour un trouble de l'usage de substances sans rendez-vous ni aiguillage officiel. Les Rapid Access Addiction Medicine clinics offrent des soins médicaux d'une durée limitée pour la toxicomanie (notamment des pharmacothérapies, de brefs conseils et l'aiguillage vers des services communautaires).</p> <p>Le serveur de liste Mentoring, Education and Clinical Tools for Addiction: Primary Care-Hospital Integration (META:PHI) est une communauté en ligne active d'environ 1 100 médecins, infirmières, conseillers et administrateurs en Ontario et partout au Canada. Il s'agit d'un forum de discussion pour les questions, les cas, les articles et les politiques liés à la toxicomanie.</p> <p>Pour accéder à une liste d'envoi : Envoyez un courriel à Laurie Smith à l'adresse laurie.smith@wchospital.ca</p> <p>Pour accéder au forum en ligne : Faites une demande d'adhésion sur la page du Google Group.</p>
<p>Québec</p>	<p>La clinique de médecine des toxicomanies du CHUM offre un soutien en tout temps aux infirmières et aux médecins de première et de deuxième ligne de toutes les régions du Québec, qu'ils travaillent en établissement ou dans la collectivité.</p> <p>Jour : 514-838-9547 (du lundi au vendredi, de 8 h à 18 h)</p> <p>Soirs et fins de semaine : 514-890-8316 (de 18 h à 8 h, du lundi au vendredi, les fins de semaine et les jours fériés)</p> <p>L'équipe de soutien clinique et organisationnel en dépendance et itinérance offre du soutien aux professionnels de la santé et des services sociaux du Québec en ce qui a trait aux questions liées à la toxicomanie et à l'itinérance.</p> <p>Appels : 514-863-7234 (du lundi au vendredi, de 9 h à 18 h)</p> <p>Courriel : soutien.dependance.itinerance.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca</p>
<p>Nouvelle-Écosse</p>	<p>Le Addictions Medicine Consult Service (AMCS) offre des conseils cliniques rapides aux médecins, aux pharmaciens communautaires et aux infirmières praticiennes.</p> <p>Sans frais : 1-855-970-0234 (du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30)</p>
<p>Terre-Neuve-et-Labrador</p>	<p>Le service Building Access to Specialists through eConsultation (BASE eConsult) est un outil Web qui permet aux praticiens des soins primaires de communiquer avec des spécialistes. Les demandes recevront une réponse dans un délai de sept jours (moyenne = 2 jours).</p> <p>Courriel : change.management@nlchi.nl.ca</p>

2S/LGBTQ+ : Bispirituels, lesbiennes, gais, bisexuels, personnes trans, queers et autres personnes de genre et d'orientation sexuelle divers (consulter également les entrées du glossaire pour chaque terme respectif).

Acamprosate : Médicament utilisé pour le traitement des TUA. L'acamprosate réduit les symptômes de sevrage alcoolique et gère le manque en modifiant les réponses aux signaux cognitifs liés à l'alcool. On estime qu'il rétablit l'équilibre entre l'excitation médiée par le glutamate et l'inhibition de l'activité neurale médiée par le GABA, et qu'il réduit l'hyperexcitabilité neuronale générale.

Trouble de l'usage de l'alcool : Problème de santé chronique récurrent/persistant caractérisé par un usage répété d'alcool et d'autres drogues qui provoque une déficience clinique et fonctionnelle significative, aggrave les problèmes de santé et diminue le fonctionnement ainsi que la qualité de vie.

Benzodiazépine : Type de dépresseur du SNC utilisé pour traiter les symptômes du sevrage alcoolique.

Bisexuel : Personne qui peut être durablement attirée de manière physique, romantique et/ou émotionnelle par des personnes du même genre ou d'un autre genre. Les personnes peuvent ressentir cette attirance de différentes manières et à différents degrés tout au long de leur vie.

Carbamazépine : Médicament anticonvulsivant utilisé pour traiter les symptômes du sevrage alcoolique.

Clonidine : Agoniste alpha-2-adrénergique à action centrale qui peut supprimer les symptômes noradrénergiques persistants (p. ex. hypertension, tachycardie) associés au sevrage alcoolique.

Continuum des soins des TUA : Système de soins complet pour la gestion des TUA, conçu pour évaluer l'évolution des besoins des personnes atteintes de TUA aux différentes étapes, du dépistage et du diagnostic au traitement, à la réduction des méfaits et aux soins continus et y répondre.

Humilité culturelle : Processus d'autoréflexion lancé pour comprendre les préjugés personnels et systémiques ainsi qu'établir et entretenir des relations et processus respectueux basés sur une confiance mutuelle; elle nécessite de se considérer humblement comme un apprenant quand on essaie de comprendre l'expérience d'une autre personne.^{bj}

Sécurité culturelle : Résultat grâce auquel les personnes se sentent en sécurité quand elles reçoivent des soins dans un environnement exempt de racisme et de discrimination. Elle résulte d'une mobilisation respectueuse qui cherche à remédier aux déséquilibres de pouvoir inhérents au système de santé. La sécurité culturelle est définie par ceux qui reçoivent les soins, et non par ceux qui les prodiguent.

Delirium tremens : Manifestation grave et potentiellement mortelle du sevrage alcoolique, caractérisée par l'apparition d'une confusion, d'une désorientation et/ou d'hallucinations graves, accompagnées d'une hyperactivité autonome grave.

Gabapentine : Médicament anticonvulsivant utilisé pour traiter les symptômes du sevrage alcoolique. Il s'agit également une option de deuxième intention pour les soins continus des TUA.

Gai : Adjectif utilisé pour décrire les personnes qui sont durablement attirées de manière physique, romantique et/ou émotionnelle par des personnes du même genre.

Réduction des méfaits : Politiques et programmes qui cherchent à réduire les méfaits immédiats sociaux, économiques et sur la santé associés à l'usage de substances psychoactives, sans nécessairement exiger une diminution de la consommation de substance ou un objectif d'abstinence.

Fournisseur de soins de santé : Peut faire référence aux médecins, infirmières praticiennes, infirmières autorisées, infirmières psychiatriques autorisées, infirmières auxiliaires autorisées et pharmaciens.

^{bj} Définitions empruntées (légèrement adaptées et traduites) à la [Régie de la santé des Premières Nations](#).

Consommation à risque élevé : Tendance de consommation d'alcool associée au développement de conséquences négatives sur la santé physique ou mentale. Les conséquences sociales négatives sont courantes. La consommation d'alcool à risque élevé est définie par un score AUDIT de 16 ou plus ou un score AUDIT-C de 8 ou plus.

Alcool illicite : Voir alcool non destiné à la consommation.

Drogues illicites : Substances dont la consommation n'est pas légale ou régulée.

Lesbienne : Femme qui est attirée durablement de manière physique, romantique et/ou émotionnelle par les autres femmes. Certaines personnes qui correspondent à cette description préfèrent s'identifier comme étant gaies (adj.) ou femmes gaies.^{bk}

Programme de gestion de l'alcool (PGA) : Stratégie de réduction des méfaits appliquée pour diminuer les méfaits personnels et les effets sociaux néfastes des TUA graves, notamment ceux vécus par les personnes sans-abri ou présentant des conditions de logement instables. En général, un PGA distribue de petites doses d'alcool aux clients à intervalles réguliers, afin de réguler leur consommation et de réduire la consommation non sécuritaire d'alcool autre que sous forme de boisson.

Gestion médicale : Counseling informel, non structuré et axé sur le plan médical fourni par le membre du personnel médical traitant en association avec un traitement pharmacologique. La gestion médicale inclut notamment des vérifications de la santé et du bien-être, des soutiens et des conseils, l'évaluation de la motivation et la détermination des obstacles à modifier, la création d'un plan de traitement, la promotion du respect du traitement médicamenteux, l'optimisation de la posologie, le soutien du respect du traitement et la prévention des rechutes, ainsi que l'orientation vers des services médicaux et sociaux appropriés.

bk Définitions empruntées (légèrement adaptées et traduites) au [GLAAD Media Reference Guide](#)

Traumatisme multigénérationnel : Transmission d'une oppression historique et d'un traumatisme non résolu des parents et autres responsables aux enfants. Le terme peut également être utilisé pour décrire les effets émotionnels, les adaptations et les stratégies développées pour faire face quand une personne vit avec un survivant d'un traumatisme.

Programmes de soutien mutuel/de soutien par les pairs : Soutien fourni au moyen d'un réseau de pairs par des réunions, des discussions ouvertes sur les expériences personnelles et les obstacles rencontrés pour demander de l'aide, du parrainage, des programmes en douze étapes avec des pairs et d'autres outils de rétablissement. Les exemples incluent les Alcooliques anonymes, les Narcotiques anonymes, SMART Recovery et LifeRing Secular Recovery.

Naltrexone : Médicament antagoniste des opioïdes à longue durée d'action qui évite que les récepteurs soient activés par d'autres opioïdes. La naltrexone est utilisée pour traiter les troubles de l'usage de l'alcool et des opioïdes.

Soins continus des TUA : Étape du continuum de soins au cours de laquelle les patients qui participent à des soins des TUA (ainsi que leurs familles, si elles participent aux soins) se voient proposer un éventail de pharmacothérapies, d'interventions de traitement psychosocial, de services de réduction des méfaits et de services de soutien au rétablissement basés sur des données probantes actuelles, en fonction de l'évolution des besoins, afin de poursuivre leur travail vers la réalisation de leurs objectifs sur le long terme.

Soins axés sur le patient : Soins qui prennent en compte les besoins, valeurs et préférences uniques de chaque patient et cherchent à impliquer et responsabiliser les patients en tant qu'experts de leurs propres soins, y compris en jouant le rôle d'agent principal pour la réduction des méfaits liés à l'usage de substance, la définition d'objectifs de traitement personnalisés réalistes et significatifs, et la sélection en collaboration des interventions ou options de traitement qui les aideront au mieux à atteindre leurs objectifs personnels.

Pair (comme dans pair intervenant pivot ou pair travailleur de soutien) : Personne qui partage une expérience vécue commune (p. ex. de consommation de substance) avec le client.

Personnes ayant une expérience vécue ou actuelle : Les personnes qui ont consommé des substances, mais qui ne le font plus actuellement sont appelées personnes ayant une expérience vécue, tandis que celles qui consomment actuellement des substances sont appelées personnes ayant une expérience actuelle. Cette terminologie permet de mettre en avant le statut de ces groupes en tant que détenteurs de connaissance de première main et parties prenantes qui doivent être consultés pour les décisions liées aux soins en matière d'usage de substances.

Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) : Outil prédictif appliqué par un membre du personnel médical et basé sur un score qui permet d'évaluer le risque de complications graves du sevrage.

Soutiens psychosociaux : Services de soutien social non thérapeutiques destinés à améliorer la stabilité et la qualité de vie globales des personnes ou des familles. Ils peuvent inclure des services communautaires, des services sociaux et familiaux, de l'hébergement temporaire et des logements supervisés, des programmes d'aide au revenu, de la formation professionnelle, de l'éducation aux aptitudes à la vie quotidienne et des services juridiques.

Interventions de traitement psychosocial : Traitements structurés ou manualisés administrés par un fournisseur de soins formé qui intègrent des principes de thérapie cognitivo-comportementale, de thérapie interpersonnelle, d'entrevue motivationnelle, de thérapie comportementale dialectique, d'organisation des contingences, de prévention structurée de la rechute, de rétroaction biologique, de counseling familial ou de groupe. Les interventions psychosociales peuvent inclure des approches culturellement spécifiques comme des guérisseurs traditionnels, l'implication d'Aînés et des cérémonies de guérison autochtones.

Queer : Adjectif utilisé par certaines personnes dont la sexualité n'est pas hétérosexuelle. Autrefois considéré comme péjoratif, le terme queer a été récupéré par certaines personnes 2S/LGBTQ+ pour se décrire elles-mêmes; cependant, ce n'est pas un terme accepté universellement, même au sein de la communauté 2S/LGBTQ+^{hhh}.

Rétablissement : Processus de changement grâce auquel les personnes améliorent leur santé et leur bien-être, vivent une vie autonome et s'emploient à déployer tout leur potentiel^{bl}.

Rechute ou reprise de la consommation : Peut être définie différemment selon les personnes; cependant, une définition générale inclurait une réémergence ou une augmentation de la gravité de symptômes de trouble de l'usage de l'alcool ou des méfaits liés à l'usage de l'alcool après une période de stabilité.

Déterminants sociaux de la santé : Large gamme de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui influencent la santé des individus et des populations.

Stabilisation : La stabilisation est spécifique à chaque patient et dépend de la situation et des besoins de chacun ainsi que de la manière dont ils évoluent au fil du temps. Les diagnostics selon le DSM-5, les comorbidités physiques et de santé mentale, ainsi que les déterminants sociaux de la santé (p. ex. pauvreté, absence de logement) des patients doivent être identifiés au départ et faire l'objet d'un suivi au cours du temps. La stabilisation comprend une stabilisation clinique (p. ex. absence de manque, sommeil plus long et de meilleure qualité, ainsi que bien-être général) et une stabilisation psychosociale (p. ex. intégration dans de nouvelles activités, rétablissement des liens familiaux et obtention d'un logement sûr).

Stigmatisation : Un ensemble d'attitudes et de croyances négatives qui poussent les gens à avoir peur et à discriminer d'autres personnes. La stigmatisation, qu'elle soit perçue ou réelle, nourrit souvent des mythes et des idées fausses, et peut influencer des choix. Elle peut avoir une incidence sur les attitudes de recherche d'un traitement, les réactions de la famille et des amis, l'éducation et la sensibilisation à la santé comportementale, ainsi que la probabilité qu'une personne ne cherche pas un traitement ou l'abandonne.

^{bl} Définition empruntée (et traduite) à la [Working Definition of Recovery](#) de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration

Personne trans : Personne trans est un terme général qui décrit un large éventail de personnes dont le genre et/ou l'expression de genre diffèrent de leur sexe assigné à la naissance et/ou des attentes sociales et culturelles associées à leur sexe assigné à la naissance.^{hhh}

Soins tenant compte des traumatismes : Soins de santé et autres services ancrés dans une compréhension du traumatisme qui intègrent les principes suivants : la prise en compte des traumatismes; la sécurité et la fiabilité; le choix, la collaboration et le lien; des approches fondées sur les forces; et le renforcement des compétences. Les services qui tiennent compte des traumatismes accordent la priorité à la sécurité et à la responsabilisation, tout en évitant les approches de confrontation.

Traumatisme : Le traumatisme peut être vu comme une expérience qui dépasse la capacité d'adaptation d'une personne. Le traumatisme peut provenir d'une série d'événements ou d'un événement important. Le traumatisme peut arriver tôt dans la vie (p. ex. violence envers les enfants, rupture de l'attachement, être témoin de violence sur d'autres personnes ou négligence) ou plus tard dans la vie (p. ex. accidents, guerre, perte inattendue, violence ou d'autres événements de la vie hors de contrôle). Les traumatismes surviennent rarement de manière isolée et ont souvent des répercussions directes ou indirectes sur les familles et les communautés. Le traumatisme est rarement un incident isolé. Les traumatismes continus et multiples peuvent se chevaucher ou se produire simultanément. Le traumatisme peut être dévastateur et peut nuire au sentiment de sécurité, à l'estime de soi et au sentiment d'efficacité personnelle d'une personne. Le traumatisme peut également avoir une influence sur la capacité d'une personne à réguler ses émotions et à gérer ses relations. Les personnes qui ont eu un traumatisme peuvent consommer des substances ou avoir d'autres comportements pour supporter des sentiments de honte, de terreur et d'impuissance.

Bispirituel : Terme utilisé par certaines sociétés autochtones de l'Île de la Tortue pour décrire des personnes ayant divers identités de genre, expressions de genre, rôles de genre et orientations sexuelles. Les personnes bispirituelles ont toujours été des membres très respectés et honorés de la collectivité pour leur expérience, leurs connaissances et leur pratique équilibrées^{bm}.

Sevrage : Symptômes qui peuvent survenir lorsqu'un usage de substance de longue durée est réduit ou arrêté; ces symptômes apparaissent s'il y a eu une tolérance à une substance et varient en fonction de la substance. Les symptômes de sevrage peuvent inclure l'amplification des émotions et un stress temporaire, de l'anxiété ou de la dépression, ainsi que des effets physiques comme des nausées, des vomissements, des douleurs musculaires et des crampes, entre autres.

Prise en charge du sevrage/désintoxication : Ensemble d'interventions pharmacologiques, psychosociales et de soins de soutien visant à gérer les symptômes de sevrage qui surviennent lorsqu'une personne qui souffre d'un trouble de l'usage de substance arrête ou réduit de manière significative la consommation de cette substance.

bm Définition empruntée (légèrement adaptée et traduite) à « [Queer Terminology from A to Q](#) » de Qmunity

References

1. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924-6. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD
2. Health Canada. Canadian Alcohol and Drugs Survey (CADS): summary of results for 2019. Health Canada. Updated December 20, 2021. Accessed October 19, 2022, <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-alcohol-drugs-survey/2019-summary.html>
3. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Text Revision (DSM-5-TR)*. APA Publishing; 2022.
4. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Understanding Alcohol Use Disorder. Accessed June 3, 2022, [https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/understanding-alcohol-use-disorder#:~:text=Alcohol%20use%20disorder%20\(AUD\)%20is,%2C%20occupational%2C%20or%20health%20consequences.](https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/understanding-alcohol-use-disorder#:~:text=Alcohol%20use%20disorder%20(AUD)%20is,%2C%20occupational%2C%20or%20health%20consequences.)
5. Stolle M, Sack P-M, Thomasius R. Binge drinking in childhood and adolescence: epidemiology, consequences, and interventions. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2009;106(19):323.
6. Buchmann AF, Schmid B, Blomeyer D, et al. Impact of age at first drink on vulnerability to alcohol-related problems: testing the marker hypothesis in a prospective study of young adults. *J Psychiatr Res*. 2009;43(15):1205-1212.
7. Dawson DA, Goldstein RB, Patricia Chou S, June Ruan W, Grant BF. Age at first drink and the first incidence of adult-onset DSM-IV alcohol use disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2008;32(12):2149-2160.
8. Paradis C, Butt, P., Shield, K., Poole, N., Wells, S., Naimi, T., Sherk, A., the Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines Scientific Expert Panels. *Canada's Guidance on Alcohol and Health: Final Report*. 2023. Accessed January 18, 2023. https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/Canada%27s%20Guidance%20on%20Alcohol%20and%20Health%20Final%20Report_1.pdf
9. Statistics Canada. CANSIM – 82-624-X – Table 1 – Rates of selected mental or substance use disorders, lifetime and 12 month, Canada, household 15 and older, 2012. November 27, 2015. Accessed April 3, 2020. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/tbl/tbl1-eng.htm>
10. World Health Organization. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2021. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Health Canada. *Summary of results for the Canadian Student Tobacco, Alcohol and Drugs Survey 2018-19*. 2019. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-student-tobacco-alcohol-drugs-survey/2018-2019-summary.html>
12. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health – 2018 edition*. Published September 21, 2018. Accessed April 3, 2020. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

13. Rehm J, Gmel Sr GE, Gmel G, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction*. 2017;112(6):968-1001.
14. Shield K, Manthey J, Rylett M, et al. National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *The Lancet Public Health*. 2020;5(1):e51-e61.
15. Global Burden of Disease (GBD) 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;392(10152):1015-1035. doi:10.1016/S0140-6736(18)31310-2
16. Canadian Substance Use Costs and Harms Scientific Working Group. *Canadian substance use costs and harms 2015-2017*. 2020.
17. Public Health Agency of Canada. *The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada 2015: Alcohol Consumption in Canada*. Public Health Agency of Canada. Published January 3, 2016. Accessed April 6, 2020. <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/departement-ministere/state-public-health-alcohol-2015-etat-sante-publique-alcool/alt/state-phac-alcohol-2015-etat-aspac-alcool-eng.pdf>
18. Crane CA, Godleski SA, Przybyla SM, Schlauch RC, Testa M. The Proximal Effects of Acute Alcohol Consumption on Male-to-Female Aggression: A Meta-Analytic Review of the Experimental Literature. *Trauma Violence Abus*. 2016;17(5):520-531. doi:10.1177/1524838015584374
19. Foran HM, O'Leary KD. Alcohol and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(7):1222-1234. doi:10.1016/j.cpr.2008.05.001
20. Willey H, Eastwood B, Gee IL, Marsden J. Is treatment for alcohol use disorder associated with reductions in criminal offending? A national data linkage cohort study in England. *Drug Alcohol Depend*. 2016;doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.01.020
21. Canadian Institute for Health Information. Health indicators interactive tool: Hospitalizations entirely caused by alcohol. [https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/inbrief?lang=en#!/indicators/061/hospitalizations-entirely-caused-byalcohol;/mapC1;mapLevel2;trend\(C1\);/](https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/inbrief?lang=en#!/indicators/061/hospitalizations-entirely-caused-byalcohol;/mapC1;mapLevel2;trend(C1);/)
22. Canadian Institute for Health Information. *Alcohol Harm in Canada: Examining Hospitalizations Entirely Caused by Alcohol and Strategies to Reduce Alcohol Harm*. Canadian Institute for Health Information; 2017. Accessed April 6, 2020. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/report-alcohol-hospitalizations-en-web.pdf>
23. Mekonen T, Chan GCK, Connor J, Hall W, Hides L, Leung J. Treatment rates for alcohol use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2021;116(10):2617-2634. doi:10.1111/add.15357
24. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(7):830-42. doi:10.1001/archpsyc.64.7.830
25. Spithoff S, Kahan M. Primary care management of alcohol use disorder and at-risk drinking. *Can Fam Physician*. 2015;61(6):515-521.

26. O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, et al. *Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 171. AHRQ Publication No. 18-05242-EF-1.* Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. Accessed April 6, 2020. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Home/GetFile/1/16823/unhealthy-alcohol-use-draft-evidence-review/pdf>
27. Bradley KA, Kivlahan DR. Bringing patient-centered care to patients with alcohol use disorders. *JAMA.* 2014;311(18):1861-2. doi:10.1001/jama.2014.3629
28. Spithoff S, Turner S. A systemic failure to address at-risk drinking and alcohol use disorders: the Canadian story. Editorial Material. *CMAJ.* 2015;187(7):479-480. doi:10.1503/cmaj.140849
29. Grant BF, Goldstein RB, Saha TD, et al. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(8):757-766. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0584
30. Alcohol Concern, Alcohol Research UK. *The hardest hit: Addressing the crisis in alcohol treatment services.* 2018. Published May 2018. Accessed May 23, 2023. <https://alcoholchange.org.uk/publication/the-hardest-hit-addressing-the-crisis-in-alcohol-treatment>
31. Roerecke M, Gual T, Rehm J. Reduction of alcohol consumption and subsequent mortality in alcohol use disorders: Systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2013;74(12):e1181-e1189.
32. Schwarzingler M, Baillot S, Yazdanpanah Y, Rehm J, Mallet V. Contribution of alcohol use disorders on the burden of chronic hepatitis C in France, 2008–2013: A nationwide retrospective cohort study. *J Hepatol.* 2017;67(3):454-461.
33. Spithoff S, Turner S, Gomes T, Martins D, Singh S. First-line medications for alcohol use disorders among public drug plan beneficiaries in Ontario. *Can Fam Physician.* 2017;63(5):e277-e283.
34. Konrad G, Leong C, Bolton J, et al. Use of pharmacotherapy for alcohol use disorder in Manitoba, Canada: a whole-population cohort study. *PLoS ONE.* 2021;16(9):e0257025.
35. Chick J. *Unhelpful prescribing in alcohol use disorder: risk and averting risk.* Oxford University Press; 2019. p. 1-4.
36. Chan P, Yomen K, Turcios J, Richman M. Prescription for antidepressant in reducing future alcohol-related readmission in patients suffering from depression and alcohol use disorder: a retrospective medical record review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy.* 2015;10(1):1-8.
37. Lapham GT, Achtmeyer CE, Williams EC, Hawkins EJ, Kivlahan DR, Bradley KA. Increased documented brief alcohol interventions with a performance measure and electronic decision support. *Med Care.* 2012;50(2):179-87. doi:10.1097/MLR.0b013e3181e35743
38. Schuler MS, Puttaiah S, Mojtabei R, Crum RM. Perceived Barriers to Treatment for Alcohol Problems: A Latent Class Analysis. *Psychiatr Serv.* 2015;66(11):1221-8. doi:10.1176/appi.ps.201400160
39. Oliva EM, Maisel NC, Gordon AJ, Harris AH. Barriers to use of pharmacotherapy for addiction disorders and how to overcome them. *Curr Psychiatry Rep.* 2011;13(5):374-81. doi:10.1007/s11920-011-0222-2

40. Reist D, Marlatt GA, Goldner EM, et al. *Every door is the right door: a British Columbia planning framework to address problematic substance use and addiction*. British Columbia Ministry of Health Services; 2004. Accessed April 3, 2020. https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2004/framework_for_substance_use_and_addiction.pdf
41. Graves L, Carson G, Poole N, et al. Guideline No. 405: Screening and counselling for alcohol consumption during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2020;42(9):1158-1173. e1.
42. Konrad G, Leong C, Bolton JM, et al. Use of pharmacotherapy for alcohol use disorder in Manitoba, Canada: A whole-population cohort study. *PLoS ONE*. 2021;16(9):e0257025. doi:10.1371/journal.pone.0257025
43. Heinrich CJ, Cummings GR. Adoption and diffusion of evidence-based addiction medications in substance abuse treatment. *Health Serv Res*. 2014;49(1):127-52. doi:10.1111/1475-6773.12093
44. Wood E, Samet JH, Volkow ND. Physician education in addiction medicine. *JAMA*. 2013;310(16):1673-4. doi:10.1001/jama.2013.280377
45. Han B, Jones CM, Einstein EB, Powell PA, Compton WM. Use of Medications for Alcohol Use Disorder in the US: Results From the 2019 National Survey on Drug Use and Health. *JAMA Psychiatry*. 2021;78(8):922-4. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.1271
46. Chick J. Unhelpful Prescribing in Alcohol Use Disorder: Risk and Averting Risk. *Alcohol Alcohol*. 2019;54(1):1-4. doi:10.1093/alcalc/agy090
47. Lopez E, Jeanne G, Lefort LH, et al. Characterization of benzodiazepine misuse and comorbidities in patients with alcohol use disorder. *Fundam Clin Pharmacol*. 2021;35(6):1133-1140. doi:10.1111/fcp.12678
48. Ciraulo DA, Barlow DH, Gulliver SB, et al. The effects of venlafaxine and cognitive behavioral therapy alone and combined in the treatment of co-morbid alcohol use-anxiety disorders. *Behav Res Ther*. 2013;51(11):729-35. doi:10.1016/j.brat.2013.08.003
49. Kishi T, Sevy S, Chekuri R, Correll CU. Antipsychotics for primary alcohol dependence: a systematic review and meta-analysis of placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(7):e642-54. doi:10.4088/JCP.12r08178
50. Friedmann PD, Rose JS, Swift R, Stout RL, Millman RP, Stein MD. Trazodone for sleep disturbance after alcohol detoxification: a double-blind, placebo-controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008;32(9):1652-60. doi:10.1111/j.1530-0277.2008.00742.x
51. The College of Family Physicians of Canada (2021). A practical Approach to Substance Use Disorders for the Family Physician. Available online: <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/PDF/MIGS-2021-Addiction-Medicine-ENG-Final.pdf>.
52. Raphael D. Chapter 1: Social Determinants of Health: Key Issues and Themes. In: Raphael D, ed. *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. 3rd ed. Canadian Scholars' Press Inc.; 2016:3-31.
53. Mikkonen J, Raphael D. *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. 2010. http://thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf

54. Tarlov AR. Chapter 5: Social determinants of health: The sociobiological translation. In: Blane D, Brunner E, Wilkinson R, eds. *Health and Social Organization: Towards a Health Policy for the 21st Century*. 1st ed. Routledge; 1996:73-93.
55. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. 2008.
56. Hankivsky O, Christoffersen A. Intersectionality and the determinants of health: a Canadian perspective. *Critical Public Health*. 2008;18(3):271-283. doi:10.1080/09581590802294296
57. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The social epidemiology of substance use. *Epidemiol Rev*. 2004;26:36-52. doi:10.1093/epirev/mxh007
58. Jones L, Bates G, McCoy E, Bellis MA. Relationship between alcohol-attributable disease and socioeconomic status, and the role of alcohol consumption in this relationship: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*. 2015;15400. doi:10.1186/s12889-015-1720-7
59. Renalds A, Smith TH, Hale PJ. A Systematic Review of Built Environment and Health. *Fam Community Health*. 2010;33(1):68-78. doi:10.1097/FCH.0b013e3181c4e2e5
60. Gilbert PA, Zemore SE. Discrimination and drinking: A systematic review of the evidence. *Soc Sci Med*. 2016;161:178-94. doi:10.1016/j.socscimed.2016.06.009
61. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51(7):1087-110.
62. Institute of Medicine, Committee on Crossing the Quality Chasm. *Adaptation to Mental Health and Addictive Disorders. Improving the Quality of Health Care for Mental and Substance-Use Conditions*. 2006. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK19830/>
63. Barrio P, Gual A. Patient-centered care interventions for the management of alcohol use disorders: a systematic review of randomized controlled trials. *Patient Prefer Adher*. 2016;10:1823-1845. doi:10.2147/ppa.s109641
64. Robinson SM. "Alcoholic" or "Person with alcohol use disorder"? Applying person-first diagnostic terminology in the clinical domain. *Subst Abus*. 2017;38(1):9-14. doi:10.1080/08897077.2016.1268239
65. Cunningham JA, Sobell LC, Chow VMC. What's in a label - the effects of substance types and labels on treatment considerations and stigma. *J Stud Alcohol*. 1993;54(6):693-699. doi:10.15288/jsa.1993.54.693
66. Kelly JF, Westerhoff CM. Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *Int J Drug Policy*. 2010;21(3):202-207. doi:10.1016/j.drugpo.2009.10.010
67. A PG, O'Connor KJ, Lanzkron S, et al. Do Words Matter? Stigmatizing Language and the Transmission of Bias in the Medical Record. *J Gen Intern Med*. 2018;33(5):685-691. doi:10.1007/s11606-017-4289-2
68. Luoma JB, Twohig MP, Waltz T, et al. An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addict Behav*. 2007;32(7):1331-1346. doi:10.1016/j.addbeh.2006.09.008

69. Schomerus G, Corrigan PW, Klauer T, Kuwert P, Freyberger HJ, Lucht M. Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug Alcohol Depend.* 2011;114(1):12-17. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.08.013
70. Glass JE, Mowbray OP, Link BG, Kristjansson SD, Bucholz KK. Alcohol stigma and persistence of alcohol and other psychiatric disorders: A modified labeling theory approach. *Drug Alcohol Depend.* 2013;133(2):685-692. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.08.016
71. Public Health Agency of Canada. *Communicating about substance use in compassionate, safe and non-stigmatizing ways: A Resource for Canadian Health Professional Organizations and their Membership.* 2020. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/healthy-living/communicating-about-substance-use-compassionate-safe-non-stigmatizing-ways-2019/guiding-rinciples-eng.pdf>
72. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, et al. Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(1):39-47. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2132
73. Goldstein RB, Smith SM, Chou SP, et al. The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Soc Psych Psych Epid.* 2016;51(8):1137-1148. doi:10.1007/s00127-016-1208-5
74. BC Centre of Excellence in Women's Health. *Trauma-Informed Practice Guide.* 2013. May. http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf
75. Public Health Agency of Canada. *Trauma and violence-informed approaches to policy and practice.* 2018. February 2. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/health-risks-safety/trauma-violence-informed-approaches-policy-practice.html>
76. Marsh TN, Coholic D, Cote-Meek S, Najavits LM. Blending Aboriginal and Western healing methods to treat intergenerational trauma with substance use disorder in Aboriginal peoples who live in northeastern Ontario, Canada. *Harm Reduct J.* 2015;12:14. doi:10.1186/s12954-015-0046-1
77. Schmidt R, Poole N, Greaves L, Hemsing N, Centre of Excellence in Women's Health. *New Terrain: Tools to Integrate Trauma and Gender Informed Responses into Substance Use Practice and Policy.* 2018. http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2018/06/NewTerrain_FinalOnlinePDF.pdf
78. Schmidt R, Poole N, Greaves L, Hemsing N, Centre of Excellence in Women's Health. *New Terrain: Tools to Integrate Trauma and Gender Informed Responses into Substance Use Practice and Policy.* Centre of Excellence in Women's Health; 2018. Accessed April 6, 2020. http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2018/06/NewTerrain_FinalOnlinePDF.pdf
79. Manitoba Trauma Information and Education Centre. *The Trauma-Informed Toolkit.* 2013. <https://trauma-informed.ca/recovery/resources/>
80. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Center for Substance Abuse Treatment. *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. HHS Publication No. (SMA) 13-4801.* SAMHSA; 2014. Accessed April 6, 2020. https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/SAMSA_TIP_Trauma.pdf

81. EQUIP Health Care, Research to Equip Health Care for Equity. *Trauma- and Violence-Informed Care (TVIC). A Tool for Health & Social Service Organizations and Providers*. 2018. Published March 14, 2018. Accessed April 6, 2020. <https://equiphealthcare.ca/equip/wp-content/uploads/2018/03/TVIC-BC-Mar-14-2018.pdf>
82. Farahmand P, Arshed A, Bradley MV. Systemic Racism and Substance Use Disorders. *Psychiatric annals*. 2020;50(11):494-498. doi:10.3928/00485713-20201008-01
83. Matsuzaka S, Knapp M. Anti-racism and substance use treatment: Addiction does not discriminate, but do we? *J Ethn Subst Abuse*. 2020;19(4):567-593. doi:10.1080/15332640.2018.1548323
84. Glass JE, Williams EC, Oh H. Racial/ethnic discrimination and alcohol use disorder severity among United States adults. *Drug Alcohol Depend*. 2020;216:108203. doi:10.1016/j.drugalcdep.2020.108203
85. Gilbert PA, Zemore SE. Discrimination and drinking: A systematic review of the evidence. *Social Science & Medicine*. 2016;161:178-194. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.009>
86. Hassen N, Lofters A, Michael S, Mall A, Pinto AD, Rackal J. Implementing Anti-Racism Interventions in Healthcare Settings: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):2993. doi:10.3390/ijerph18062993
87. Bhatti-Sinclair K. *Anti-racist practice in social work*. Bloomsbury Publishing; 2011.
88. Matsuzaka S, Knapp M. 'Uncomfortable' is Not Enough: Integrating Anti-racism within Addiction Treatment. <https://www.basisonline.org/2020/06/integrating-antiracism-addiction-treatment.html>
89. McKenzie K, Agic B, Tuck A, Antwi M. The case for diversity: Building the case to improve mental health services for immigrant, refugee, ethno-cultural and racialized populations. *Mental Health Commission of Canada*. 2016:2016-10.
90. Puri N, Allen K, Rieb L. Treatment of alcohol use disorder among people of South Asian ancestry in Canada and the United States: A narrative review. *J Ethn Subst Abuse*. 2020;19(3):345-357. doi:10.1080/15332640.2018.1532855
91. Forman RF, Nagy PD, Center for Substance Abuse T, Bookshelf N. *Substance abuse: clinical issues in intensive outpatient treatment*. vol no. BKD 551.;47;no. BKD 551;47.;no. (SMA) 06-4182.;no. (SMA) 06-4182.; U.S. Dept. of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment; 2006.
92. Gracey M, King M. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *Lancet*. 2009;374(9683):65-75. doi:10.1016/S0140-6736(09)60914-4
93. King M, Smith A, Gracey M. Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. *Lancet*. 2009;374(9683):76-85. doi:10.1016/S0140-6736(09)60827-8
94. Alfred GT. Colonialism and State Dependency. *Journal of Aboriginal Health*. 2009;5(2):42-60.
95. Park J, Tjepkema M, Goedhuis N, Pennock J. Avoidable mortality among First Nations adults in Canada: A cohort analysis. *Health Rep*. 2015;26(8):10-6.
96. Tjepkema M, Wilkins R, Senecal S, Guimond E, Penney C. Potential years of life lost at ages 25 to 74 among Metis and non-Status Indians, 1991 to 2001. *Health Rep*. 2011;22(1)

97. Tjepkema M, Wilkins R, Senecal S, Guimond E, Penney C. Mortality of urban Aboriginal adults in Canada, 1991-2001. *Chronic Dis Can*. 2010;31(1):4-21.
98. Ryan CJ, Cooke M, Leatherdale ST. Factors associated with heavy drinking among off-reserve First Nations and Metis youth and adults: Evidence from the 2012 Canadian Aboriginal Peoples Survey. *Prev Med*. 2016;87:95-102. doi:10.1016/j.ypmed.2016.02.008
99. The Indigenous Physicians Association of Canada (IPAC), the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC). *Promoting Culturally Safe Care for First Nations, Inuit and Métis Patients; A Core Curriculum for Residents and Physicians*. 2009. http://www.ipac-amac.ca/wp-content/uploads/2018/08/21118_RCPSC_CoreCurriculum_Binder.pdf
100. Aboriginal Nurses Association of Canada (ANAC). *Cultural Competence & Cultural Safety in First Nations, Inuit, and Metis Nursing Education: An Integrated Review of the Literature*. 2009. <https://casn.ca/wp-content/uploads/2014/12/FINALReviewofLiterature.pdf>
101. Ward C, Branch C, Fridkin A. What is Indigenous Cultural Safety - and Why Should I Care About It? *Visions: BC's Mental Health And Substance Use Journal*. 2016;11(4):29-32.
102. Macaulay AC. Improving aboriginal health. *How can health care professionals contribute?* 2009;55(4):334-336.
103. Harm Reduction International. *What is Harm Reduction?* Accessed April 6, 2020. <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>
104. Logan DE, Marlatt GA. Harm Reduction Therapy: A Practice-Friendly Review of Research. *J Clin Psychol*. 2010;66(2):201-214. doi:10.1002/jclp.20669
105. Shaw GK, Waller S, Latham CJ, Dunn G, Thomson AD. The detoxification experience of alcoholic in-patients and predictors of outcome. *Alcohol Alcohol*. 1998;33(3):291-303.
106. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2004;140(7):557-68.
107. Sitharthan T, Sitharthan G, Hough MJ, Kavanagh DJ. Cue exposure in moderation drinking: A comparison with cognitive-behavior therapy. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65(5):878-882. doi:10.1037//0022-006x.65.5.878
108. Charlet K, Heinz A. Harm reduction-a systematic review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms. *Addict Biol*. 2017;22(5):1119-1159. doi:10.1111/adb.12414
109. Raghali N, Millier A, Briquet B, et al. Modelling the consequences of a reduction in alcohol consumption among patients with alcohol dependence based on real-life observational data. *BMC Public Health*. 2015;151271. doi:10.1186/s12889-015-2606-4
110. Hasin DS, Wall M, Witkiewitz K, et al. Change in non-abstinent WHO drinking risk levels and alcohol dependence: a 3 year follow-up study in the US general population. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(6):469-476. doi:10.1016/s2215-0366(17)30130-x

111. Witkiewitz K, Kranzler HR, Hallgren KA, et al. Drinking Risk Level Reductions Associated with Improvements in Physical Health and Quality of Life Among Individuals with Alcohol Use Disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 2018;42(12):2453-2465. doi:10.1111/acer.13897
112. Canadian Aboriginal AIDS Network and Interagency Coalition on AIDS and Development. *Indigenous Harm Reduction = Reducing the Harms of Colonialism*. 2019. <http://www.icad-cisd.com/pdf/Publications/Indigenous-Harm-Reduction-Policy-Brief.pdf>
113. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Working Definition of Recovery*. 2012. https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Working-Definition-of-Recovery/PEP12-RECDEF?referer=from_search_result
114. Mental Health Commission of Canada. *Guidelines for Recovery-Oriented Practice*. 2015. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_ENG_0.pdf
115. Lenaerts E, Mathei C, Matthys F, et al. Continuing care for patients with alcohol use disorders: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2014;135:9-21. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.10.030
116. Wolfe S, Kay-Lambkin F, Bowman J, Childs S. To enforce or engage: the Relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients *Addict Behav*. 2013;38:2187-2195.
117. Rosenthal RN, Ries RK, Zweben JE. Chapter 67: Medical Management Techniques and Collaborative Care: Integrating Behavioral with Pharmacological Interventions in Addiction Treatment. In: Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R, eds. *The ASAM Principles of Addiction Medicine*. 5th ed. Wolters Kluwer Health; 2014:1008-1023.
118. Velleman RD, Templeton LJ, Copello AG. The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug Alcohol Rev*. 2005;24(2):93-109. doi:10.1080/09595230500167478
119. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Pathways to healing and recovery: perspectives from individuals with histories of alcohol and other drug problems*. SAMHSA; 2010. Accessed April 6, 2020. https://www.samhsa.gov/sites/default/files/recovery_pathways_report.pdf
120. Stokes M, Schultz P, Alpaslan A. Narrating the journey of sustained recovery from substance use disorder. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2018;13(1):35. doi:10.1186/s13011-018-0167-0
121. Watson J, Toner P, Day E, et al. Youth social behaviour and network therapy (Y-SBNT): adaptation of a family and social network intervention for young people who misuse alcohol and drugs - a randomised controlled feasibility trial. *Health Technol Assess*. 2017;21(15):1-260. doi:10.3310/hta21150
122. The Canadian Bar Association BC Branch. *Children and Consent to Health Care*. Published October 18, 2017. Accessed April 6, 2020. <https://www.cbabc.org/For-the-Public/Dial-A-Law/Scripts/Health-Law/422>
123. Family Mental Health Alliance, Canadian Mental Health Association, Centre for Addiction and Mental Health, Programs OFoCMHaA. *Caring together: Families as partners in the mental health and addiction system*. 2006. https://ontario.cmha.ca/wp-content/uploads/2006/11/caring_together_2006.pdf

124. Butt P, Beirness D, Gliksman L, Paradis C, Stockwell T. *Alcohol and health in Canada: A summary of evidence and guidelines for low risk drinking*. Canadian Centre on Substance Abuse; 2011. Published November 25, 2011. Accessed April 3, 2020. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/2011-Summary-of-Evidence-and-Guidelines-for-Low-Risk%20Drinking-en.pdf>
125. McNally K, Noonan LL, Cameron M, Phillips K, Baidoobonso S, Sabapathy D. Public Awareness of Low-Risk Alcohol Use Guidelines. *Health Promot Pract*. 2019;20(6):905-913.
126. Kerr WC, Stockwell T. Understanding standard drinks and drinking guidelines. *Drug Alcohol Rev*. 2012;31(2):200-5. doi:10.1111/j.1465-3362.2011.00374.x
127. Public Health Ontario. *Awareness and Knowledge of Canada's Low-Risk Drinking Guidelines*. Accessed April 6, 2020. https://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Alcohol_Infographics_LRDG.pdf
128. Charbonneau V GA, Martel J, Urajnik D, Dénonmé J, Laclé S, Lefebvre M, Malaviarachchi D, Michel I, Thistle N., *Canada's low-risk alcohol drinking guidelines among post-secondary students*. Sudbury & District Health Unit; 2014. Accessed April 7, 2020. http://documents.cranhr.ca/pdf/LRADG_Final_Report_Revised_July_2015.pdf
129. Fox L, Population Health Assessment Surveillance and Evaluation (PHASE) Team. *Awareness of the Low-Risk Drinking Guidelines. Rapid Risk Factor Surveillance System (RRFSS) Results*. 2018. Published May 2018. Accessed April 7, 2020. http://www.simcoemuskokahealthstats.org/docs/default-source/focus-reports/risk-factor-reports/rrfs_lrdg_2014.pdf
130. Holmes J, Brown J, Meier P, Beard E, Michie S, Buykx P. Short-term effects of announcing revised lower risk national drinking guidelines on related awareness and knowledge: a trend analysis of monthly survey data in England. *BMJ Open*. 2016;6(12):e013804. doi:10.1136/bmjopen-2016-013804
131. Sprague DJ, Vinson DC. Patient perceptions of risky drinking: Knowledge of daily and weekly low-risk guidelines and standard drink sizes. *Subst Abus*. 2017;38(3):253-256. doi:10.1080/08897077.2015.1048922
132. Lovatt M, Eadie D, Meier PS, et al. Lay epidemiology and the interpretation of low-risk drinking guidelines by adults in the United Kingdom. *Addiction*. 2015;110(12):1912-1919. doi:10.1111/add.13072
133. Shield KD, Kehoe T, Taylor B, Patra J, Rehm J. Alcohol-attributable burden of disease and injury in Canada, 2004. Article. *Int J Pub Health*. 2012;57(2):391-401. doi:10.1007/s00038-011-0247-7
134. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224-60. doi:10.1016/S0140-6736(12)61766-8
135. Nelson DE, Jarman DW, Rehm J, et al. Alcohol-attributable cancer deaths and years of potential life lost in the United States. *Am J Public Health*. 2013;103(4):641-648. doi:10.2105/ajph.2012.301199
136. Rehm J, Patra J, Popova S. Alcohol-attributable mortality and potential years of life lost in Canada 2001: implications for prevention and policy. *Addiction*. 2006;101(3):373-384. doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01338.x
137. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavnorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. Research Support, Non-U.S. Gov't. *Lancet*. 2009;373(9682):2223-33. doi:10.1016/S0140-6736(09)60746-7

138. Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Article. *Addiction*. 2010;105(5):817-843. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x
139. Shield KD, Taylor B, Kehoe T, Patra J, Rehm J. Mortality and potential years of life lost attributable to alcohol consumption in Canada in 2005. Article. *BMC Public Health*. 2012;12:12. 91. doi:10.1186/1471-2458-12-91
140. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. Canadian Guidelines on Alcohol Use Disorder Among Older Adults. https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2019/12/Final_Alcohol_Use_DisorderV6.pdf
141. World Health Organization. Global information system on alcohol and health. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>
142. Statistics Canada. Table 13-10-0096-01 Health characteristics, annual estimates. 2022;doi:<https://doi.org/10.25318/1310009601-eng>
143. Rehm J, Anderson P, Manthey J, et al. Alcohol Use Disorders in Primary Health Care: What Do We Know and Where Do We Go? *Alcohol Alcohol*. 2016;51(4):422-427. doi:10.1093/alcalc/agg127
144. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR, et al. Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2012;157(9):645-54. doi:10.7326/0003-4819-157-9-201211060-00544
145. Moyer VA. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2013;159(3):210-8. doi:10.7326/0003-4819-159-3-201308060-00652
146. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018;320(18):1899-1909. doi:10.1001/jama.2018.16789
147. Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(2):185-99. doi:10.1111/j.1530-0277.2006.00295.x
148. Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Hussain S, Meader N. Accuracy of one or two simple questions to identify alcohol-use disorder in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2014;64(624):e408-18. doi:10.3399/bjgp14X680497
149. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med*. 1998;158(16):1789-95.
150. Feldstein SW, Miller WR. Does subtle screening for substance abuse work? A review of the Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI). *Addiction*. 2007;102(1):41-50.
151. Mulvaney-Day N, Marshall T, Piscopo KD, et al. Screening for Behavioral Health Conditions in Primary Care Settings: A Systematic Review of the Literature. *J Gen Intern Med*. 2018;33(3):335-346. doi:10.1007/s11606-017-4181-0

152. Erol A, Karpyak VM. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend.* 2015;156:1-13. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023
153. O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: An Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis, No. 171. AHRQ Publication No. 18-05242-EF-1. *Agency for Healthcare Research and Quality*; 2018.
154. Seale JP, Boltri JM, Shellenberger S, et al. Primary care validation of a single screening question for drinkers. *J Stud Alcohol.* 2006;67(5):778-84.
155. McNeely J, Cleland CM, Strauss SM, Palamar JJ, Rotrosen J, Saitz R. Validation of Self-Administered Single-Item Screening Questions (SISQs) for Unhealthy Alcohol and Drug Use in Primary Care Patients. *J Gen Intern Med.* 2015;30(12):1757-64. doi:10.1007/s11606-015-3391-6
156. Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, Saitz R. Primary care validation of a single-question alcohol screening test. *J Gen Intern Med.* 2009;24(7):783-8. doi:10.1007/s11606-009-0928-6
157. O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA.* 2018;320(18):1910-1928. doi:<https://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.12086>
158. Public Health England. Guidance: Alcohol Use Screening Tests. Updated October 30, 2020. <https://www.gov.uk/government/publications/alcohol-use-screening-tests>
159. Goodman A, Fleming K, Markwick N, et al. "They treated me like crap and I know it was because I was Native": The healthcare experiences of Aboriginal peoples living in Vancouver's inner city. *Soc Sci Med.* 2017;178:87-94. doi:10.1016/j.socscimed.2017.01.053
160. Elliott CT, de Leeuw SN. Our aboriginal relations: When family doctors and aboriginal patients meet. *Can Fam Physician.* 2009;55(4):443-444.
161. Browne AJ. Moving beyond description: Closing the health equity gap by redressing racism impacting Indigenous populations. *Soc Sci Med.* 2017;184:23-26. doi:10.1016/j.socscimed.2017.04.045
162. Pearce LA, Homayra F, Dale LM, et al. Non-disclosure of drug use in outpatient health care settings: Findings from a prospective cohort study in Vancouver, Canada. *International Journal of Drug Policy.* 2020;84:102873. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102873>
163. Government of Australia. Alcohol Treatment Guidelines for Indigenous Australians. Accessed June 10, 2022, https://insight-prod.s3.ap-southeast-2.amazonaws.com/public/guidelines/1512005960_alc-treat-guide-indig1.pdf
164. Planning and Implementing Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Use: A Step-by-Step Guide for Tribal Communities (Centers for Disease Control and Prevention) (2018).

165. Islam M, Oni H, Kylie Lee K, et al. Standardized alcohol screening in primary health care services targeting Aboriginal and Torres Strait Islander peoples in Australia. *Addict Sci Clin Pract.* 2018;13(5)
166. Harris SK, Louis-Jacques J, Knight JR. Screening and brief intervention for alcohol and other abuse. *Adolesc Med State Art Rev.* 2014;25(1):126-56.
167. Knight JR, Sherritt L, Harris SK, Gates EC, Chang G. Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: a comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcohol Clin Exp Res.* 2003;27(1):67-73. doi:10.1097/01.alc.0000046598.59317.3a
168. Patton R, Deluca P, Kaner E, Newbury-Birch D, Phillips T, Drummond C. Alcohol Screening and Brief Intervention for Adolescents: The How, What and Where of Reducing Alcohol Consumption and Related Harm Among Young People. Article. *Alcohol Alcohol.* 2014;49(2):207-212. doi:10.1093/alcalc/agt165
169. Toner P, Bohnke JR, Andersen P, McCambridge J. Alcohol screening and assessment measures for young people: A systematic review and meta-analysis of validation studies. *Drug & Alcohol Dependence.* 2019;202:39-49. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.030>
170. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth: A Practitioner's Guide.* 2021. Accessed April 11, 2023. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/YouthGuide/YouthGuide.pdf>
171. Brown JD, Wissow LS. Discussion of sensitive health topics with youth during primary care visits: relationship to youth perceptions of care. *J Adolesc Health.* 2009;44(1):48-54. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.06.018
172. Smith G, Chung T, Martin C, Donovan J, Windle M. Youth alcohol screening workgroup I: Measuring consumption of alcohol as a screener in children and adolescents. *Alcohol Clin Exp Res.* 2010;34(s2)
173. Brown S, Donovan J, McGue M, Shulenberg J, Zucker R, Goldman M. Youth alcohol screening workgroup II: Determining optimal secondary screening questions. *Alcohol Clin Exp Res.* 2010;34(s2)
174. Chung T, Smith GT, Donovan JE, et al. Drinking frequency as a brief screen for adolescent alcohol problems. *Pediatrics.* 2012;129(2):205-12. doi:10.1542/peds.2011-1828
175. Kelly SM, Gryczynski J, Mitchell SG, Kirk A, O'Grady KE, Schwartz RP. Validity of brief screening instrument for adolescent tobacco, alcohol, and drug use. *Pediatrics.* 2014;133(5):819-26. doi:10.1542/peds.2013-2346
176. Clark DB, Martin CS, Chung T, et al. Screening for Underage Drinking and Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition Alcohol Use Disorder in Rural Primary Care Practice. *J Pediatr.* 2016;173:214-20. doi:10.1016/j.jpeds.2016.02.047
177. Wright TE, Terplan M, Ondersma SJ, et al. The role of screening, brief intervention, and referral to treatment in the perinatal period. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(5):539-547. doi:10.1016/j.ajog.2016.06.038
178. Jacobson SW, Chiodo LM, Sokol RJ, Jacobson JL. Validity of maternal report of prenatal alcohol, cocaine, and smoking in relation to neurobehavioral outcome. *Pediatrics.* 2002;109(5):815-25.

179. Poole N, Isaac B. *Apprehensions: Barriers to treatment for substance-using mothers*. Vancouver, BC: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. 2001.
180. Nathoo, T., Poole, N., Wolfson, L., et al. *Doorways to Conversation: Brief Intervention on Substance Use with Girls and Women*. Vancouver, BC: Centre of Excellence for Women's Health, 2018. Accessed April 10, 2023. https://cewh.ca/wp-content/uploads/2018/06/Doorways_ENGLISH_July-18-2018_online-version.pdf
181. O'Connor MJ, Whaley SE. Alcohol use in pregnant low-income women. *J Stud Alcohol*. 2003;64(6):773-83.
182. Parkes T, Poole N, Salmon A, et al. *Double exposure: a better practices review on alcohol interventions during pregnancy*. Vancouver, BC: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; 2008. Accessed April 10, 2023. <https://cewh.ca/wp-content/uploads/2014/08/Double-Exposure.pdf>
183. Wilson D, Ronde S, Brascoupe S, et al. *Health Professionals Working With First Nations, Inuit, and Metis Consensus Guideline*. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013;35(6):550-553. doi:10.1016/S1701-2163(15)30915-4
184. Society of Obstetricians and Gynaecologists Canada. No. 349-Substance Use in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017;39(10):922-937.
185. Carson G, Cox LV, Crane J, et al. No. 245-Alcohol Use and Pregnancy Consensus Clinical Guidelines. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017;39(9):e220-e254. doi:10.1016/j.jogc.2017.06.005
186. Mauro P, Askari M, Han B. Gender difference in any alcohol screening and discussions with providers among older adults in the United States, 2015 to 2019. *Alcohol Clin Exp Res*. 2021;45:1812-1820.
187. Sharp L, Vacha-Haase T. Physician Attitudes Regarding Alcohol Use Screening in Older Adult Patients. *J Appl Gerontol*. 2011;30(2):226-240.
188. Alford DP, Almeida AB, Saitz R, et al. Should adults who screen negative for unhealthy substance use be rescreened annually? Meeting Abstract. *J Gen Intern Med*. 2009;24:169-170.
189. Department of Veterans Affairs (VA), Department of Defense (DoD). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of substance use disorders*. 2021. April 7, 2020. Accessed February 21, 2023. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADoDSUDCPG.pdf>
190. Staudt A, Freyer-Adam J, John U, Meyer C, Baumann S. Stability of At-risk Alcohol Use Screening Results in a General Population Sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2020;44(6):1312-1320. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/acer.14340>
191. Canagasaby A, Vinson DC. Screening for hazardous or harmful drinking using one or two quantity-frequency questions. *Alcohol Alcohol*. 2005;40(3):208-13. doi:10.1093/alcalc/agh156
192. Taj N, Devera-Sales A, Vinson DC. Screening for problem drinking: does a single question work? *J Fam Practice*. 1998;46(4):328-35.
193. Williams R, Vinson DC. Validation of a single screening question for problem drinking. *J Fam Practice*. 2001;50(4):307-12.

194. Kranzler HR, Zhou H, Kember RL, et al. Genome-wide association study of alcohol consumption and use disorder in 274,424 individuals from multiple populations. *Nature communications*. 2019;10(1):1-11.
195. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale *Am J Psychiatry*. 2014;170(8):834-851.
196. Bartoli F, Carra G, Crocamo C, Clerici M. From DSM-IV to DSM-5 alcohol use disorder: an overview of epidemiological data. *Addict Behav*. 2014;41:46-50.
197. Martin CS, Langenbucher JW, Chung T, Sher KJ. Truth or consequences in the diagnosis of substance use disorders. *Addiction*. 2014;109(11):1773-1778.
198. Wakefield JC. DSM-5, psychiatric epidemiology and the false positives problem. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015;24(3):188-96. doi:10.1017/s2045796015000116
199. Wakefield JC. DSM-5 substance use disorder: how conceptual missteps weakened the foundations of the addictive disorders field. *Acta Psychiatr Scand*. 2015;132(5):327-334. doi:<https://doi.org/10.1111/acps.12446>
200. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *N Engl J Med*. 2016;374(4):363-71. doi:10.1056/NEJMra1511480
201. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford Press; 2012.
202. Babor TF, Higgins-Biddle JC, World Health Organization (WHO), Department of Mental Health and Substance Dependence. *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for Use in Primary Care*. WHO Press; 2001. Accessed April 7, 2020. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67210/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf
203. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions - An evidence-based approach. *Am J Prev Med*. 2002;22(4):267-284. Pii s0749-3797(02)00415-4. doi:10.1016/s0749-3797(02)00415-4
204. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Five Major Steps to Intervention (The "5 A's")*. AHRQ. Published December 2012. Accessed April 7, 2020. <http://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/tobacco/5steps.html>
205. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, et al. The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol Alcohol*. 2014;49(1):66-78. doi:10.1093/alcalc/agt170
206. Bogg T, Marshbanks MR, Doherty HK, Vo PT. Testing a brief motivational-interviewing educational commitment module for at-risk college drinkers: A randomized trial. *Addict Behav*. 2019;90:151-157. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.028>
207. Martin-Perez C, Navas JF, Perales JC, et al. Brief group-delivered motivational interviewing is equally effective as brief group-delivered cognitive-behavioral therapy at reducing alcohol use in risky college drinkers. *PLoS ONE*. 2019;14(12)e0226271. doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0226271>

208. Hennessy EA, Tanner-Smith EE, Mavridis D, Grant SP. Comparative Effectiveness of Brief Alcohol Interventions for College Students: Results from a Network Meta-Analysis. *Prev Sci.* 2019;20(5):715-740. doi:<https://dx.doi.org/10.1007/s11121-018-0960-z>
209. Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2018;(2)Cd004148. doi:10.1002/14651858.CD004148.pub4
210. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction.* 1993;88(3):315-35.
211. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med.* 1997;12(5):274-83.
212. Kahan M, Wilson L, Becker L. Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers: a review. *CMAJ.* 1995;152(6):851-859.
213. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction.* 2002;97(3):279-92.
214. Frost H, Campbell P, Maxwell M, et al. Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. *PLoS ONE [Electronic Resource].* 2018;13(10):e0204890. doi:<https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0204890>
215. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: A systematic review. *Drug Alcohol Rev.* 2009;28(3)
216. Platt L, Melendez-Torres GJ, O'Donnell A, et al. How effective are brief interventions in reducing alcohol consumption: do the setting, practitioner group and content matter? Findings from a systematic review and meta-regression analysis. *Review. BMJ Open.* 2016;6(8):20. e011473. doi:10.1136/bmjopen-2016-011473
217. Ramsey AT, Satterfield JM, Gerke DR, Proctor EK. Technology-Based Alcohol Interventions in Primary Care: Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2019;21(4):e10859. doi:<https://dx.doi.org/10.2196/10859>
218. Riper H, Hoogendoorn A, Cuijpers P, et al. Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLoS Medicine / Public Library of Science.* 2018;15(12):e1002714. doi:<https://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002714>
219. Smedslund G, Nilsen W, Wollscheid S, Steiro A, Fang L, Larun L. Effects of Computerized Interventions on Risky Alcohol Use Among Youth: Systematic Review. *Research on Social Work Practice.* 2019;29(7):731-740. doi:10.1177/1049731518815259
220. Hai AH, Hammock K, Velasquez MM. The Efficacy of Technology-Based Interventions for Alcohol and Illicit Drug Use Among Women of Childbearing Age: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Review. Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* 2019;43(12):2464-2479. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/acer.14203>
221. Carey KB, Walsh JL, Merrill JE, et al. Using e-mail boosters to maintain change after brief alcohol interventions for mandated college students: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting & Clinical Psychology.* 2018;86(9):787-798. doi:<https://dx.doi.org/10.1037/ccp0000339>

222. Nayak MB, Kaskutas LA, Mericle AA. Randomized Trial of an Innovative Electronic Screening and Brief Intervention for Reducing Drinking Among Women of Childbearing Age. *J Addict Med.* 2019;13(6):450-459. doi:<https://dx.doi.org/10.1097/ADM.0000000000000518>
223. Grekin ER, Beatty JR, McGoron L, et al. Testing the efficacy of motivational strategies, empathic reflections, and lifelike features in a computerized intervention for alcohol use: A factorial trial. *Psychology of Addictive Behaviors.* 2019;33(6):511-519. doi:<https://dx.doi.org/10.1037/adb0000502>
224. Knight JR, Sherritt L, Gibson EB, et al. Effect of Computer-Based Substance Use Screening and Brief Behavioral Counseling vs Usual Care for Youths in Pediatric Primary Care: A Pilot Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open.* 2019;2(6):e196258. doi:<https://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.6258>
225. Sharpe S, Kool B, Whittaker R, et al. Effect of a text message intervention on alcohol-related harms and behaviours: secondary outcomes of a randomised controlled trial. *BMC Research Notes.* 2019;12(1):267. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/s13104-019-4308-y>
226. Guillemont J, Cogordan C, Nalpas B, Nguyen-Thanh V, Richard JB, Arwidson P. Effectiveness of a web-based intervention to reduce alcohol consumption among French hazardous drinkers: a randomized controlled trial. *Health Educ Res.* 2017;32(4):332-342. doi:<https://dx.doi.org/10.1093/her/cyx052>
227. Acuff SF, Voss AT, Dennhardt AA, Borsari B, Martens MP, Murphy JG. Brief Motivational Interventions Are Associated with Reductions in Alcohol-Induced Blackouts Among Heavy Drinking College Students. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research.* 2019;43(5):988-996. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/acer.14019>
228. Baumann S, Staudt A, Freyer-Adam J, Bischof G, Meyer C, John U. Effects of a brief alcohol intervention addressing the full spectrum of drinking in an adult general population sample: a randomized controlled trial. *Addiction.* 2021;116(8):2056-2066.
229. Steele DW, Becker SJ, Danko KJ, et al. Brief Behavioral Interventions for Substance Use in Adolescents: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 2020;144:14. doi:<https://dx.doi.org/10.1542/peds.2020-0351>
230. Newton AS, Mushquash C, Krank M, et al. When and How Do Brief Alcohol Interventions in Primary Care Reduce Alcohol Use and Alcohol-Related Consequences among Adolescents? *J Pediatr.* 2018;197:221-232.e2. doi:10.1016/j.jpeds.2018.02.002
231. Mitchell SG, Gryczynski J, Schwartz RP, et al. Adolescent SBIRT implementation: Generalist vs. Specialist models of service delivery in primary care. *J Subst Abuse Treat.* 2020;111:67-72. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2020.01.007>
232. Gruenewald PJ, Johnson FW, Ponicki WR, Lascola EA. A dose-response perspective on college drinking and related problems. *Addiction.* 2010;105(2):257-69. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02767.x
233. Thompson KD, Stockwell T, MacDonald S. Is there a 'low-risk' drinking level for youth? The risk of acute harm as a function of quantity and frequency of drinking. *Drug and Alcohol Review.* 2012;31(2):184-193. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00378.x>

234. Stade BC, Bailey C, Dzendoletas D, Sgro M, Dowswell T, Bennett D. Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD004228. doi:<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004228.pub2>
235. O'Connor MJ, Whaley SE. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *Am J Public Health*. 2007;97(2):252-258.
236. Parkes T, Poole N, Salmon A, Greaves L, Urquhart C. *Double exposure: a better practices review on alcohol interventions during pregnancy*. 2008. Accessed April 7, 2020. <http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2014/08/Double-Exposure.pdf>
237. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother*. 2009;37(2):129-40. doi:10.1017/s1352465809005128
238. Nilsen P. Brief alcohol intervention to prevent drinking during pregnancy: an overview of research findings. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2009;21(6):496-500. doi:10.1097/GCO.0b013e328332a74c
239. Armstrong-Moore R, Haighton C, Davinson N, Ling J. Interventions to reduce the negative effects of alcohol consumption in older adults: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018;18(302)
240. Boumans J, van de Mheen D, Crutzen R, Dupont H, Bovens R, Rozema A. Understanding how and why alcohol interventions prevent and reduce problematic alcohol consumption among older adults: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3188)
241. Harris SK, Knight JR, Van Hook S, et al. Adolescent substance use screening in primary care: Validity of computer self-administered versus clinician-administered screening. Article. *Subst Abuse*. 2016;37(1):197-203. doi:10.1080/08897077.2015.1014615
242. Shimizu T, Bouchard M, Mavriplis C. Update on age-appropriate preventive measures and screening for Canadian primary care providers. *Can Fam Physician*. 2016;62(2):131-138.
243. Canadian Paediatric Society. Harm reduction: An approach to reducing risky health behaviours in adolescents. *Paediatr Child Health*. 2008;13(1):53-60.
244. Leslie KM, Canadian Paediatric Society, Adolescent Health Committee. *Position Statement – Harm reduction: An approach to reducing risky health behaviours in adolescents*. Published January 1, 2008. Updated February 28, 2018. Accessed April 7, 2020. <https://www.cps.ca/en/documents/position/harm-reduction-risky-health-behaviours>
245. National Alcohol Strategy Working Group, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, Canadian Centre on Substance Abuse and Health Canada. *Reducing alcohol-related harm in Canada: towards a culture of moderation. Recommendations for a national alcohol strategy*. 2007. Accessed April 7, 2020. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/ccsa-023876-2007.pdf>
246. Kokotailo PK, Abuse CoS. Alcohol use by youth and adolescents: a pediatric concern. *Pediatrics*. 2010;125(5):1078-87. doi:10.1542/peds.2010-0438

247. Williams EC, Johnson ML, Lapham GT, et al. Strategies to Implement Alcohol Screening and Brief Intervention in Primary Care Settings: A Structured Literature Review. *Psychol Addict Behav.* 2011;25(2):206-214. doi:10.1037/a0022102
248. Williams EC, Achtmeyer CE, Young JP, et al. Local Implementation of Alcohol Screening and Brief Intervention at Five Veterans Health Administration Primary Care Clinics: Perspectives of Clinical and Administrative Staff. *J Subst Abuse Treat.* 2015;60:27-35. doi:10.1016/j.jsat.2015.07.011
249. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Dauser D, Bureson JA, Zarkin GA, Bray J. Brief interventions for at-risk drinking: patient outcomes and cost-effectiveness in managed care organizations. *Alcohol Alcohol.* 2006;41(6):624-31. doi:10.1093/alcalc/agl078
250. Drummond C, Deluca P, Coulton S, et al. The Effectiveness of Alcohol Screening and Brief Intervention in Emergency Departments: A Multicentre Pragmatic Cluster Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE.* 2014;9(6):e99463. doi:10.1371/journal.pone.0099463
251. Kaner E, Bland M, Cassidy P, et al. Effectiveness of screening and brief alcohol intervention in primary care (SIPS trial): pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2013;346:e8501. doi:10.1136/bmj.e8501
252. Newbury-Birch D, Coulton S, Bland M, et al. Alcohol screening and brief interventions for offenders in the probation setting (SIPS Trial): a pragmatic multicentre cluster randomized controlled trial. *Alcohol Alcohol.* 2014;49(5):540-8. doi:10.1093/alcalc/agu046
253. Keurhorst M, van de Glind I, do Amaral-Sabadini MB, et al. Implementation strategies to enhance management of heavy alcohol consumption in primary health care: a meta-analysis. Review. *Addiction.* 2015;110(12):1877-1900. doi:10.1111/add.13088
254. Bradley KA, Williams EC, Achtmeyer CE, Volpp B, Collins BJ, Kivlahan DR. Implementation of evidence-based alcohol screening in the Veterans Health Administration. *Am J Manag Care.* 2006;12(10):597-606.
255. Hargraves D, White C, Frederick R, et al. Implementing SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) in primary care: lessons learned from a multi-practice evaluation portfolio. *Public Health Rev.* 2017;38Unsp 31. doi:10.1186/s40985-017-0077-0
256. Vendetti J, Gmyrek A, Damon D, Singh M, McRee B, Del Boca F. Screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT): implementation barriers, facilitators and model migration. *Addiction.* 2017;112:23-33. doi:10.1111/add.13652
257. Babor TF, Del Boca F, Bray JW. Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment: Implications of SAMHSA's SBIRT initiative for substance abuse policy and practice. *Addiction.* 2017;112:110-117. doi:10.1111/add.13675
258. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Detoxification and Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 45. HHS Publication No. (SMA) 15-4131.* SAMHSA; 2015. Accessed April 7, 2020. <https://store.samhsa.gov/product/TIP-45-Detoxification-and-Substance-Abuse-Treatment/SMA15-4131>

259. British Columbia Ministry of Health. Provincial Guidelines for Biopsychosocialspiritual Withdrawal Management Services. <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2017/adult-withdrawal-management-services-guidelines-final.pdf>
260. Kampman KM, Pettinati HM, Lynch KG, et al. Initiating acamprosate within-detoxification versus post-detoxification in the treatment of alcohol dependence. *Addict Behav.* 2009;34(6-7):581-6. doi:10.1016/j.addbeh.2009.03.014
261. Jonas DE, Amick HR, Feltner C, et al. Pharmacotherapy for Adults With Alcohol Use Disorders in Outpatient Settings A Systematic Review and Meta-analysis. Review. *JAMA.* 2014;311(18):1889-1900. doi:10.1001/jama.2014.3628
262. Heinala P, Alho H, Kiiänma K, Lonnqvist J, Kuoppasalmi K, Sinclair JD. Targeted use of naltrexone without prior detoxification in the treatment of alcohol dependence: A factorial double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychopharm.* 2001;21(3):287-292. doi:10.1097/00004714-200106000-00006
263. Maldonado JR, Sher Y, Ashouri JF, et al. The “Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale” (PAWSS): systematic literature review and pilot study of a new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol.* 2014;48(4):375-90. doi:10.1016/j.alcohol.2014.01.004
264. Wartenberg AA. Chapter 43: Management of Alcohol Intoxication and Withdrawal. In: Ries RK FD, Miller SC, Saitz R, ed. *The ASAM Principles of Addiction Medicine*. 5th ed. Wolters Kluwer Health; 2014:635-651.
265. McKeon A, Frye MA, Delanty N. The alcohol withdrawal syndrome. *J Neurol Neurosur Ps.* 2008;79(8):854-62. doi:10.1136/jnnp.2007.128322
266. Littleton J. Neurochemical mechanisms underlying alcohol withdrawal. *Alcohol Health Res World.* 1998;22(1):13-24.
267. Schuckit MA. Alcohol-use disorders. *Lancet.* 2009;373(9662):492-501. doi:10.1016/s0140-6736(09)60009-x
268. Goodson CM, Clark BJ, Douglas IS. Predictors of severe alcohol withdrawal syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res.* 2014;38(10):2664-77. doi:10.1111/acer.12529
269. Schmidt KJ, Doshi MR, Holzhausen JM, Natavio A, Cadiz M, Winegardner JE. Treatment of Severe Alcohol Withdrawal. *Ann Pharmacother.* 2016;50(5):389-401. doi:<https://dx.doi.org/10.1177/1060028016629161>
270. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Diagnosis and management of acute alcohol withdrawal. *CMAJ.* 1999;160(5):675-80.
271. Long D, Long B, Koyfman A. The emergency medicine management of severe alcohol withdrawal. *Am J Emerg Med.* 2017;35(7):1005-1011. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2017.02.002>
272. Hillbom M, Pieninkeroinen I, Leone M. Seizures in alcohol-dependent patients: epidemiology, pathophysiology and management. *CNS Drugs.* 2003;17(14):1013-1030.
273. Perry EC. Inpatient Management of Acute Alcohol Withdrawal Syndrome. *CNS Drugs.* 2014;28(5):401-410. doi:10.1007/s40263-014-0163-5

274. Mirijello A, D'Angelo C, Ferrulli A, et al. Identification and management of alcohol withdrawal syndrome. *Drugs*. 2015;75(4):353-65. doi:10.1007/s40265-015-0358-1
275. DeBellis R, Smith BS, Choi S, Malloy M. Management of delirium tremens. *J Intensive Care Med*. 2005;20(3):164-73. doi:10.1177/0885066605275353
276. Awissi DK, Lebrun G, Coursin DB, Riker RR, Skrobik Y. Alcohol withdrawal and delirium tremens in the critically ill: a systematic review and commentary. *Intensive Care Med*. 2013;39(1):16-30. doi:10.1007/s00134-012-2758-y
277. Young GP, Rores C, Murphy C, Dailey RH. Intravenous phenobarbital for alcohol withdrawal and convulsions. *Ann Emerg Med*. 1987;16(8):847-50.
278. Naranjo CA, Sellers EM, Chater K, Iversen P, Roach C, Sykora K. Nonpharmacologic intervention in acute alcohol withdrawal. *Clin Pharmacol Ther*. 1983;34(2):214-219.
279. McKay A, Koranda A, Axen D. Using a Symptom-Triggered Approach to Manage Patients in Acute Alcohol Withdrawal. Article. *Medsurg Nurs*. 2004;13(1):15-31.
280. Maldonado JR, Nguyen LH, Schader EM, Brooks JO. Benzodiazepine loading versus symptom-triggered treatment of alcohol withdrawal: a prospective, randomized clinical trial. *Gen Hosp Psychiatr*. 2012;34(6):611-617. doi:<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.06.016>
281. Elholm B, Larsen K, Hornnes N, Zierau F, Becker U. Alcohol withdrawal syndrome: symptom-triggered versus fixed-schedule treatment in an outpatient setting. *Alcohol Alcohol*. 2011;46(3):318-323. doi:<https://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agr020>
282. Pribek I, Kovacs I, Kadar B, et al. Evaluation of the course and treatment of alcohol withdrawal syndrome with the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol- Revised: A systematic review-based meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2021;220(108536)
283. Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict*. 1989;84(11):1353-1357.
284. Knight E, Lappalainen L. Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised might be an unreliable tool in the management of alcohol withdrawal. *Can Fam Physician*. 2017;63(9):691-695.
285. Gossop M, Keaney F, Stewart D, Marshall EJ, Strang J. A Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS): development and psychometric properties. *Addict Biol*. 2002;7(1):37-43. doi:10.1080/135562101200100571
286. Elholm B, Larsen K, Hornnes N, Zierau F, Becker U. A Psychometric Validation of the Short Alcohol Withdrawal Scale (SAWS). *Alcohol Alcohol*. 2010;45(4):361-365. doi:10.1093/alcalc/agg033
287. Ballenger JC, Post RM. Kindling as a model for alcohol withdrawal syndromes. *Br J Psychiat*. 1978;133(JUL):1-14. doi:10.1192/bjp.133.1.1
288. Samokhvalov Andriy V, Irving H, Mohapatra S, Rehm J. Alcohol consumption, unprovoked seizures, and epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Epilepsia*. 2010;51(7):1177-1184. doi:10.1111/j.1528-1167.2009.02426.x

289. Lejoyeux M, Solomon J, Adès J. Benzodiazepine treatment for alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol*. 1998;33(6):563-75.
290. Nutt D, Adinoff B, Linnoila M. Benzodiazepines in the treatment of alcoholism. *Rec Dev Alcohol*. 1989;7:283-313.
291. Maldonado JR, Sher Y, Das S, et al. Prospective Validation Study of the Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) in Medically Ill Inpatients: A New Scale for the Prediction of Complicated Alcohol Withdrawal Syndrome. *Alcohol Alcohol*. 2015;50(5):509-18. doi:10.1093/alcalc/agt043
292. Wood E, Albarqouni L, Tkachuk S, et al. Will this hospitalized patient develop severe alcohol withdrawal syndrome? The rational clinical examination systematic review. *JAMA*. 2018;320(8):825-833. doi:10.1001/jama.2018.10574
293. Wetterling T, Weber B, Depfenhart M, Schneider B, Junghanns K. Development of a rating scale to predict the severity of alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol Alcohol*. 2006;41(6):611-5. doi:10.1093/alcalc/agi068
294. Wetterling T, Kanitz RD, Besters B, et al. A new rating scale for the assessment of the alcohol-withdrawal syndrome (AWS scale). *Alcohol Alcohol*. 1997;32(6):753-60.
295. Myrick H, Anton RF. Treatment of alcohol withdrawal. *Alcohol Health Res World*. 1998;22(1):38-43.
296. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Outpatient management of patients with alcohol problems. *Ann Intern Med*. 2000;133(10):815-827.
297. Bayard M, McIntyre J, Hill KR, Woodside J. Alcohol withdrawal syndrome. Article. *Am Fam Physician*. 2004;69(6):1443-1450.
298. Hayashida M, Alterman A, McLellan T, Mann S, Maany I, O'Brien C. Is inpatient medical alcohol detoxification justified: results of a randomized, controlled study. *NIDA Rs Mg*. 1988;81:19-25.
299. Klijnsma MP, Cameron ML, Burns TP, McGuigan SM. Out-patient alcohol detoxification--outcome after 2 months. *Alcohol Alcohol*. 1995;30(5):669-73.
300. Muncie HL, Yasinian Y, Oge' L. Outpatient management of alcohol withdrawal syndrome. *Am Fam Physician*. 2013;88(9):589-95.
301. Abbott PJ, Quinn D, Knox L. Ambulatory medical detoxification for alcohol. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1995;21(4):549-63.
302. Work Group on Substance Use Disorders, American Psychiatric Association (APA). *American Psychiatric Association Practice Guidelines – Treatment of patients with substance use disorders*. Published 2010. Accessed April 7, 2020. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf
303. Whitfield CL, Thompson G, Lamb A, Spencer V, Pfeifer M, Browning Ferrando M. Detoxification of 1,024 alcoholic patients without psychoactive-drugs. *JAMA*. 1978;239(14):1409-1410. doi:10.1001/jama.239.14.1409
304. Shaw JM, Kolesar GS, Sellers EM, Kaplan HL, Sandor P. Development of optimal treatment tactics for alcohol withdrawal .1. assessment and effectiveness of supportive care. Article. *J Clin Psychopharm*. 1981;1(6):382-389.

305. Kraemer KL, Mayo-Smith MF, Calkins DR. Independent clinical correlates of severe alcohol withdrawal. *Subst Abus.* 2003;24(4):197-209. doi:10.1080/08897070309511551
306. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Alcohol Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence*. Updated April 7, 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>
307. Fairgrieve C, Fairbairn N, Samet JH, Nolan S. Nontraditional Alcohol and Opioid Agonist Treatment Interventions. *Med Clin North Am.* 2018;102(4):683-696. doi:10.1016/j.mcna.2018.02.006
308. Pauly BB, Vallance K, Wettlaufer A, et al. Community managed alcohol programs in Canada: Overview of key dimensions and implementation. *Drug Alcohol Rev.* 2018;37(Suppl 1):S132-S139. doi:10.1111/dar.12681
309. Markowitz JS, McRae AL, Sonne SC. Oral nutritional supplementation for the alcoholic patient: a brief overview. *Ann Clin Psychiatry.* 2000;12(3):153-8.
310. Martin PR, Singleton CK, Hiller-Sturmhöfel S. The role of thiamine deficiency in alcoholic brain disease. *Alcohol research & health.* 2003;27(2):134.
311. National Institute for Health and Clinical Excellence. Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications. Updated April 12, 2017. Accessed February 28, 2023, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100/chapter/recommendations>
312. Liu J, Wang LN. Baclofen for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;11(11):06. doi:<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008502.pub6>
313. Lyon JE, Khan RA, Gessert CE, Larson PM, Renier CM. Treating alcohol withdrawal with oral baclofen: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Hosp Med.* 2011;6(8):469-74. doi:10.1002/jhm.928
314. Shaw GK. Detoxification: the use of benzodiazepines. *Alcohol Alcohol.* 1995;30(6):765-70.
315. Carlson RW, Kumar NN, Wong-Mckinstry E, et al. Alcohol Withdrawal Syndrome. *Crit Care Clin.* 2012;28(4):549-85. doi:10.1016/j.ccc.2012.07.004
316. Erstad BI, Cotugno CL. Management of alcohol-withdrawal. *Am J Health-Sys Ph.* 1995;52(7):697-709.
317. Kosten TR, O'Connor PG. Management of drug and alcohol withdrawal. *N Engl J Med.* 2003;348(18):1786-1795. doi:10.1056/NEJMra020617
318. Williams D, McBride AJ. The drug treatment of alcohol withdrawal symptoms: A systematic review. *Alcohol Alcohol.* 1998;33(2):103-115.
319. Mayo-Smith MF. Pharmacological management of alcohol withdrawal. A meta-analysis and evidence-based practice guideline. American Society of Addiction Medicine Working Group on Pharmacological Management of Alcohol Withdrawal. *JAMA.* 1997;278(2):144-51.
320. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of acute alcohol withdrawal. *CMAJ.* 1999;160(5):649-55.

321. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(3)Cd005063. doi:10.1002/14651858.CD005063.pub3
322. Holleck JL, Merchant N, Gunderson CG. Symptom-Triggered Therapy for Alcohol Withdrawal Syndrome: a Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *J Gen Intern Med.* 2019;34(6):1018-1024. doi:<https://dx.doi.org/10.1007/s11606-019-04899-7>
323. Gopal R, Chennatte SS, S S. Comparing 24-hour symptom triggered therapy and fixed schedule treatment for alcohol withdrawal symptoms—A randomized control study. *Asian Journal of Psychiatry.* 2020;48doi:10.1016/j.ajp.2019.101888
324. Smith JT, Sage M, Szeto H, et al. Outcomes after implementation of a benzodiazepine-sparing alcohol withdrawal order set in an integrated health care system. *JAMA Netw Open.* 2022;5(2):e220158.
325. L.T. Armistead KAS, C.K. Larson, J. Busby-Whitehead, S.P. Ferreri. A-TAPER: A Framework for Deprescribing Medications effectively. *Research in Social and Administrative Pharmacy.* 2021;doi:10.1016/j.sapharm.2021.11.013
326. de las Cuevas C, Sanz E, de la Fuente J. Benzodiazepines: more “behavioural” addiction than dependence. *Psychopharmacology (Berl).* 2003;167(3):297-303. doi:10.1007/s00213-002-1376-8
327. Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF. Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *Arch Clin Neuropsychol.* 2004;19:437-54.
328. Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF. Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *CNS Drugs.* 2004;18:37-48.
329. Verdoux H, Lagnaoui R, Begaud B. Is benzodiazepine use a risk factor for cognitive decline and dementia? A literature review of epidemiological studies. *Psychol Med.* 2005;35:307-15.
330. Rapoport MJ, Lanctot KL, Streiner DL, et al. Benzodiazepine use and driving: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry.* 2009;70:663-73.
331. Smink BE, Egberts AC, Lusthof KJ, Uges DR, de Gier JJ. The relationship between benzodiazepine use and traffic accidents: A systematic literature review. *CNS Drugs.* 2010;24:639-53.
332. Guina J, Rossetter SR, DeRhodes BJ, Nahhas RW, Welton RS. Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Psychiatric Practice.* 2015;21(4):281-303.
333. Tubbs AS, Fernandez FX, Ghani SB, et al. Prescription medications for insomnia are associated with suicidal thoughts and behaviors in two nationally representative samples. *J Clin Sleep Med.* 2021;17(5):1025-1030. doi:10.5664/jcsm.9096
334. Ait-Daoud N, Malcolm RJ, Johnson BA. An overview of medication for the treatment of alcohol withdrawal and alcohol dependence with an emphasis on the use of older and new anticonvulsants. *Addict Behav.* 2006;31(9):1628-1649.

335. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(3)Cd005064. doi:10.1002/14651858.CD005064.pub3
336. Lai J, Kalk N, Roberts E. The effectiveness and tolerability of anti-seizure medication in alcohol withdrawal syndrome: A systematic review, meta-analysis and GRADE of the evidence. *Addiction*. 2021; epub ahead of print
337. Barrons R, Roberts N. The role of carbamazepine and oxcarbazepine in alcohol withdrawal syndrome. *J Clin Pharm Ther*. 2010;35(2):153-167. doi:10.1111/j.1365-2710.2009.01098.x
338. Kalyoncu ÖA, Beyazyürek M, Kuru L, Solukçu R, Yazman Ü. Double-blind comparative trial with carbamazepine vs diazepam treatment of alcohol withdrawal. *Eur Neuropsychopharm*. 1996;6:1-2. doi:10.1016/0924-977X(96)87301-9
339. Malcolm R, Ballenger JC, Sturgis ET, Anton R. Double-blind controlled trial comparing carbamazepine to oxazepam treatment of alcohol withdrawal. *Am J Psychiat*. 1989;146(5):617-21. doi:10.1176/ajp.146.5.617
340. Ritola E, Malinen L. A double-blind comparison of carbamazepine and clomethiazole in the treatment of alcohol withdrawal syndrome. *Acta Psychiat Scand*. 1981;64(3):254-9.
341. Lucht M, Kuehn KU, Armbruster J, et al. Alcohol withdrawal treatment in intoxicated vs non-intoxicated patients: a controlled open-label study with tiapride/carbamazepine, clomethiazole and diazepam. *Alcohol Alcohol*. 2003;38(2):168-175. doi:10.1093/alcalc/agg050
342. Stuppaeck CH, Pycha R, Miller C, Whitworth AB, Oberbauer H, Fleischhacker WW. Carbamazepine versus oxazepam in the treatment of alcohol withdrawal: a double-blind study. *Alcohol Alcohol*. 1992;27(2):153-8.
343. Malcolm R, Myrick H, Roberts J, Wang W, Anton RF, Ballenger JC. The effects of carbamazepine and lorazepam on single versus multiple previous alcohol withdrawals in an outpatient randomized trial. *J Gen Intern Med*. 2002;17(5):349-55.
344. PrTEGRETOL® (carbamazepine) Product Monograph; tablets, 200 mg; chewable tablets, 100 mg and 200 mg; controlled-release tablets, 200 mg and 400 mg; suspension, 100 mg/tsp (5 mL). Submission Control No: 213356. Novartis Pharmaceuticals Canada Inc., Dorval, Canada. Available at: https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00045114.PDF.
345. Ferrell PB, Jr., McLeod HL. Carbamazepine, HLA-B*1502 and risk of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: US FDA recommendations. *Pharmacogenomics*. 2008;9(10):1543-6. doi:10.2217/14622416.9.10.1543
346. U.S. Food and Drug Administration. Clinical Review, Adverse Events- Carbamazepine. Accessed September 1, 2021, https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/2007/016608s098,020712s029,021710_ClinRev.pdf
347. Dean L, Pratt VM, Scott SA, Pirmohamed M, eds. *Carbamazepine Therapy and HLA Genotype*. National Center for Biotechnology Information; 2015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321445/>
348. Cheng YC, Huang YC, Huang WL. Gabapentinoids for treatment of alcohol use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Hum Psychopharmacol*. 2020:e2751. doi:<https://dx.doi.org/10.1002/hup.2751>

349. Leung J, Hall-Flavin D, Nelson S, Schmidt K, Schak K. The role of gabapentin in the management of alcohol withdrawal and dependence *Ann Pharmacother*. 2015;49(8):897-906.
350. Myrick H, Malcolm R, Randall PK, et al. A double-blind trial of gabapentin versus lorazepam in the treatment of alcohol withdrawal. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009;33(9):1582-8. doi:10.1111/j.1530-0277.2009.00986.x
351. Stock CJ, Carpenter L, Ying J, Greene T. Gabapentin versus chlordiazepoxide for outpatient alcohol detoxification treatment. *Ann Pharmacother*. 2013;47(7-8):961-9. doi:10.1345/aph.1R751
352. Mariani JJ, Rosenthal RN, Tross S, Singh P, Anand OP. A randomized, open-label, controlled trial of gabapentin and phenobarbital in the treatment of alcohol withdrawal. *Am J Addict*. 2006;15(1):76-84. doi:10.1080/10550490500419110
353. Bonnet U, Hamzavi-Abedi R, Specka M, Wiltfang J, Lieb B, Scherbaum N. An open trial of gabapentin in acute alcohol withdrawal using an oral loading protocol. *Alcohol Alcohol*. 2010;45(2):143-145.
354. Ghosh A, Mahintamani T, Choudhury S, Sharma N, Das S. The effectiveness of non-benzodiazepine, non-barbiturate medications for alcohol withdrawal syndrome: a Rapid systematic review. *Alcohol Alcohol* 2020; epub ahead of print
355. Lum E, Gorman SK, Slavik RS. Valproic acid management of acute alcohol withdrawal. *Ann Pharmacother*. 2006;40(3):441-448. doi:10.1345/aph.1G243
356. Myrick H, Brady KT, Malcolm R. Divalproex in the treatment of alcohol withdrawal. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2000;26(1):155-60.
357. Longo LP, Campbell T, Hubatch S. Divalproex sodium (Depakote) for alcohol withdrawal and relapse prevention. *J Addict Dis*. 2002;21(2):55-64. doi:10.1300/J069v21n02_05
358. Johnson BA, Swift RM, Ait-Daoud N, DiClemente CC, Javors MA, Malcolm RJ. Development of novel pharmacotherapies for the treatment of alcohol dependence: focus on antiepileptics. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(2):295-301.
359. Cushman P. Clonidine and alcohol withdrawal. *Adv Alcohol Subst Abuse*. 1987;7(1):17-28.
360. Baumgartner GR, Rowen RC. Clonidine vs chlordiazepoxide in the management of acute alcohol-withdrawal syndrome. *Arch Intern Med*. 1987;147(7):1223-1226. doi:10.1001/archinte.147.7.1223
361. Baumgartner GR, Rowen RC. Transdermal clonidine versus chlordiazepoxide in alcohol-withdrawal - a randomized, controlled clinical-trial. *Southern Med J*. 1991;84(3):312-321.
362. Muzyk AJ, Fowler JA, Norwood DK, Chilipko A. Role of alpha2-agonists in the treatment of acute alcohol withdrawal. *Ann Pharmacother*. 2011;45(5):649-657.
363. Nadkarni A, Endsley P, Bhatia U, et al. Community detoxification for alcohol dependence: A systematic review. *Drug Alcohol Rev*. 2017;36(3):389-399. doi:10.1111/dar.12440

364. Chung T, Martin CS, Armstrong TD, Labouvie EW. Prevalence of DSM-IV alcohol diagnoses and symptoms in adolescent community and clinical samples. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(5):546-54. doi:10.1097/00004583-200205000-00012
365. Clark DB. Pharmacotherapy for Adolescent Alcohol Use Disorder. *CNS Drugs*. 2012;26(7):559-569.
366. Laegreid L, Olegard R, Conradi N, Hagberg G, Wahlstrom J, Abrahamsson L. Association between congenital malformations and maternal consumption of benzodiazepines: a case-control study. *Dev Med Child Neurol* 1990;32:432-441.
367. Enato E, Moretti M, Koren G. The fetal safety of benzodiazepines: an updated meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can*. 2011;33(1):46-48. doi:10.1016/S1701-2163(16)34772-7
368. Bhat A, Hadley A. The management of alcohol withdrawal in pregnancy--case report, literature review and preliminary recommendations. *Gen Hosp Psychiatr*. 2015;37(3):273.e271-273. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.02.001>
369. DeVido J, Bogunovic O, Weiss RD. Alcohol use disorders in pregnancy. *Harv Rev Psychiatr*. 2015;23(2):112-21. doi:10.1097/hrp.0000000000000070
370. Smith EJ, Lui S, Terplan M. Pharmacologic interventions for pregnant women enrolled in alcohol treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3):CD007361. doi:<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007361.pub2>
371. World Health Organization (WHO), Guidelines Review Committee. *WHO Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy*. 2014. Accessed April 7, 2020. https://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/
372. Montouris G. Gabapentin exposure in human pregnancy: results from the Gabapentin Pregnancy Registry. *Epilepsy & Behavior*. 2003;4(3):310-317. doi:[https://doi.org/10.1016/S1525-5050\(03\)00110-0](https://doi.org/10.1016/S1525-5050(03)00110-0)
373. Mulkey MA, DaiWai M. Delirium tremens in the older adult. *J Neurosci Nurs*. 2020;52(6):316-321.
374. Galvin R, Brathen A, Ivashynka M, Hillbom M, Tanasescu R, Leone MA. EFNS guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy *Eur J Neurol*. 2010;17(12):1408-1418.
375. Kohli M, Charilaou P, Rousseau CP, Menezes R, Sanon M. Health care utilization in geriatric patients admitted with alcohol withdrawal from 2005 to 2014. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2020;46(4):478-484.
376. American Society of Addiction Medicine. The ASAM Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management. https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/the_asam_clinical_practice_guideline_on_alcohol-1.pdf?sfvrsn=ba255c2_2
377. Small J, Curran GM, Booth B. Barriers and facilitators for alcohol treatment for women: are there more or less for rural women? *J Subst Abuse Treat*. 2010;39(1):1-13.
378. Allan J, Campbell M. Improving access to hard-to-reach services: a soft entry approach to drug and alcohol services for rural Australian Aboriginal communities. *Soc Work Health Care*. 2011;50(6):443-465.

379. Stewart H, Jameson JP, Curtin L. The relationship between stigma and self-reported willingness to use mental health services among rural and urban older adults. *Psychological services*. 2015;12(2):141.
380. Franz B, Dhanani LY, Miller WC. Rural-urban differences in physician bias toward patients with opioid use disorder. *Psychiatr Serv*. 2021;72(8):874-879.
381. Field M, Di Lemma L, Christiansen P, Dickson J. Automatic Avoidance Tendencies for Alcohol Cues Predict Drinking After Detoxification Treatment in Alcohol Dependence. *Psychol Addict Behav*. 2017;31(2):171-179. doi:10.1037/adb0000232
382. Foster JH, Marshall EJ, Peters TJ. Predictors of relapse to heavy drinking in alcohol dependent subjects following alcohol detoxification - the role of quality of life measures, ethnicity, social class, cigarette and drug use. *Addict Biol*. 1998;3(3):333-343. doi:10.1080/13556219872146
383. Manning V, Staiger PK, Hall K, et al. Cognitive Bias Modification Training During Inpatient Alcohol Detoxification Reduces Early Relapse: A Randomized Controlled Trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016;40(9)doi:10.1111/acer.13163
384. Mueller SE, Petitjean S, Boening J, Wiesbeck GA. The impact of self-help group attendance on relapse rates after alcohol detoxification in a controlled study. *Alcohol Alcohol*. 2007;42(2):108-112. doi:10.1093/alcalc/agl122
385. Oliva F, Nibbio G, Vizzuso P, et al. Gender Differences in Anxiety and Depression before and after Alcohol Detoxification: Anxiety and Depression as Gender-Related Predictors of Relapse. *Eur Addict Res*. 2018;24(4):163-172. doi:10.1159/000490046
386. Picci RL, Oliva F, Zuffranieri M, et al. Quality of life, alcohol detoxification and relapse: Is quality of life a predictor of relapse or only a secondary outcome measure? *Quality of Life Research*. 2014;23(10):2757-2767. doi:10.1007/s11136-014-0735-3
387. Willinger U, Lenzinger E, Hornik K, et al. Anxiety as a predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients. *Alcohol Alcohol*. 2002;37(6):609-612. doi:10.1093/alcalc/37.6.609
388. Pincus HA, England MJ. Improving the quality of psychosocial interventions for mental and substance use disorders: a Report from the IOM. *JAMA*. 2015;213(12):1227-1228.
389. Klimas J, Fairgrieve C, Tobin H, et al. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. Systematic Review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(12)
390. Vannier AGL, Przybyszewski EM, Shay J, et al. Psychotherapy for Alcohol Use Disorder Is Associated With Reduced Risk of Incident Alcohol-Associated Liver Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2022;doi:<https://doi.org/10.1016/j.cgh.2022.08.001>
391. Barrio P, Gual A. Patient-centered care interventions for the management of alcohol use disorders: a systematic review of randomized controlled trials. *Patient Preference and Adherence*. 2016;10:1823-1845. doi:10.2147/ppa.s109641
392. Rollnick S, Miller WR. What is Motivational Interviewing? *Behav Cogn Psychother*. 1995;23(04):325-334. doi:doi:10.1017/S135246580001643X

393. Hogue A, Liddle HA. Family-based treatment for adolescent substance abuse: controlled trials and new horizons in services research. *J Fam Ther.* 2009;31(2):126-154. doi:10.1111/j.1467-6427.2009.00459.x
394. Copeland J, Martin G. Web-based interventions for substance use disorders: A qualitative review. *J Subst Abuse Treat.* 2004;26(2):109-116. doi:10.1016/s0740-5472(03)00165-x
395. Sinadinovic K, Wennberg P, Johansson M, Berman AH. Targeting individuals with problematic alcohol use via Web-based cognitive-behavioral self-help modules, personalized screening feedback or assessment only: a randomized controlled trial. *Eur Addict Res.* 2014;20(6):305-18. doi:10.1159/000362406
396. Keoleian V, Polcin D, Galloway GP. Text messaging for addiction: a review. *J Psychoactive Drugs.* 2015;47(2):158-176. doi:10.1080/02791072.2015.1009200
397. Kelemen A, Minarcik E, Steets C, Liang Y. Telehealth interventions for alcohol use disorder: A systematic review. *Liver Research.* 2022;6(3):146-154. doi:<https://doi.org/10.1016/j.livres.2022.08.004>
398. McHugh RK, Hearon BA, Otto MW. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiat Clin N Am.* 2010;33(3):511-25. doi:10.1016/j.psc.2010.04.012
399. Magill M, Ray L, Kiluk B, et al. A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *J Consult Clin Psychol.* 2019;87(12):1093-1105. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000447>
400. Magill M, Kiluk BD, Ray LA. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Alcohol and Other Drug Use Disorders: Is a One-Size-Fits-All Approach Appropriate? *Subst Abuse Rehabil.* 2023;14:1-11. doi:10.2147/sar.S362864
401. Tan CJ, Shufelt T, Behan E, et al. Comparative effectiveness of psychosocial interventions in adults with harmful use of alcohol: A systematic review and network meta-analysis. *Addiction.* 2023;doi:10.1111/add.16187
402. Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, et al. Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence - The COMBINE study: a randomized controlled trial. Article. *JAMA.* 2006;295(17):2003-2017. doi:10.1001/jama.295.17.2003
403. Kiluk BD, Ray LA, Walthers J, Bernstein M, Tonigan JS, Magill M. Technology-Delivered Cognitive-Behavioral Interventions for Alcohol Use: A Meta-Analysis. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research.* 2019;43(11):2285-2295. doi:10.1111/acer.14189
404. Hadjistavropoulos HD, Mehta S, Wilhelms A, Keough MT, Sundstrom C. A systematic review of internet-delivered cognitive behavior therapy for alcohol misuse: study characteristics, program content and outcomes. *Cogn Behav Ther.* 2020;49(4):327-346. doi:<https://dx.doi.org/10.1080/16506073.2019.1663258>
405. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. Review. *Psychol Bull.* 2002;128(2):330-366. doi:10.1037//0033-2909.128.2.330
406. Powers MB, Vedel E, Emmelkamp PMG. Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(6)

407. Stanton MD, Shadish WR. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychol Bull.* 1997;122(2):170-91.
408. Meis LA, Griffin JM, Greer N, et al. Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(2):275-286. doi:10.1016/j.cpr.2012.12.003
409. Hunter-Reel D, Witkiewitz K, Zweben A. Does session attendance by a supportive significant other predict outcomes in individual treatment for alcohol use disorders? *Alcohol Clin Exp Res.* 2012;36(7):1237-43. doi:10.1111/j.1530-0277.2011.01719.x
410. Ager RD, Yoshioka MR, Adams KB. Unilateral Spouse Therapy to Reach the Treatment-Resistant Alcohol Abusing Partner: A Randomized Controlled Trial. *Research on Social Work Practice.* 2020;30(7):802-814. doi:10.1177/1049731520931171
411. McCrady BS, Flanagan JC. The Role of the Family in Alcohol Use Disorder Recovery for Adults. *Alcohol Res.* 2021;41(1):06. doi:10.35946/arcr.v41.1.06
412. O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Alcohol abuse. *J Marital Fam Ther.* 2003;29(1):121-46. doi:10.1111/j.1752-0606.2003.tb00387.x
413. O'Farrell TJ, Clements K. Review of outcome research on marital and family therapy in treatment for alcoholism. *J Marital Fam Ther.* 2012;38(1):122-44. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00242.x
414. Song Y, Li D, Zhang S, et al. The Effect of Behavior Couples Therapy on Alcohol and Drug Use Disorder: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Alcohol Alcohol.* 2023;58(1):13-22. doi:10.1093/alcalc/agac053
415. Mutschler C, Malivoire BL, Schumm JA, Monson CM. Mechanisms and moderators of behavioural couples therapy for alcohol and substance use disorders: an updated review of the literature. *Behav Cogn Psychother.* 2022:1-22. doi:10.1017/s1352465822000042
416. McCrady BS, Epstein EE, Cook S, Jensen N, Hildebrandt T. A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. *J Consult Clin Psychol.* 2009;77(2):243-56. doi:10.1037/a0014686
417. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Pr.* 2004;11(3):230-241. doi:10.1093/clipsy/bph077
418. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend.* 2002;67(1):13-26. doi:10.1016/s0376-8716(02)00011-x
419. Chiesa A, Serretti A. Are Mindfulness-Based Interventions Effective for Substance Use Disorders? A Systematic Review of the Evidence. *Subst Use Misuse.* 2014;49(5):492-512. doi:10.3109/10826084.2013.770027
420. Li W, Howard MO, Garland EL, McGovern P, Lazar M. Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat.* 2017;75:62-96. doi:10.1016/j.jsat.2017.01.008

421. Sancho M, De Gracia M, Rodriguez RC, et al. Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Substance and Behavioral Addictions: A Systematic Review. *Front Psychiatr*. 2018;995. doi:10.3389/fpsy.2018.00095
422. Bowen S CN, Witkiewitz K, Baer R. *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. Mindfulness-based Treatment Approaches: A Clinician's Guide*. 2nd ed. Elsevier Academic Press; 2014.
423. Grant S, Colaiaco B, Motala A, et al. Mindfulness-based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Addict Med*. 2017;11(5):386-396. doi:10.1097/adm.0000000000000338
424. Zgierska AE, Burzinski CA, Mundt MP, et al. Mindfulness-based relapse prevention for alcohol dependence: Findings from a randomized controlled trial. *J Subst Abuse Treat*. 2019;100:8-17. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2019.01.013>
425. Adhikari S, Tulachan P, Ojha SP, Chapagai M, Dhungana S, Pant SB. Comparison of Disulfiram and Naltrexone in Cases of Alcohol Dependence Syndrome. *Journal of Nepal Health Research Council*. 2020;18(1):75-81. doi:<http://dx.doi.org/10.33314/jnhrc.v18i1.1921>
426. Davis DR, Kurti AN, Skelly JM, Redner R, White TJ, Higgins ST. A review of the literature on contingency management in the treatment of substance use disorders, 2009-2014. *Prev Med*. 2016;92:36-46. doi:10.1016/j.ypmed.2016.08.008
427. Rice D, Corace K, Wolfe D, et al. Evaluating comparative effectiveness of psychosocial interventions adjunctive to opioid agonist therapy for opioid use disorder: a Systematic review with network meta-analyses. *PLoS ONE*. 2020;15(12):e0244401.
428. Oluwoye O, Leickly E, Skalksky J, et al. Serious Mental Illness in Heavy Drinkers Is Associated with Poor Treatment Outcomes in Outpatients with Co-occurring Disorders. *International Journal of Mental Health & Addiction*. 2018;16(3):672-679.
429. Benishek LA, Dugosh KL, Kirby KC, et al. Prize-based contingency management for the treatment of substance abusers: a meta-analysis. *Addiction*. 2014;109(9):1426-1436. doi:10.1111/add.12589
430. Alessi SM, Petry NM. A randomized study of cellphone technology to reinforce alcohol abstinence in the natural environment. *Addiction*. 2013;108(5):900-909. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/add.12093>
431. Koffarnus MN, Bickel WK, Kablinger AS. Remote Alcohol Monitoring to Facilitate Incentive-Based Treatment for Alcohol Use Disorder: A Randomized Trial. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 2018;42(12):2423-2431. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/acer.13891>
432. Rash CJ, Stitzer M, Weinstock J. Contingency Management: New Directions and Remaining Challenges for An Evidence-Based Intervention. *J Subst Abuse Treat*. 2017;72:10-18. doi:10.1016/j.jsat.2016.09.008
433. Carroll KM. Lost in translation? Moving contingency management and cognitive behavioral therapy into clinical practice. *Ann N Y Acad Sci*. 2014;1327(1):94-111. doi:10.1111/nyas.12501
434. Kirby KC, Benishek LA, Dugosh KL, Kerwin ME. Substance abuse treatment providers' beliefs and objections regarding contingency management: implications for dissemination. *Drug Alcohol Depend*. 2006;85(1):19-27. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.03.010

435. Fitzsimons H, Tuten M, Borsuk C, Lookatch S, Hanks L. Clinician-delivered contingency management increases engagement and attendance in drug and alcohol treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2015;152:62-67. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.04.021
436. Hartzler B, Lash SJ, Roll JM. Contingency management in substance abuse treatment: A structured review of the evidence for its transportability. *Drug Alcohol Depend.* 2012;122(1-2):1-10. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.11.011
437. Boffo M, Zerhouni O, Gronau QF, et al. Cognitive bias modification for behaviour change in alcohol and smoking addiction: Bayesian meta-analysis of individual participant data. *Neurosci Rev.* 2019;29:52-78.
438. Woud ML, Hutschemaekers MHM, Rinck M, Becker ES. The manipulation of alcohol-related interpretation biases by means of cognitive bias modification - interpretation (CBM-I). *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2015;49:61-68.
439. Cristea IA, Kok RN, Cujipers P. The effectiveness of cognitive bias modification interventions for substance addictions: a Meta-analysis. *PLoS ONE.* 2016;11(9):e0162226.
440. Wiers RW, Boffo M, Field M. What's in a trial? On the importance of distinguishing between experimental lab studies and randomized controlled trials: the Case of cognitive bias modification and alcohol use disorders. *J Stud Alcohol Drugs.* 2018;79(3):333-343.
441. Hasin DS, Grant BF. The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) Waves 1 and 2: review and summary of findings. Review. *Soc Psych Psych Epid.* 2015;50(11):1609-1640. doi:10.1007/s00127-015-1088-0
442. Roberts NP, Roberts PA, Jones N, Bisson JI. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4:CD010204. doi:10.1002/14651858.CD010204.pub2
443. Pragnell A, Shoveller J, Voon P, et al. The impact of childhood emotional abuse on pain among people with chronic pain who inject drugs in Vancouver, Canada. *Pain Med.* 2020;21(4):704-713.
444. Baker AL, Thornton LK, Hiles S, Hides L, Lubman DI. Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: a systematic review. *J Affect Disord.* 2012;139(3):217-29. doi:10.1016/j.jad.2011.08.004
445. Hobbs JD, Kushner MG, Lee SS, Reardon SM, Maurer EW. Meta-analysis of supplemental treatment for depressive and anxiety disorders in patients being treated for alcohol dependence. *Am J Addict.* 2011;20(4):319-329.
446. Schäfer I, Lotzin A, Hiller P, et al. A multisite randomized controlled trial of Seeking Safety vs Relapse Prevention Training for women with co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *European Journal of Psychotraumatology.* 2019;10(1)doi:10.1080/20008198.2019.1577092
447. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(10)Cd001088. doi:10.1002/14651858.CD001088.pub3
448. Finn SW, Hammarberg A, Andreasson S. Treatment for alcohol dependence in primary care compared to outpatient specialist treatment-a randomized controlled trial. *Alcohol Alcohol.* 2018;53(4):376-385. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agx126>

449. Tiet QQ, Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: a review. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(4):513-536.
450. Tripodi SJ, Bender K, Litschge C, Vaughn MG. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: a meta-analytic review. *Arch Pediatr Adol Med*. 2010;164(1):85-91.
451. Waldron HB, Turner CW. Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008;37(1):238-261. doi:10.1080/15374410701820133
452. Becker SJ, Curry JF. Outpatient interventions for adolescent substance abuse: A quality of evidence review. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(4):531-543. doi:10.1037/0022-006x.76.4.531
453. Vaughn MG, Howard MO. Adolescent substance abuse treatment: A synthesis of controlled evaluations. *Res Social Work Pract*. 2004;14(5):325-335. doi:10.1177/1049731504265834
454. Hogue A, Dauber S, Faw Stambaugh L, Cecero JJ, Liddle HA. Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy and adolescent behavior problems. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(1):121-129.
455. Schonfeld L, Dupree LW, Dickson-Fuhrmann E, et al. Cognitive-behavioral treatment of older veterans with substance abuse problems. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2000;13(3):124-129.
456. Rice C, Longanagh R, Beattie M, Noel N. Age group differences in response to treatment for problematic alcohol use. *Addiction*. 1993;88(10):1369-1375.
457. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Treating Substance Use Disorder in Older Adults. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series No. 26, SAMHSA Publication No. PEP20-02-01-011. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2020.
458. Schutte K, Lemke S, Moos RH, Brennan PL. *Age-sensitive psychosocial treatment for older adults with substance abuse*. Substance Use and Older People. Wiley-Blackwell; 2015.
459. Schmidt LK, Bojesen AB, Nielsen AS, Andersen K. Duration of therapy - Does it matter? A systematic review and meta-regression of the duration of psychosocial treatments for alcohol use disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2018;84:57-67. doi:10.1016/j.jsat.2017.11.002
460. Magill M, Ray LA. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs*. 2009;70(4):516-527.
461. Mark T, Kassed C, Vandivort-Warren R, Levit K, Kranzler H. Alcohol and opioid dependence medications: Prescription trends, overall and by physician speciality. *Drug Alcohol Depend*. 2009;99(1):345-349.
462. Williams EC, Achtmeyer CE, Young JP, et al. Barriers to and Facilitators of Alcohol Use Disorder Pharmacotherapy in Primary Care: A Qualitative Study in Five VA Clinics. *J Gen Intern Med*. 2018;33(3):258-267. doi:10.1007/s11606-017-4202-z
463. Gregory C, Chorny Y, Mcleod S, Mohindra R. First-line medication for the outpatient treatment of alcohol use disorder: a systematic review of perceived barriers. *J Addict Med*. 2021;online ahead of print

464. Spithoff S, Kahan M. Paradigm shift: Moving the management of alcohol use disorders from specialized care to primary care. *Can Fam Physician*. 2015;61(6):491-493.
465. Vannier AG, Shay JE, Fomin V, et al. Incidence and Progression of Alcohol-Associated Liver Disease After Medical Therapy for Alcohol Use Disorder. *JAMA Network Open*. 2022;5(5):e2213014-e2213014.
466. Friedmann PD, Rose JS, Swift R, Stout RL, Millman RP, Stein MD. Trazodone for sleep disturbance after alcohol detoxification: a Double-blind, placebo-controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008;32(9):1652-1600.
467. Lopez E, Jeanne G, Lefort LH, et al. Characterization of benzodiazapine misuse and comorbidities in patients with alcohol use disorder. *Fundam Clin Pharmacol*. 2021;00:1-8.
468. Charney DA, Heath LM, Zikos E, Palacios-Boix J, Gill KJ. Poorer drinking outcomes with citalopram treatment for alcohol dependence: a Randomized, double-blinded, placebo-controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015;39(9):1756-1765.
469. Gastfriend DR, Garbutt JC, Pettinati HM, Forman RF. Reduction in heavy drinking as a treatment outcome in alcohol dependence. *J Subst Abuse Treat*. 2007;33(1):71-80. doi:10.1016/j.jsat.2006.09.008
470. Finn S, Bakshi A, S A. Alcohol consumption, dependence, and treatment barriers: Perceptions among nontreatment seekers with alcohol dependence *Subst Use Misuse* 2014;49(6):762-769.
471. Hodgins DC, Leigh G, Milne R, Gerrish R. Drinking goal selection in behavioral selfmanagement treatment of chronic alcoholics. *Addict Behav*. 1997;22(2):247-255. doi:10.1016/s0306-4603(96)00013-5
472. Al-Otaiba Z, Worden BL, McCrady BS, Epstein EE. Accounting for self-selected drinking goals in the assessment of treatment outcome. *Psychol Addict Behav*. 2008;22(3):439-443. doi:10.1037/0893-164x.22.3.439
473. Berglund KJ, Svensson I, Berggren U, Balldin J, C F. Is there a need for congruent treatment goals between alcohol-dependent patients and caregivers? *Alcohol Clin Exp Res*. 2016;40(4):874-879.
474. Adamson SJ, Heather N, Morton V, Raistrick. D. Initial preference for drinking goal in the treatment of alcohol problems: II. treatment outcomes. *Alcohol Alcohol*. 2010;45(2):136-142.
475. Bujarski S, O'Malley SS, Lunny K, Ray LA. The effects of drinking goal on treatment outcome for alcoholism. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(1):13-22.
476. Mowbray O, Krentzman AR, Bradley JC, Cranford JA, Robinson EAR, Grogan-Kaylor A. The effect of drinking goals at treatment entry on longitudinal alcohol use patterns among adults with alcohol dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2013;132(1):182-188.
477. Berger L, Brondino M, Fisher M, Gwyther R, Garbutt JC. Alcohol use disorder treatment: the association of pretreatment use and the role of drinking goal. *J Am Board Fam Med*. 2016;29(1):37-49.
478. Dunn KE, EC S. Pretreatment alcohol drinking goals are associated with treatment outcomes. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013;37(10):1745-1752.

479. Maisel NC, Blodgett JC, Wilbourne PL, Humphreys K, Finney JW. Meta-analysis of naltrexone and acamprostate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful? *Addiction*. 2013;108(2):275-293. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.04054.x
480. Henssler J, Muller M, Carreira J, Bschor T, Heinz A, Baethge C. Controlled drinking- non-abstinent versus abstinent treatment goals in alcohol use disorder: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*. 2020;116(8):1973-1987.
481. Mann K, Aubin HJ, Witkiewitz K. Reduced Drinking in Alcohol Dependence Treatment, What Is the Evidence? *Eur Addict Res*. 2017;23(5):219-230. doi:10.1159/000481348
482. Yoo JE, Han K, Shin DW, et al. Association Between Changes in Alcohol Consumption and Cancer Risk. *JAMA network open*. 2022;5(8):e2228544-e2228544.
483. Witkiewitz K, Kranzler HR, Hallgren KA, et al. Stability of drinking reductions and long-term functioning among patients with alcohol use disorder. *J Gen Intern Med*. 2021;36(2):404-412.
484. Project Match Research Group. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol*. 1997;58(1):7-29. doi:10.15288/jsa.1997.58.7
485. Stockwell T, Butt P, Beirness D, Gliksman L, Paradis C. The basis for Canada's new low-risk drinking guidelines: a relative risk approach to estimating hazardous levels and patterns of alcohol use. *Drug Alcohol Rev*. 2012;31(2):126-134. doi:10.1111/j.1465-3362.2011.00342.x
486. Rehm J, Roerecke M. Reduction of Drinking in Problem Drinkers and All-Cause Mortality. *Alcohol Alcohol*. 2013;48(4):509-513. doi:10.1093/alcalc/agt021
487. Roesner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Vecchi S, Srisurapanont M, Soyka M. Opioid antagonists for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(12)Cd001867. doi:10.1002/14651858.CD001867.pub3
488. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Incorporating Alcohol Pharmacotherapies Into Medical Practice: A Treatment Improvement Protocol (TIP) 49*. HHS Publication No. (SMA) 09-4380. 2009. Accessed April 23, 2023. <https://store.samhsa.gov/product/TIP-49-Incorporating-Alcohol-Pharmacotherapies-Medical-Practice/SMA13-4380>
489. Cheng H, McGuinness LA, Elbers RG, et al. Treatment interventions to maintain abstinence from alcohol in primary care: Systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2020;371:m3934.
490. Yen M-H, Ko H-C, Tang F-I, Lu R-B, Hong J-S. Study of hepatotoxicity of naltrexone in the treatment of alcoholism. *Alcohol*. 2006;38(2):117-120. doi:10.1016/j.alcohol.2006.05.003
491. Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M, Kirchmayer U, Verster A. Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(2):CD001333. doi:10.1002/14651858.CD001333.pub3
492. PrRevia™ (naltrexone hydrochloride) tablets, 50mg – Product Monograph. Teva Canada Limited. Available at: https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00030323.PDF.

493. Roesner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Lehert P, Vecchi S, Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(9)Cd004332. doi:10.1002/14651858.CD004332.pub2
494. Garbutt JC, Greenblatt AM, West SL, et al. Clinical and biological moderators of response to naltrexone in alcohol dependence: a Systematic review of the evidence. *Addiction*. 2014;109(8):1274-1284.
495. Monterosso JR, Flannery BA, Pettinati HM, et al. Predicting treatment response to naltrexone: the influence of craving and family history. *Am J Addict*. 2001;10(3):258-68.
496. Bogenschutz MP, Scott Tonigan J, Pettinati HM. Effects of Alcoholism Typology on Response to Naltrexone in the COMBINE Study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009;33(1):10-18. doi:10.1111/j.1530-0277.2008.00804.x
497. Anton RF, Latham PK, Voronin KE, et al. Nicotine-Use/Smoking Is Associated with the Efficacy of Naltrexone in the Treatment of Alcohol Dependence. Article. *Alcohol Clin Exp Res*. 2018;42(4):751-760. doi:10.1111/acer.13601
498. Schacht JP, Randall PK, Latham PK, et al. Predictors of Naltrexone Response in a Randomized Trial: Reward-Related Brain Activation, OPRM1 Genotype, and Smoking Status. *Neuropsychopharmacol*. 2017;42(13):2640-2653. doi:10.1038/npp.2017.74
499. Gueorguieva R, Wu R, Krystal JH, Donovan D, O'Malley SS. Temporal patterns of adherence to medications and behavioral treatment and their relationship to patient characteristics and treatment response. *Addict Behav*. 2013;38(5):2119-27. doi:10.1016/j.addbeh.2013.01.024
500. Zweben A, Pettinati HM, Weiss RD, et al. Relationship between medication adherence and treatment outcomes: the COMBINE study. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008;32(9):1661-9. doi:10.1111/j.1530-0277.2008.00743.x
501. Kranzler HR, Armeli S, Tennen H, et al. Targeted naltrexone for early problem drinkers. *J Clin Psychopharmacol*. 2003;23(3):294-304. doi:10.1097/00004714-200306000-00010
502. Kranzler HR, Tennen H, Armeli S, et al. Targeted Naltrexone for Problem Drinkers. *J Clin Psychopharmacol*. 2009;29(4):350-357. doi:10.1097/JCP.0b013e3181ac5213
503. Kranzler HR, Tennen H, Penta C, Bohn MJ. Targeted naltrexone treatment of early problem drinkers. *Addict Behav*. 1997;22(3):431-436. doi:10.1016/s0306-4603(96)00064-0
504. Niciu MJ, Arias AJ. Targeted Opioid Receptor Antagonists in the Treatment of Alcohol Use Disorders. *CNS Drugs*. 2013;27(10):777-787. doi:10.1007/s40263-013-0096-4
505. Kalk NJ, Lingford-Hughes AR. The clinical pharmacology of acamprosate. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;77(2):315-323.
506. Mann K, Lehert P, Morgan MY. The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(1):51-63. doi:10.1097/01.alc.0000108656.81563.05
507. Mason BJ, Lehert P. Acamprosate for alcohol dependence: A sex-specific meta-analysis based on individual patient data. *Alcohol Clin Exp Res*. 2012;36(3):497-508.

508. Scott LJ, Figgitt DP, Keam SJ, Waugh J. Acamprosate - A review of its use in the maintenance of abstinence in patients with alcohol dependence. *CNS Drugs*. 2005;19(5):445-464. doi:10.2165/00023210-200519050-00006
509. Witkiewitz K, Saville K, Hamreus K. Acamprosate for treatment of alcohol dependence: Mechanisms, efficacy, and clinical utility. *Ther Clin Risk Manag*. 2012;8:45-53.
510. Kiefer F, Jahn H, Tarnaske T, et al. Comparing and combining naltrexone and acamprosate in relapse prevention of alcoholism: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(1):92-9.
511. Gual A, Leher P. Acamprosate during and after acute alcohol withdrawal: a Double-blind placebo-controlled study in Spain. *Alcohol Alcohol*. 2001;36(5):413-418.
512. Tempesta E, Janiri L, Bignamini A, Chabac S, Potgieter A. Acamprosate and relapse prevention in the treatment of alcohol dependence: a Placebo-controlled study. *Alcohol Alcohol*. 2000;25(2):202-209.
513. Donoghue K, Elzerbi C, Saunders R, Whittington C, Pilling S, Drummond C. The efficacy of acamprosate and naltrexone in the treatment of alcohol dependence, Europe versus the rest of the world: a meta-analysis. *Addiction*. 2015;110(6):920-930. doi:10.1111/add.12875
514. Mason BJ, Goodman AM, Chabac S, Leher P. Effect of oral acamprosate on abstinence in patients with alcohol dependence in a double-blind, placebo-controlled trial: the role of patient motivation. *J Psychiatr Res*. 2006;40(5):383-93. doi:10.1016/j.jpsychires.2006.02.002
515. Verheul R, Leher P, Geerlings PJ, Koeter MW, van den Brink W. Predictors of acamprosate efficacy: results from a pooled analysis of seven European trials including 1485 alcohol-dependent patients. *Psychopharmacology (Berl)*. 2005;178(2-3):167-73. doi:10.1007/s00213-004-1991-7
516. Rösner S, Leucht S, Leher P, Soyka M. Acamprosate supports abstinence, naltrexone prevents excessive drinking: evidence from a meta-analysis with unreported outcomes. *J Psychopharmacol*. 2008;22(1):11-23. doi:10.1177/0269881107078308
517. Hartung D, McCarty D, Fu R, Wiest K, Chalk M, Gastfriend DR. Extended-release Naltrexone for Alcohol and Opioid Dependence: A Meta-Analysis of Healthcare Utilization Studies. *J Subst Abuse Treat*. 2014;47(2):113-121. doi:10.1016/j.jsat.2014.03.007
518. Garbutt JC, Kranzler HR, O'Malley SS, et al. Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293(13):1617-25. doi:10.1001/jama.293.13.1617
519. Murphy CE, Wang RC, Montoy JC, Whittaker E, Raven M. Effect of extended-release naltrexone on alcohol consumption: a Systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2021;
520. Jarvis BP, Holtyn AF, Subramaniam S, et al. Extended-release injectable naltrexone for opioid use disorder: a systematic review. *Addiction*. 2018;113(7):1188-1209. doi:10.1111/add.14180
521. Korthuis PT, Lum PJ, Vergara-Rodriguez P, et al. Feasibility and safety of extended-release naltrexone treatment of opioid and alcohol use disorder in HIV clinics: a pilot/feasibility randomized trial. *Addiction*. 2017;112(6):1036-44. doi:10.1111/add.13753

522. Nourredine M, Jurek L, Angerville B, et al. Use of topiramate in the spectrum of addictive and eating disorders: a Systematic review comparing treatment schemes, efficacy, and safety features *CNS Drugs*. 2021;35:177-213.
523. Blodgett JC, Del Re AC, Maisel NC, Finney JW. A meta-analysis of topiramate's effects for individuals with alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014;38(6):1481-8. doi:10.1111/acer.12411
524. Johnson BA, Ait-Daoud N, Bowden CL, et al. Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2003;361(9370):1677-85. doi:10.1016/S0140-6736(03)13370-3
525. Johnson BA, Rosenthal N, Capece JA, et al. Topiramate for treating alcohol dependence: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2007;298(14):1641-51. doi:10.1001/jama.298.14.1641
526. Kranzler HR, Covault J, Feinn R, et al. Topiramate treatment for heavy drinkers: moderation by a GRIK1 polymorphism. *Am J Psychiat*. 2014;171(4):445-52. doi:10.1176/appi.ajp.2013.13081014
527. Kampman KM, Pettinati HM, Lynch KG, Spratt K, Wierzbicki MR, O'Brien CP. A double-blind, placebo-controlled trial of topiramate for the treatment of comorbid cocaine and alcohol dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2013;133(1):94-99. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.05.026
528. Likhitsathian S, Uttawichai K, Booncharoen H, Wittayanookulluk A, Angkurawaranon C, Srisurapanont M. Topiramate treatment for alcoholic outpatients recently receiving residential treatment programs: A 12-week, randomized, placebo-controlled trial. *Drug Alcohol Depend*. 2013;133(2):440-446. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.06.032
529. Baltieri DA, Daró FR, Ribeiro PL, de Andrade AG. Comparing topiramate with naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Addiction*. 2008;103(12):2035-44. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02355.x
530. Rubio G, Martínez-Gras I, Manzanares J. Modulation of impulsivity by topiramate: implications for the treatment of alcohol dependence. *J Clin Psychopharm*. 2009;29(6):584-9. doi:10.1097/JCP.0b013e3181bdfb79
531. Flórez G, García-Portilla P, Alvarez S, Saiz PA, Nogueiras L, Bobes J. Using topiramate or naltrexone for the treatment of alcohol-dependent patients. *Alcohol Clin Exp Res*. 2008;32(7):1251-9. doi:10.1111/j.1530-0277.2008.00680.x
532. Flórez G, Saiz PA, García-Portilla P, Alvarez S, Nogueiras L, Bobes J. Topiramate for the treatment of alcohol dependence: comparison with naltrexone. *Eur Addict Res*. 2011;17(1):29-36. doi:10.1159/000320471
533. Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Karaiskos D, Kourlaba G, Liappas I. Treatment of alcohol dependence with low-dose topiramate: an open-label controlled study. *BMC Psychiatry*. 2011;11:41. doi:10.1186/1471-244X-11-41
534. Kranzler HR, Feinn R, Morris P, Hartwell EE. A meta-analysis of the efficacy of gabapentin for treating alcohol use disorder. *Addiction*. 2019;114(9):1547-1555. doi:10.1111/add.14655
535. Ahmed S, Bachu R, Kotapati P, et al. Use of Gabapentin in the Treatment of Substance Use and Psychiatric Disorders: A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation*. 2019;10:228. doi:<https://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2019.00228>

536. Anton RF, Latham P, Voronin K, et al. Efficacy of Gabapentin for the Treatment of Alcohol Use Disorder in Patients With Alcohol Withdrawal Symptoms: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*. 2020;180(5):728-736. doi:<https://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.0249>
537. Mason BJ, Quello S, Shadan F. Gabapentin for the treatment of alcohol use disorder. *Expert Opin Inv Drugs*. 2018;27(1):113-124. doi:10.1080/13543784.2018.1417383
538. Falk DE, Ryan ML, Fertig JB, et al. Gabapentin Enacarbil Extended-Release for Alcohol Use Disorder: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multisite Trial Assessing Efficacy and Safety. *Alcohol Clin Exp Res*. 2019;43(1):158-169. doi:10.1111/acer.13917
539. Wiffen PJ, Derry S, Bell RF, et al. Gabapentin for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(6)Cd007938. doi:10.1002/14651858.CD007938.pub4
540. Raouf M, Atkinson TJ, Crumb MW, Fudin J. Rational dosing of gabapentin and pregabalin in chronic kidney disease. *J Pain Res*. 2017;10:275-278. doi:10.2147/jpr.s130942
541. Howland RH. Gabapentin for Substance Use Disorders: Is it Safe and Appropriate? *J Psychosoc Nurs Men*. 2014;1-4. doi:10.3928/02793695-20131217-01
542. Howland RH. Gabapentin: can it be misused? *J Psychosoc Nurs Men*. 2014;52(1):12-5.
543. Schifano F. Misuse and abuse of pregabalin and gabapentin: cause for concern? *CNS Drugs*. 2014;28(6):491-6. doi:10.1007/s40263-014-0164-4
544. Smith RV, Havens JR, Walsh SL. Gabapentin misuse, abuse and diversion: a systematic review. *Addiction*. 2016;111(7):1160-74. doi:10.1111/add.13324
545. Peckham AM, Fairman KA, Sclar DA. Policies to mitigate nonmedical use of prescription medications: how should emerging evidence of gabapentin misuse be addressed? *Expert Opin Drug Saf*. 2018;17(5):519-523. doi:10.1080/14740338.2017.1390081
546. Evoy KE, Morrison MD, Saklad SR. Abuse and Misuse of Pregabalin and Gabapentin. *Drugs*. 2017;77(4):403-426. doi:10.1007/s40265-017-0700-x
547. Kapil V, Green JL, Le Lait MC, Wood DM, Dargan PI. Misuse of the γ -aminobutyric acid analogues baclofen, gabapentin and pregabalin in the UK. *Br J Clin Pharmacol*. 2014;78(1):190-1.
548. Peckham AM, Evoy KE, Covey JR, Ochs L, Fairman KA, Sclar DA. Predictors of Gabapentin Overuse With or Without Concomitant Opioids in a Commercially Insured US Population. *Pharmacotherapy*. 2018;38(4):436-443. doi:10.1002/phar.2096
549. Wilens T, Zulauf C, Ryland D, Carrellas N, Catalina-Wellington I. Prescription medication misuse among opioid dependent patients seeking inpatient detoxification. *Am J Addict*. 2015;24(2):173-7. doi:10.1111/ajad.12159
550. Grosshans M, Lemenager T, Vollmert C, et al. Pregabalin abuse among opiate addicted patients. *Eur J Clin Pharmacol*. 2013;69(12):2021-5. doi:10.1007/s00228-013-1578-5

551. Reccoppa L, Malcolm R, Ware M. Gabapentin abuse in inmates with prior history of cocaine dependence. *Am J Addict.* 2004;13(3):321-323. doi:10.1080/10550490490460300
552. Mersfelder TL, Nichols WH. Gabapentin: Abuse, Dependence, and Withdrawal. *Ann Pharmacother.* 2016;50(3):229-33. doi:10.1177/1060028015620800
553. Bastiaens L, Galus J, Mazur C. Abuse of Gabapentin is Associated with Opioid Addiction. *Psychiatr Q.* 2016;87(4):763-767. doi:10.1007/s11126-016-9421-7
554. Reeves RR, Ladner ME. Potentiation of the effect of buprenorphine/naloxone with gabapentin or quetiapine. *Am J Psychiat.* 2014;171(6):691. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13111526
555. Baird CR, Fox P, Colvin LA. Gabapentinoid abuse in order to potentiate the effect of methadone: a survey among substance misusers. *Eur Addict Res.* 2014;20(3):115-8. doi:10.1159/000355268
556. Reeves RR, Burke RS. Abuse of combinations of gabapentin and quetiapine. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2014;16(5)doi:10.4088/PCC.14I01660
557. Health Canada. Health Canada Advises Canadians to Exercise Caution when Taking Gabapentin or Pregabalin with Opioids. <https://healthycanadians.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2019/71003a-eng.php>
558. Lyndon A, Audrey S, Wells C, et al. Risk to heroin users of polydrug use of pregabalin or gabapentin. *Addiction.* 2017;112(9):1580-1589. doi:10.1111/add.13843
559. Gomes T, Juurlink DN, Antoniou T, Mamdani MM, Paterson JM, van den Brink W. Gabapentin, opioids, and the risk of opioid-related death: A population-based nested case-control study. *PLoS Med.* 2017;14(10)e1002396. doi:10.1371/journal.pmed.1002396
560. Slavova S, Miller A, Bunn TL, et al. Prevalence of gabapentin in drug overdose postmortem toxicology testing results. *Drug Alcohol Depend.* 2018;186:80-85. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.01.018
561. Odyssey Pharmaceuticals, Inc. Antabuse (disulfiram) tablets prescribing information. East Hanover, NJ; 2003. Available at: <https://www.drugs.com/monograph/disulfiram.html>.
562. Fuller RK, Branchey L, Brightwell DR, et al. Disulfiram treatment of alcoholism. *JAMA.* 1986;256(11):1449-1455. doi:10.1001/jama.256.11.1449
563. Skinner MD, Lahmek P, Pham H, Aubin HJ. Disulfiram efficacy in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. *PLoS ONE.* 2014;9(2):e87366. doi:10.1371/journal.pone.0087366
564. Laaksonen E, Koski-Jannes A, Salaspuro M, Ahtinen H, Alho H. A randomized, multicentre, open-label, comparative trial of disulfiram, naltrexone and acamprosate in the treatment of alcohol dependence. *Alcohol Alcohol.* 2008;43(1):53-61. doi:10.1093/alcalc/agn136
565. O'Farrell TJ, Schein AZ. Behavioral Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse. *Journal of Family Psychotherapy.* 2011;22(3):193-215. doi:10.1080/08975353.2011.602615

566. Rolland B, Simon N, Franchitto N. Safety Challenges of Using High Dose Baclofen for Alcohol Use Disorder: A Focused Review. *Front Psychiatr*. 2018;9:367. doi:10.3389/fpsy.2018.00367
567. Rolland B, Paille F, Gillet C, et al. Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: The 2015 Recommendations of the French Alcohol Society, Issued in Partnership with the European Federation of Addiction Societies. *CNS Neurosci Ther*. 2016;22(1):25-37. doi:10.1111/cns.12489
568. Addolorato G, Caputo F, Capristo E, et al. Baclofen efficacy in reducing alcohol craving and intake: a preliminary double-blind randomized controlled study. *Alcohol Alcohol*. 2002;37(5):504-8.
569. Addolorato G, Leggio L, Ferrulli A, et al. Effectiveness and safety of baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis: randomised, double-blind controlled study. *Lancet*. 2007;370(9603):1915-22. doi:10.1016/S0140-6736(07)61814-5
570. Beraha EM, Salemink E, Goudriaan AE, et al. Efficacy and safety of high-dose baclofen for the treatment of alcohol dependence: A multicentre, randomised, double-blind controlled trial. *Eur Neuropsychopharm*. 2016;26(12):1950-1959. doi:10.1016/j.euroneuro.2016.10.006
571. Garbutt JC, Kampov-Polevoy AB, Gallop R, Kalka-Juhl L, Flannery BA. Efficacy and Safety of Baclofen for Alcohol Dependence: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010;34(11):1849-1857. doi:10.1111/j.1530-0277.2010.01273.x
572. Hauser P, Fuller B, Ho SB, Thuras P, Kern S, Dieperink E. The safety and efficacy of baclofen to reduce alcohol use in veterans with chronic hepatitis C: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2017;112(7):1173-1183. doi:10.1111/add.13787
573. Ponizovsky AM, Rosca P, Aronovich E, Weizman A, Grinshpoon A. Baclofen as Add-On to Standard Psychosocial Treatment for Alcohol Dependence: a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial With 1 Year Follow-Up. *J Subst Abuse Treat*. 2015;52:24-30. doi:10.1016/j.jsat.2014.11.007
574. Rigal L, Sidorkiewicz S, Tréluyer JM, et al. Titrated baclofen for high-risk alcohol consumption: a randomized placebo-controlled trial in out-patients with 1-year follow-up. *Addiction*. 2020;115(7):1265-1276. doi:10.1111/add.14927
575. Agabio R, Saulle R, Rösner S, Minozzi S. Baclofen for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;1(1):Cd012557. doi:10.1002/14651858.CD012557.pub3
576. Pierce M, Sutterland A, Beraha EM, Morley K, van den Brink W. Efficacy, tolerability, and safety of low-dose and high-dose baclofen in the treatment of alcohol dependence: A systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharm*. 2018;28(7):795-806. doi:10.1016/j.euroneuro.2018.03.017
577. Rose AK, Jones A. Baclofen: its effectiveness in reducing harmful drinking, craving, and negative mood. A meta-analysis. *Addiction*. 2018;113(8):1396-1406. doi:10.1111/add.14191
578. Agabio R, Baldwin DS, Amaro H, Leggio L, JMA S. The influence of anxiety symptoms on clinical outcome during baclofen treatment of alcohol use disorder: a Systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;125:296-313.

579. Bschor T, Henssler J, Muller M, Baethge C. Baclofen for alcohol use disorder: a systematic meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2018;138(3):232-242. doi:10.1111/acps.12905
580. Minozzi S, Saulle R, Rosner S. Baclofen for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;11:CD012557. doi:10.1002/14651858.CD012557.pub2
581. Auffret M, Labreuche J, Duhamel A, et al. Proactive Regional Pharmacovigilance System Versus National Spontaneous Reporting for Collecting Safety Data on Concerning Off-Label Prescribing Practices: An Example with Baclofen and Alcohol Dependence in France. *Drug Saf*. 2017;40(3):257-262. doi:10.1007/s40264-016-0489-7
582. Chaignot C, Zureik M, Rey G, Dray-Spira R, Coste J, Weill A. Risk of hospitalisation and death related to baclofen for alcohol use disorders: Comparison with nalmefene, acamprosate, and naltrexone in a cohort study of 165 334 patients between 2009 and 2015 in France. *Pharmacoepidemiol Drug Safety*. 2018;27(11):1239-1248. doi:10.1002/pds.4635
583. Ye JH, Ponnudurai R, Schaefer R. Ondansetron: A selective 5-HT₃ receptor antagonist and its applications in CNS-Related disorders. *CNS Drug Reviews*. 2001;7(2):199-213.
584. Johnson BA, Roache JD, Javors MA, et al. Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients - A randomized controlled trial. *JAMA*. 2000;284(8):963-971. doi:10.1001/jama.284.8.963
585. Johnson BA, Ait-Daoud N, Seneviratne C, et al. Pharmacogenetic Approach at the Serotonin Transporter Gene as a Method of Reducing the Severity of Alcohol Drinking. *Am J Psychiat*. 2011;168(3):265-275. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10050755
586. Yardley MM, Ray LA. Medications development for the treatment of alcohol use disorder: insights into the predictive value of animal and human laboratory models. *Addict Biol*. 2017;22(3):581-615. doi:10.1111/adb.12349
587. Sellers EM, Toneatto T, Romach MK, Somer GR, Sobell LC, Sobell MB. Clinical efficacy of the 5-HT₃ antagonist ondansetron in alcohol-abuse and dependence. *Alcohol Clin Exp Res*. 1994;18(4):879-885. doi:10.1111/j.1530-0277.1994.tb00054.x
588. Freedman SB, Uleryk E, Rumantir M, Finkelstein Y. Ondansetron and the Risk of Cardiac Arrhythmias: A Systematic Review and Postmarketing Analysis. *Ann Emerg Med*. 2014;64(1):19-25. doi:10.1016/j.annemergmed.2013.10.026
589. Doggrell SA, Hancox JC. Cardiac safety concerns for ondansetron, an antiemetic commonly used for nausea linked to cancer treatment and following anaesthesia. *Expert Opin Drug Saf*. 2013;12(3):421-431. doi:10.1517/14740338.2013.780026
590. Naglich AC, Lin A, Wakhlu S, Adinoff BH. Systematic Review of Combined Pharmacotherapy for the Treatment of Alcohol Use Disorder in Patients Without Comorbid Conditions. *CNS Drugs*. 2018;32(1):13-31. doi:10.1007/s40263-017-0484-2
591. Anton RF, Myrick H, Wright TM, et al. Gabapentin Combined With Naltrexone for the Treatment of Alcohol Dependence. *Am J Psychiat*. 2011;168(7):709-717. doi:10.1176/appi.ajp.2011.10101436

592. Jones JD, Comer SD, Kranzler HR. The Pharmacogenetics of Alcohol Use Disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015;39(3):391-402. doi:10.1111/acer.12643
593. Kim SG, Kim CM, Choi SW, et al. A mu opioid receptor gene polymorphism (A118G) and naltrexone treatment response in adherent Korean alcohol-dependent patients. *Psychopharmacology (Berl)*. 2009;201(4):611-618. doi:10.1007/s00213-008-1330-5
594. Oslin DW, Berrettini W, Kranzler HR, et al. A functional polymorphism of the mu-opioid receptor gene is associated with naltrexone response in alcohol-dependent patients. *Neuropsychopharmacol*. 2003;28(8):1546-1552. doi:10.1038/sj.npp.1300219
595. Anton RF, Oroszi G, O'Malley S, et al. An evaluation of mu-opioid receptor (OPRM1) as a predictor of naltrexone response in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(2):135-144. doi:10.1001/archpsyc.65.2.135
596. Ray LA, Bujarski S, Chin PF, Miotto K. Pharmacogenetics of naltrexone in asian americans: a Randomized placebo-controlled laboratory study. *Neuropsychopharmacology*. 2012;37(2):445-455.
597. Oslin DW, Leong SH, Lynch KG, et al. Naltrexone vs Placebo for the Treatment of Alcohol Dependence: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(5):430-7. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3053
598. Pharmacogenomics and Pharmacometabolomics of Acamprosate Treatment Outcome. Posted January 28, 2019. Updated August 14, 2019. Accessed April 3, 2020. <https://ClinicalTrials.gov/show/NCT03818191>
599. Adverse Childhood Experiences in Substance-related Disorders. Updated January 17, 2019. Accessed April 3, 2020. <https://ClinicalTrials.gov/show/NCT03758053>
600. Leveraging Biomarkers for Personalized Treatment of Alcohol Use Disorder Comorbid With PTSD. Updated November 19, 2019. Accessed April 3, 2020. <https://ClinicalTrials.gov/show/NCT03667846>
601. Pharmacogenetic Study of Ondansetron in Alcohol Use Disorder. Updated September 26, 2019. Accessed April 3, 2020. <https://ClinicalTrials.gov/show/NCT02354703>
602. The Effect of NK1R Antagonism on Alcohol Craving and PTSD Symptoms in Alcohol Dependent Patients With PTSD. Updated November 3, 2015. Accessed April 3, 2020. <https://ClinicalTrials.gov/show/NCT00896038>
603. Leung JG, Hall-Flavin D, Nelson S, Schmidt KA, Schak KM. The role of gabapentin in the management of alcohol withdrawal and dependence. Review. *Ann Pharmacother*. 2015;49(8):897-906. doi:10.1177/1060028015585849
604. Reus VI, Fochtmann LJ, Bukstein O, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. *Am J Psychiat*. 2018;175(1):86-90. doi:10.1176/appi.ajp.2017.1750101
605. Kranzler HR, Soyka M. Diagnosis and Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorder: A Review. *JAMA*. 2018;320(8):815-824. doi:10.1001/jama.2018.11406

606. Dawes MA, Johnson BA. Pharmacotherapeutic trials in adolescent alcohol use disorders: opportunities and challenges. *Alcohol Alcohol*. 2004;39(3):166-177. doi:10.1093/alcalc/agh045
607. Brown SA, McGue M, Maggs J, et al. A developmental perspective on alcohol and youths 16 to 20 years of age. *Pediatrics*. 2008;121(Suppl 4):S290-S310. doi:10.1542/peds.2007-2243D
608. Deas D, May K, Randall C, Johnson N, Anton R. Naltrexone treatment of adolescent alcoholics: An open-label pilot study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2005;15(5):723-728. doi:10.1089/cap.2005.15.723
609. Miranda R, Ray L, Blanchard A, et al. Effects of naltrexone on adolescent alcohol cue reactivity and sensitivity: an initial randomized trial. *Addict Biol*. 2014;19(5):941-954. doi:10.1111/adb.12050
610. De Sousa AA, De Sousa J, Kapoor H. An open randomized trial comparing disulfiram and topiramate in the treatment of alcohol dependence. *J Subst Abuse Treat*. 2008;34(4):460-3. doi:10.1016/j.jsat.2007.05.012
611. De Sousa A. A comparative study using Disulfiram and Naltrexone in alcohol-dependent adolescents. *J Subst Use*. 2014;19(5):341-345. doi:10.3109/14659891.2013.813084
612. Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L, et al. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol*. 2012;26(7):899-952. doi:10.1177/0269881112444324
613. Royal College of General Practitioners, Alcohol Concern, DrugScope, Royal College of Psychiatrists, College Centre for Quality Improvement (CCQI). *Practice Standards for Young People with Substance Misuse Problems*. Publication number CCQI 127. Published June 2012. Accessed April 7, 2020. [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_232130_EN_UK58_Practice%20standards%20for%20young%20people%20with%20substance%20misuse%20problems%20\(2012\).pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_232130_EN_UK58_Practice%20standards%20for%20young%20people%20with%20substance%20misuse%20problems%20(2012).pdf)
614. McDonald PLL, Jia LS, Vipler S. Alcohol Withdrawal Management and Relapse Prevention in Pregnancy. *Can J Addiction*. 2018;9(4):32-41. doi:10.1097/cxa.0000000000000034
615. Jones CW, Terplan M. Pregnancy and Naltrexone Pharmacotherapy. *Obstetrics & Gynecology*. 2018;132(4):923-925. doi:10.1097/aog.0000000000002864
616. Vickers AP, Jolly A. Naltrexone and problems in pain management. *Bmj*. 2006;332(7534):132-3. doi:10.1136/bmj.332.7534.132
617. Chan CF, Page-Sharp M, Kristensen JH, O'Neil G, Ilett KF. Transfer of Naltrexone and its Metabolite 6, β -Naltrexol into Human Milk. *J Hum Lact*. 2004;20(3):322-326.
618. Hunt S, Russell A, Smithson WH, et al. Topiramate in pregnancy: preliminary experience from the UK Epilepsy and Pregnancy Register. *Neurology*. 2008;71(4):272-6. doi:10.1212/01.wnl.0000318293.28278.33
619. Oslin D, Liberto JG, O'Brien J, Krois S, Norbeck J. Naltrexone as an adjunctive treatment for older patients with alcohol dependence.

Am J Geriatr Psychiatry. 1997;5(4):324-332.

620. Abuse SAaMHSAAaNIoA, Alcoholism a. *Medication for the Treatment of Alcohol Use Disorder: A Brief Guide*. 2015. 2015. Accessed March 7, 2023. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma15-4907.pdf>
621. Anton RF, Moak DH, Latham P, et al. Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for alcohol dependence. *J Clin Psychopharm*. 2005;25(4):349-57.
622. Gao J, Cao J, Guo T, Xiao Y. Association between alcoholic interventions and abstinence rates for alcohol use disorders: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(50):e13566. doi:<https://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000013566>
623. Ray LA, Meredith LR, Kiluk BD, Walthers J, Carroll KM, Magill M. Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020;3(6):e208279. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.8279
624. PrCampral® (acamprosate calcium) delayed release tablets, 333mg – Product Monograph. Mylan Pharmaceuticals ULC. Available at: https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00014184.PDF.
625. PrTopamax® (topiramate) tablets, House Std., 25, 100, 200mg; topiramate sprinkle capsules, House Std. 15, 25mg – Product Monograph. Janssen Inc. Available at: https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00046099.PDF.
626. PrNEURONTIN® Product Monograph – Gabapentin Capsules 100 mg, 300 mg, and 400 mg; Tablets 600 mg and 800 mg. Submission Control No: 211678. Pfizer Canada Ltd. Available at: https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00044022.PDF.
627. Glass JE, Williams EC, Bucholz KK. Psychiatric Comorbidity and Perceived Alcohol Stigma in a Nationally Representative Sample of Individuals with DSM-5 Alcohol Use Disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014;38(6):1697-1705. doi:10.1111/acer.12422
628. Hassan AN. Patients With Alcohol Use Disorder Co-Occurring With Depression and Anxiety Symptoms: Diagnostic and Treatment Initiation Recommendations. *J Clin Psychiat*. 2018;79(1)doi:10.4088/JCP.17ac11999
629. Kingston REF, Marel C, Mills KL. A systematic review of the prevalence of comorbid mental health disorders in people presenting for substance use treatment in Australia. *Drug Alcohol Rev*. 2017;36(4):527-539. doi:10.1111/dar.12448
630. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health*. HHS Publication No. SMA 18-5068, NSDUH Series H-53. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, SAMHSA; 2017. Accessed April 8, 2020. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/NSDUHFFR2017/NSDUHFFR2017.pdf>
631. Karapareddy V. A review of integrated care for concurrent disorders: cost effectiveness and clinical outcomes. *J Dual Diagn*. 2018;15(1):56-66.
632. Driessen M, Meier S, Hill A, Wetterling T, Lange W, Junghanns K. The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol Alcohol*. 2001;36(3):249-255. doi:10.1093/alcalc/36.3.249

633. McHugh RK, Sugarman DE, Meyer L, Fitzmaurice GM, Greenfield SF. The relationship between perceived stress and depression in substance use disorder treatment. *Drug Alcohol Depend.* 2020;207:107819. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107819>
634. Brown SA, Irwin M, Schuckit MA. Changes in anxiety among abstinent male alcoholics. *J Stud Alcohol.* 1991;52(1):55-61.
635. Brown SA, Schuckit MA. Changes in depression among abstinent alcoholics. *J Stud Alcohol.* 1988;49(5):412-417.
636. Liappas J, Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Christodoulou G. Impact of alcohol detoxification on anxiety and depressive symptoms. *Drug Alcohol Depend.* 2002;68(2):215-220. doi:[https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(02\)00195-3](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(02)00195-3)
637. Torrens M, Fonseca F, Mateu G, Farre M. Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* 2005;78(1):1-22.
638. Eriksson M, Berggren U, Blennow K, Fahlke C, Balldin J. Further investigation of citalopram on alcohol consumption in heavy drinkers: responsiveness possibly linked to the DRD2 A2/A2 genotype. *Alcohol.* 2001;24(1):15-23.
639. Kenna GA, Zywiak WH, McGeary JE, et al. A within-group design of nontreatment seeking 5-HTTLPR genotyped alcohol-dependent subjects receiving ondansetron and sertraline. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research.* 2009;33(2):315-323. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2008.00835.x>
640. Charney DA, Heath LM, Zikos E, Palacios-Boix J, Gill KJ. Poorer Drinking Outcomes with Citalopram Treatment for Alcohol Dependence: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Alcohol Clin Exp Res.* 2015;39(9):1756-65. doi:10.1111/acer.12802
641. Ballesta A, Orio L, Arco R, et al. Bupropion, a possible antidepressant without negative effects on alcohol relapse. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2019;29(6):756-765. doi:<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.03.012>
642. Alén F, Orio L, Gorriti MÁ, et al. Increased alcohol consumption in rats after subchronic antidepressant treatment. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2013;16(8):1809-1818. doi:10.1017/s1461145713000217
643. Kranzler HR, Armeli S, Tennen H, et al. A double-blind, randomized trial of sertraline for alcohol dependence: Moderation by age of onset [corrected] and 5-hydroxytryptamine transporter-linked promoter region genotype. *Psychopharmacol.* 2011;31(1):22-30.
644. Kranzler HR, Armeli S, Tennen H. Post-treatment outcomes in a double-blind, randomized trial of sertraline for alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research.* 2012;36(4):739-744. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01659.x>
645. Geoffroy PA, Lejoyeux M, Rolland B. Management of insomnia in alcohol use disorder. Review. *Expert Opin Pharmacother.* 2020;21(3):297-306. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/14656566.2019.1705279>
646. Agabio R, Trogu E, Pani PP. Antidepressants for the treatment of people with co-occurring depression and alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(4)

647. Iovieno N, Tedeschini E, Bentley KH, Evins AE, Papakostas GI. Antidepressants for major depressive disorder and dysthymic disorder in patients with comorbid alcohol use disorders: a Meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(8):1144-1151.
648. Grant S, Azhar G, Han E, et al. Clinical interventions for adults with comorbid alcohol use and depressive disorders: A systematic review and network meta-analysis. *PLoS Medicine / Public Library of Science*. 2021;18(10):e1003822. doi:<https://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1003822>
649. Torrens M, Tirado-Muñoz J, Fonseca F, et al. Clinical practice guideline on pharmacological and psychological management of adult patients with depression and a comorbid substance use disorder. *Adicciones*. 2022;34(2):128-141. Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con depresión y un diagnóstico comórbido de trastorno por uso de sustancias. doi:10.20882/adicciones.1559
650. Deas D, Randall CL, Roberts JS, Anton RF. A double-blind, placebo-controlled trial of sertraline in depressed adolescent alcoholics: a pilot study. *Hum Psychopharmacol*. 2000;15(6):461-469.
651. Cornelius JR, Bukstein OG, Wood DS, Kirisci L, Douaihy A, Clark DB. Double-blind placebo-controlled trial of fluoxetine in adolescents with comorbid major depression and an alcohol use disorder. *Addict Behav*. 2009;34(10):905-909. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.008>
652. Adamson SJ, Sellman JD, Foulds JA, et al. A Randomized Trial of Combined Citalopram and Naltrexone for Nonabstinent Outpatients With Co-Occurring Alcohol Dependence and Major Depression. *J Clin Psychopharmacol*. 2015;35(2):143-149. doi:10.1097/jcp.0000000000000287
653. Pettinati HM, Oslin DW, Kampman KM, et al. A double-blind, placebo-controlled trial combining sertraline and naltrexone for treating co-occurring depression and alcohol dependence. *Am J Psychiatry*. 2010;167(6):668-75. doi:10.1176/appi.ajp.2009.08060852
654. Krystal JH, Gueorguieva R, Cramer J, Collins J, Rosenheck R, Team TVCNS. Naltrexone Is Associated With Reduced Drinking by Alcohol Dependent Patients Receiving Antidepressants for Mood and Anxiety Symptoms: Results From VA Cooperative Study No. 425, "Naltrexone in the Treatment of Alcoholism". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2008;32(1):85-91. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00555.x>
655. Levinson W, Huynh T. Engaging physicians and patients in conversations about unnecessary tests and procedures: Choosing Wisely Canada. *CMAJ*. 2014;186(5):325-6. doi:10.1503/cmaj.131674
656. Ipser JC, Wilson D, Akindipe TO, Sager C, Stein DJ. Pharmacotherapy for anxiety and comorbid alcohol use disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(1)doi:10.1002/14651858.CD007505.pub2
657. Ciraulo DA, Barlow DH, Gulliver SB, et al. The effects of venlafaxine and cognitive behavioral therapy alone and combined in the treatment of co-morbid alcohol use-anxiety disorders. *Behav Res Ther*. 2013;51(11):729-735.
658. Moss HB, Goldstein RB, Chen CM, Yi HY. Patterns of use of other drugs among those with alcohol dependence: Associations with drinking behavior and psychopathology. *Addict Behav*. 2015;50:192-8. doi:10.1016/j.addbeh.2015.06.041

659. Saha TD, Grant BF, Chou SP, Kerridge BT, Pickering RP, Ruan WJ. Concurrent use of alcohol with other drugs and DSM-5 alcohol use disorder comorbid with other drug use disorders: Sociodemographic characteristics, severity, and psychopathology. *Drug Alcohol Depend.* 2018;187:261-269. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.03.006
660. McCabe SE, West BT, Jutkiewicz EM, Boyd CJ. Multiple DSM-5 substance use disorders: A national study of US adults. *Hum Psychopharmacol.* 2017;32(5):e2625. doi:10.1002/hup.2625
661. Levin FR, Mariani J, Brooks DJ, et al. A randomized double-blind, placebo-controlled trial of venlafaxine-extended release for co-occurring cannabis dependence and depressive disorders. *Addiction.* 2013;108(6):1084-1094.
662. Spring B, Doran N, Pagoto S, et al. Fluoxetine, smoking, and history of major depression: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75(1):85-94.
663. Winstanley EL, Bigelow GE, Silverman K, Johnson RE, Strain EC. A randomized controlled trial of fluoxetine in the treatment of cocaine dependence among methadone-maintained patients. *J Subst Abuse Treat.* 2011;40(3):255-64. doi:10.1016/j.jsat.2010.11.010
664. Shoptaw S, Huber A, Peck J, et al. Randomized, placebo-controlled trial of sertraline and contingency management for the treatment of methamphetamine dependence *Drug Alcohol Depend.* 2006;85(12-18)
665. LeMarquand D, Pihl RO, Benkelfat C. Serotonin and alcohol intake, abuse, and dependence: clinical evidence. *Biol Psychiatry.* 1994;36(5):326-337.
666. McHugh RK, Hofmann SG, Asnaani A, Sawyer AT, Otto MW. The serotonin transporter gene and risk for alcohol dependence: a meta-analytic review. *Drug Alcohol Depend.* 2010;108(1-2):1-6.
667. Kranzler HR, Armeli S, Tennen H, Covault J. 5-HTTLPR genotype and daily negative mood moderate the effects of sertraline on drinking intensity. *Addict Behav.* 2013;18(6):1024-1031.
668. Brookwell L, Hogan C, Healy D, Mangin D. Ninety-three cases of alcohol dependence following SSRI treatment. *Int J Risk Saf Med.* 2014;26(2):99-107.
669. Atigari OV, Kelly AM, Jabeen Q, Healy D. New onset alcohol dependence linked to treatment with selective serotonin reuptake inhibitors. *Int J Risk Saf Med.* 2013;25(2):105-109.
670. Zorick T, Sugar CA, Hellemann G, Shoptaw S, London ED. Poor response to sertraline in methamphetamine dependence is associated with sustained craving for methamphetamine *Drug Alcohol Depend.* 2011;118:500-503.
671. Kelly MA, M P, Glass A, et al. Do withdrawal-like symptoms mediate increased marijuana smoking in individuals treated with venlafaxine-XR? *Drug Alcohol Depend.* 2014;144:42-46.
672. Ebrahim S, Bance S, Athale A, Malachowski C, Ioannidis JP. Meta-analyses with industry involvement are massively published and report no caveats for antidepressants. *J Clin Epidemiol.* 2016;70:155-63. doi:10.1016/j.jclinepi.2015.08.021
673. Kishi T, Sevy S, Chekuri R, Correll CU. Antipsychotics for primary alcohol dependence: a Systematic review and meta-analysis of placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry.* 2013;74(7)

674. Wiesbeck GA, Weijers HG, Lesch OM, Glaser T, Toennes PJ, Boening J. Flupenthixol decanoate and relapse prevention in alcoholics: results from a placebo-controlled study. *Alcohol Alcohol*. 2001;36(4):329-334.
675. Guardia J, Segura L, Gonzalvo B, et al. A double-blind, placebo-controlled study of olanzapine in the treatment of alcohol-dependence disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004;28(5):736-745.
676. Litten RZ, Fertig JB, Falk DE, et al. A double-blind, placebo-controlled trial to assess the efficacy of quetiapine fumarate XR in very heavy-drinking alcohol-dependent patients. *Alcohol Clin Exp Res*. 2021;36(3):406-416.
677. Martinotti G, Di Nicola M, Di Giannantonio M, Janiri L. Aripiprazole in the treatment of patients with alcohol dependence: a double-blind, comparison trial vs. naltrexone. *J Psychopharmacol (Oxf)*. 2009;23(2):123-129. doi:<https://dx.doi.org/10.1177/0269881108089596>
678. Brown ES, Garza M, Carmody TJ. A randomized, double-blind, placebo-controlled add-on trial of quetiapine in outpatients with bipolar disorder and alcohol use disorders. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(5):701-705.
679. Kampman KM, Pettinati H, Lynch KG, Sparkman T, O'Brien CP. A pilot trial of olanzapine for the treatment of cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2003;70:265-273.
680. Samaha AN. Can antipsychotic treatment contribute to drug addiction in schizophrenia? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2014;52:9-16. doi:10.1016/j.pnpbp.2013.06.008
681. Cooper ZD, Foltin RW, Hart CL, Vosburg SK, Comer SD, Haney M. A human laboratory study investigating the effects of quetiapine on marijuana withdrawal and relapse in daily marijuana smokers. *Addict Biol*. 2013;18(6):993-1002.
682. Dawe S, Gerada C, Russell MA, Gray JA. Nicotine intake in smokers increases following a single dose of haloperidol. *Psychopharmacol*. 1995;117(1):110-115.
683. Whitton AE, Green AI, Pizzagalli DA, Roth RM, Williams JM, Brunette MF. Potent dopamine D2 antagonist block the reward-enhancing effects of nicotine in smokers with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2019;45(6):1300-1308.
684. Haney M, Rubin E, Foltin RW. Aripiprazole maintenance increases smoked cocaine self-administration in humans. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011;216(3):379-387.
685. Tiihonen J, Kuoppasalmi K, Föhr J, et al. A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence. *Am J Psychiatry*. 2007;164(1):160-162.
686. Voronin K, Randall P, Myrick H, Anton R. Aripiprazole effects on alcohol consumption and subjective reports in a clinical laboratory paradigm--possible influence of self-control. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 2008;32(11):1954-1961. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/j.1530-0277.2008.00783.x>
687. Anton RF, Schacht JP, Voronin KE, Randall PK. Aripiprazole Suppression of Drinking in a Clinical Laboratory Paradigm: Influence of Impulsivity and Self-Control. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 2017;41(7):1370-1380. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/acer.13417>

688. Gao K, Ganocy SJ, Conroy C, Brownrigg B, Serrano MB, Calabrese JR. A placebo controlled study of quetiapine-XR in bipolar depression accompanied by generalized anxiety with and without a recent history of alcohol and cannabis use. *Psychopharmacology (Berl)*. 2017;234(15):2233-2244. doi:<https://dx.doi.org/10.1007/s00213-017-4642-5>
689. Soyka M, Aichmuller C, Bardeleben UV, et al. Flupenthixol in relapse prevention in schizophrenics with comorbid alcoholism: Results from an open clinical study. *Eur Addict Res*. 2003;9(2):65-72. doi:<http://dx.doi.org/10.1159/000068809>
690. Martinotti G, Andreoli S, Di Nicola M, Di Giannantonio M, Sarchiapone M, Janiri L. Quetiapine decreases alcohol consumption, craving, and psychiatric symptoms in dually diagnosed alcoholics. *Hum Psychopharmacol*. 2008;23(5):417-424. doi:<https://dx.doi.org/10.1002/hup.944>
691. Hutchison KE, Swift R, Rohsenow DJ, Monti PM, Davidson D, Almeida A. Olanzapine reduces urge to drink after drinking cues and a priming dose of alcohol. *Psychopharmacology (Berl)*. 2001;155(1):27-34.
692. Hutchison KE, Wooden A, Swift RM, et al. Olanzapine reduces craving for alcohol: a DRD4 VNTR polymorphism by pharmacotherapy interaction. *Neuropsychopharmacology*. 2003;28(10):1882-1888.
693. Moallem N, Ray LA. Quetiapine improves response inhibition in alcohol dependent patients: a placebo-controlled pilot study. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*. 2012;100(3):490-493. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.pbb.2011.10.012>
694. Haass-Koffler CL, Goodyear K, Zywiak WH, Leggio L, Kenna GA, Swift RM. Comparing and Combining Topiramate and Aripiprazole on Alcohol-Related Outcomes in a Human Laboratory Study. *Alcohol Alcohol*. 2018;53(3):268-276. doi:10.1093/alcalc/agx108
695. Solmi M, Murru A, Pacchiarotti I, et al. Safety, tolerability, and risks associated with first- and second-generation antipsychotics: a state-of-the-art clinical review. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2017;13:757-777. doi:10.2147/TCRM.S117321
696. Pisani F, Oteri G, Costa C, Di Raimondo G, Di Perri R. Effects of Psychotropic Drugs on Seizure Threshold. *Drug Saf*. 2002;25(2):91-110. doi:10.2165/00002018-200225020-00004
697. Koski A, Ojanpera I, Vuori E. Alcohol and benzodiazepines in fatal poisonings. *Alcohol Clin Exp Res*. 2002;26(7):956-959. doi:10.1097/01.alc.0000021337.78063.67
698. Woods JH, Katz JL, Winger G. Abuse liability of benzodiazepines. Review. *Pharmacol Rev*. 1987;39(4):251-413.
699. Woods JH, Katz JL, Winger G. Benzodiazepines - use, abuse, and consequences. Review. *Pharmacol Rev*. 1992;44(2):151-347.
700. Hojer J, Baehrendtz S, Gustafsson L. Benzodiazepine poisoning - experience of 702 admissions to an intensive-care unit during a 14-year period. *J Intern Med*. 1989;226(2):117-122.

701. Stenbacka M, Jansson B, Leifman A, Romelsjo A. Association between use of sedatives or hypnotics, alcohol consumption, or other risk factors and a single injurious fall or multiple injurious falls: a longitudinal general population study. *Alcohol*. 2002;28(1):9-16. Pii s0741-8329(02)00223-9. doi:10.1016/s0741-8329(02)00223-9
702. Poulos CX, Zack M. Low-dose diazepam primes motivation for alcohol and alcohol-related semantic networks in problem drinkers *Behav Pharmacol*. 2004;15(7):503-512.
703. Reif S, Braude L, Lyman DR, et al. Peer Recovery Support for Individuals With Substance Use Disorders: Assessing the Evidence. *Psych Serv*. 2014;65(7):853-861. doi:10.1176/appi.ps.201400047
704. Bassuk EL, Hanson J, Greene RN, Richard M, Laudet A. Peer-Delivered Recovery Support Services for Addictions in the United States: A Systematic Review. Review. *J Subst Abuse Treat*. 2016;63:1-9. doi:10.1016/j.jsat.2016.01.003
705. Best D, Turning Point, Easternhealth, South Pacific Private. *The Australian Life in Recovery Survey*. 2015. Accessed May 23, 2023. https://www.rec-path.co.uk/wp-content/uploads/2017/10/2015_au_life_in_recovery_survey.pdf
706. McQuaid R, Aqsa M, Moussouni K, et al. *Life in Recovery from Addiction in Canada: Technical Report*. 2017. Accessed April 7, 2020. <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Life-in-Recovery-from-Addiction-Report-2017-en.pdf>
707. Laudet AB. *Life in Recovery: Report on the Survey Findings*. Faces & Voices of Recovery; 2013. April 7, 2020. <https://facesandvoicesofrecovery.org/wp-content/uploads/2019/06/22Life-in-Recovery22-Report-on-the-Survey-Findings.pdf>
708. Best DW, Albertson K, Irving J, et al. *UK Life in Recovery Survey 2015: The first national UK survey of addiction recovery experiences*. 2015. Accessed April 7, 2020. <http://www.drugsandalcohol.ie/24542/1/UK%20Life%20in%20Recovery%20FINAL%20-%202022915.pdf>
709. Project MATCH (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity): rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcohol Clin Exp Res*. 1993;17(6):1130-45.
710. Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3)Cd005032. doi:10.1002/14651858.CD005032.pub2
711. Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;3:CD012880. doi:<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012880.pub2>
712. Rice SL, Tonigan JS. Impressions of Alcoholics Anonymous (AA) Group Cohesion: A Case for a Nonspecific Factor Predicting Later AA Attendance. *Alcohol Treat Q*. 2012;30(1):40-51. doi:10.1080/07347324.2012.635550
713. Kelly JF, Hoepfner B, Stout RL, Pagano M. Determining the relative importance of the mechanisms of behavior change within Alcoholics Anonymous: a multiple mediator analysis. *Addiction*. 2012;107(2):289-299. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03593.x
714. Moos RH. Active ingredients of substance use-focused self-help groups. *Addiction*. 2008;103(3):387-396. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02111.x

715. Laudet A. The Road to Recovery: Where Are We Going and How Do We Get There? Empirically Driven Conclusions and Future Directions for Service Development and Research. *Subst Use Misuse*. 2008;43(12-13):2001-2020. Pii 905630962. doi:10.1080/10826080802293459
716. Nace EP. Chapter 69: Twelve-Step Programs in Addiction Recovery. In: Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R, eds. *The ASAM Principles of Addiction Medicine*. 5th ed. Wolters Kluwer Health; 2014:1033-1042.
717. Ranes B, Johnson R, Nelson L, Slaymaker V. The Role of Spirituality in Treatment Outcomes Following a Residential 12-Step Program. *Alcohol Treat Q*. 2017;35(1):16-33. doi:10.1080/07347324.2016.1257275
718. Dermatis H, Galanter M. The Role of Twelve-Step-Related Spirituality in Addiction Recovery. *J Relig Health*. 2016;55(2):510-521. doi:10.1007/s10943-015-0019-4
719. Atkins RG, Hawdon JE. Religiosity and participation in mutual-aid support groups for addiction. *J Subst Abuse Treat*. 2007;33(3):321-31. doi:10.1016/j.jsat.2007.07.001
720. Wild TC. Compulsory substance-user treatment and harm reduction: a critical analysis. *Subst Use Misuse*. 1999;34(1):83-102.
721. Klag S, O'Callaghan F, Creed P. The use of legal coercion in the treatment of substance abusers: an overview and critical analysis of thirty years of research. *Subst Use Misuse*. 2005;40(12):1777-95.
722. Urbanoski KA. Coerced addiction treatment: Client perspectives and the implications of their neglect. *Harm Reduct J*. 2010;7:1-10. 13. doi:10.1186/1477-7517-7-13
723. Horvath AT, Yeterian J. SMART Recovery: Self-Empowering, Science-Based Addiction Recovery Support. *J Groups Addict Recovery*. 2012;7(2-4):102-117.
724. Beck AK, Forbes E, Baker AL, et al. Systematic Review of SMART Recovery: Outcomes, Process Variables, and Implications for Research. *Psychol Addict Behav*. 2017;31(1):1-20. doi:10.1037/adb0000237
725. Hester RK, Lenberg KL, Campbell W, Delaney HD. Overcoming Addictions, a Web-Based Application, and SMART Recovery, an Online and In-Person Mutual Help Group for Problem Drinkers, Part 1: Three-Month Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2013;15(7):45-59. UNSP e134. doi:10.2196/jmir.2565
726. Timko C, Sutkowi A, Cronkite RC, Makin-Byrd K, Moos RH. Intensive referral to 12-step dual-focused mutual-help groups. *Drug Alcohol Depend*. 2011;118(2-3):194-201. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.03.019
727. Vederhus JK, Timko C, Kristensen O, Hjemdahl B, Clausen T. Motivational intervention to enhance post-detoxification 12-Step group affiliation: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2014;109(5):766-773. doi:10.1111/add.12471
728. Grant K, Young LB, Tyler KA, Simpson JL, Pulido RD, Timko C. Intensive referral to mutual-help groups: A field trial of adaptations for rural veterans. *Patient Educ Couns*. 2018;101(1):79-84. doi:10.1016/j.pec.2017.07.012
729. Manning V, Best D, Faulkner N, et al. Does active referral by a doctor or 12-Step peer improve 12-Step meeting attendance? Results from a pilot randomised control trial. *Drug Alcohol Depend*. 2012;126(1-2):131-137. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.05.004

730. Plattor C. *Many Roads, One Journey: Moving Beyond the 12 Steps*. Harper-Collins; 1992.
731. Valeri L, Sugarman DE, Reilly ME, McHugh RK, Fitzmaurice GM, Greenfield SF. Group therapy for women with substance use disorders: In-session affiliation predicts women's substance use treatment outcomes. *J Subst Abuse Treat*. 2018;94:60-68. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2018.08.008>
732. Tracy K, Wallace SP. Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Subst Abuse Rehab*. 2016;7:143-154. doi:10.2147/sar.s81535
733. Guydish J, Werdegar D, Sorensen JL, Clark W, Acampora A. Drug abuse day treatment: A randomized clinical trial comparing day and residential treatment programs. *J Consult Clin Psych*. 1998;66(2):280-289. doi:10.1037/0022-006x.66.2.280
734. Rychtarik RG, Connors GJ, Whitney RB, McGillicuddy NB, Fitterling JM, Wirtz PW. Treatment settings for persons with alcoholism: Evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. *J Consult Clin Psych*. 2000;68(2):277-289. doi:10.1037//0022-006x.68.2.277
735. McKay JR, Alterman AI, McLellan AT, Snider EC, O'Brien CP. Effect of random versus nonrandom assignment in a comparison of inpatient and day hospital rehabilitation for male alcoholics. *J Consult Clin Psych*. 1995;63(1):70-78. doi:10.1037/0022-006x.63.1.70
736. Reif S, George P, Braude L, et al. Residential Treatment for Individuals With Substance Use Disorders: Assessing the Evidence. *Psych Serv*. 2014;65(3):301-312. doi:10.1176/appi.ps.201300242
737. Finney JW, Hahn AC, Moos RH. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: The need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*. 1996;91(12):1773-1796. doi:10.1111/j.1360-0443.1996.tb03801.x
738. McCarty D, Braude L, Lyman DR, et al. Substance abuse intensive outpatient programs: assessing the evidence. *Psychiatr Serv*. 2014;65(6):718-726. doi:10.1176/appi.ps.201300249
739. Harrison PA, Asche SE. Comparison of substance abuse treatment outcomes for inpatients and outpatients. *J Subst Abuse Treat*. 1999;17(3):207-220. doi:10.1016/s0740-5472(99)00004-5
740. de Andrade D, Elphinston RA, Quinn C, Allan J, Hides L. The effectiveness of residential treatment services for individuals with substance use disorders: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2019;201:227-235. doi:10.1016/j.drugalcdep.2019.03.031
741. Finney JW MR, Wilbourne PL. Chapter 26: Effects of treatment setting, duration, and amount on patient outcomes. In: Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R, eds. *The ASAM Principles of Addiction Medicine*. 5th ed. Wolters Kluwer Health; 2014.
742. Smith LA, Gates S, Foxcroft D. Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(1)Cd005338. doi:10.1002/14651858.CD005338.pub2
743. Tuten M, DeFulio A, Jones HE, Stitzer M. Abstinence-contingent recovery housing and reinforcement-based treatment following opioid detoxification. *Addiction*. 2012;107(5):973-982. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03750.x

744. Jason LA, Olson BD, Ferrari JR, Majer JM, Alvarez J, Stout J. An examination of main and interactive effects of substance abuse recovery housing on multiple indicators of adjustment. *Addiction*. 2007;102(7):1114-1121. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.01846.x
745. Reif S, George P, Braude L, et al. Recovery Housing: Assessing the Evidence. Article. *Psych Serv*. 2014;65(3):295-300. doi:10.1176/appi.ps.201300243
746. Rog DJ, Marshall T, Dougherty RH, et al. Permanent Supportive Housing: Assessing the Evidence. *Psych Serv*. 2014;65(3):287-294. doi:10.1176/appi.ps.201300261
747. Hser YI, Polinsky ML, Maglione M, Anglin MD. Matching clients' needs with drug treatment services. *J Subst Abuse Treat*. 1999;16(4):299-305. doi:10.1016/s0740-5472(98)00037-3
748. Penzenstadler L, Machado A, Thorens G, Zullino D, Khazaal Y. Effect of Case Management Interventions for Patients with Substance Use Disorders. *Front Psychiatr*. 2017;851. doi:10.3389/fpsy.2017.00051
749. Simoneau H, Kamgang E, Tremblay J, Bertrand K, Brochu S, Fleury MJ. Efficacy of extensive intervention models for substance use disorders: A systematic review. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37(Suppl 1):S246-S262. doi:10.1111/dar.12590
750. Drummond C, Gilbert H, Burns T, et al. Assertive Community Treatment For People With Alcohol Dependence: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Alcohol Alcohol*. 2017;52(2):234-241. doi:10.1093/alcalc/agn091
751. Passetti F, Jones G, Chawla K, Boland B, Drummond C. Pilot study of assertive community treatment methods to engage alcohol-dependent individuals. *Alcohol Alcohol*. 2008;43(4):451-455. doi:10.1093/alcalc/agn025
752. Statistics Canada. Indigenous population continues to grow and is much younger than the non-Indigenous population, although the pace of growth has slowed. Accessed October 27, 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220921/dq220921a-eng.htm>
753. Statistics Canada. *The Daily – Aboriginal peoples in Canada: Key results from the 2016 Census*. 2017. Published October 25, 2017. Accessed April 7, 2020. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025a-eng.htm>
754. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol*. 2006;35(4):888-901. doi:10.1093/ije/dyl056
755. Brave Heart MY. The historical trauma response among natives and its relationship with substance abuse: a Lakota illustration. *J Psychoactive Drugs*. 2003;35(1):7-13. doi:10.1080/02791072.2003.10399988
756. Statistics Canada. *Table 13-10-0099-01 – Health indicator profile, by Aboriginal identity and sex, age-standardized rate, four year estimates (2007-2014)*. 2016. Published February 2, 2019. Accessed October 27, 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/cv.action?pid=1310009901>
757. Marsh TN, Cote-Meek S, Young NL, Najavits LM, Toulouse P. Indigenous Healing and Seeking Safety: A Blended Implementation Project for Intergenerational Trauma and Substance Use Disorders. *Int Indigenous Policy J*. 2016;7(2)Unsp 3. doi:10.18584/iipj.2016.7.2.3

758. Ellerby JH, McKenzie J, McKay S, Garipey GJ, Kaufert JM. Bioethics for clinicians: 18. Aboriginal cultures. *CMAJ*. 2000;163(7):845-50.
759. Freedman B. Offering truth. One ethical approach to the uninformed cancer patient. *Arch Intern Med*. 1993;153(5):572-6.
760. Rowan M, Poole N, Shea B, et al. Cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: findings from a scoping study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2014;9:34. doi:10.1186/1747-597X-9-34
761. Thomas LR, Donovan DM, Sigo RL, Austin L, Marlatt GA, Suquamish Tribe. The Community Pulling Together: A Tribal Community-University Partnership Project to Reduce Substance Abuse and Promote Good Health in a Reservation Tribal Community. *J Ethn Subst Abuse*. 2009;8(3):283-300. doi:10.1080/15332640903110476
762. Rowan M, Poole N, Shea B, et al. A scoping study of cultural interventions to treat addictions in Indigenous populations: methods, strategies and insights from a Two-Eyed Seeing approach. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2015;10:26. doi:10.1186/s13011-015-0021-6
763. Marsh TN, Marsh DC, Ozawagosh J, Ozawagosh F. The Sweat Lodge Ceremony: A Healing Intervention for Intergenerational Trauma and Substance Use. *Int Indig Policy J*. 2018;9(2)doi:10.18584/iipj.2018.9.2.2
764. Purcell-Khodr GC, Lee KSK, Conigrave JH, Webster E, Conigrave KM. What can primary care services do to help First Nations people with unhealthy alcohol use? A systematic review: Australia, New Zealand, USA and Canada. *Addiction Science & Clinical Practice*. 2020;15(1):31. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/s13722-020-00204-8>
765. Auger M, Howell T, Gomes T. Moving toward holistic wellness, empowerment and self-determination for Indigenous peoples in Canada: Can traditional Indigenous health care practices increase ownership over health and health care decisions? *Can J Public Health*. 2016;107(4):e393-e398. doi:10.17269/CJPH.107.5366
766. Truth and Reconciliation Commission of Canada. *Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to Action*. 2015. <http://trc.ca/assets/pdf/>
767. Provincial Health Services Authority. *Dancing in Both Worlds: a Review of the Aboriginal Patient Liaison/Navigation Program in British Columbia*. 2015. Accessed May 23, 2023. <https://silo.tips/download/dancing-in-both-worlds>
768. Aboriginal Health VCH. *Aboriginal Cultural Practices: A Guide For Physicians and Allied Health Care Professionals Working at Vancouver Coastal Health*. <http://www.vch.ca/Documents/AH-cultural-practices.pdf>
769. World Health Organization (WHO), Pan American Health Organization (PAHO). *Gender, Health and Alcohol Use*. WHO. Published September 2005. Accessed May 23, 2023. <https://www.who.int/publications/m/item/gender-health-and-alcohol-use>
770. National Alcohol Strategy Advisory Committee. *Low-Risk Drinking Guideline Summary: Women and Alcohol*. Canadian Centre on Substance Use and Addiction (CCSA); 2014. Accessed April 7, 2020. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/CCSA-Women-and-Alcohol-Summary-2014-en.pdf>
771. Kay A, Taylor TE, Barthwell AG, Wichelecki J, Leopold V. Substance Use and Women's Health. *J Addict Dis*. 2010;29(2):139-163.

772. Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, et al. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev.* 2010;29(4):437-445.
773. Chen P, Jacobson KC. Developmental Trajectories of Substance Use From Early Adolescence to Young Adulthood: Gender and Racial/Ethnic Differences. *J Adolesc Health.* 2012;50(2):154-163. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.05.013>
774. Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psych Med.* 2006;36(5):699-710.
775. Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clin Psych Rev.* 2004;24(8):981-1010.
776. Uy PJ, Massoth NA, Gottdiener WH. Rethinking male drinking: Traditional masculine ideologies, gender-role conflict, and drinking motives. *Psych Men Masc.* 2014;15(2):121.
777. Scheim AI, Bauer GR, Shokoohi M. Heavy episodic drinking among transgender persons: Disparities and predictors. *Drug Alcohol Depend.* 2016;167:156-62. doi:10.1016/j.drugalcdp.2016.08.011
778. DeMartini KS, Carey KB, Lao K, Luciano M. Injunctive norms for alcohol-related consequences and protective behavioral strategies: Effects of gender and year in school. *Addict Behav.* 2011;36(4):347-353. doi:<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.12.009>
779. Myers B, Carney T, Wechsberg WM. "Not on the agenda": A qualitative study of influences on health services use among poor young women who use drugs in Cape Town, South Africa. *Int J Drug Policy.* 2016;30(Supplement C):52-58. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.019>
780. Bazargan-Hejazi S, De Lucia V, Pan D, et al. Gender Comparison in Referrals and Treatment Completion to Residential and Outpatient Alcohol Treatment. *Subst Abus Res Treat.* 2016;10:SART.S39943. doi:10.4137/sart.s39943
781. Nathoo T, Poole N, Wolfson L, Schmidt R, Hemsing N, Gelb K. *Doorways to Conversation: Brief Intervention on Substance Use with Girls and Women.* Centre of Excellence in Women's Health; 2018. Accessed April 7, 2020. http://bccwh.bc.ca/wp-content/uploads/2018/06/Doorways_ENGLISH_July-18-2018_online-version.pdf
782. Stone R. Pregnant women and substance use: fear, stigma, and barriers to care. *Health Justice.* 2015;3:2. doi:10.1186/s40352-015-0015-5
783. McCaul ME, Roach D, Hasin DS, Weisner C, Chang G, Sinha R. Alcohol and Women: A Brief Overview. *Alcohol Clin Exp Res.* 2019;43(5):774-779. doi:10.1111/acer.13985
784. Gilbert PA, Pass LE, Keuroghlian AS, Greenfield TK, Reisner SL. Alcohol research with transgender populations: A systematic review and recommendations to strengthen future studies. *Drug Alcohol Depend.* 2018;186:138-146. doi:10.1016/j.drugalcdp.2018.01.016
785. Talley AE, Gilbert PA, Mitchell J, Goldbach J, Marshall BDL, Kaysen D. Addressing gaps on risk and resilience factors for alcohol use outcomes in sexual and gender minority populations. *Drug Alcohol Rev.* 2016;35(4):484-493. doi:10.1111/dar.12387

786. Marshall BD, Wood E, Shoveller JA, Patterson TL, Montaner JS, Kerr T. Pathways to HIV risk and vulnerability among lesbian, gay, bisexual, and transgendered methamphetamine users: a multi-cohort gender-based analysis. journal article. *BMC Public Health*. 2011;11(1):20. doi:10.1186/1471-2458-11-20
787. Cochran BN, Stewart AJ, Ginzler JA, Cauce AM. Challenges Faced by Homeless Sexual Minorities: Comparison of Gay, Lesbian, Bisexual, and Transgender Homeless Adolescents With Their Heterosexual Counterparts. *Am J Public Health*. 2002;92(5):773-777.
788. Balsam KF, Huang B, Fieland KC, Simoni JM, Walters KL. Culture, trauma, and wellness: a comparison of heterosexual and lesbian, gay, bisexual, and two-spirit native americans. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2004;10(3):287-301. doi:10.1037/1099-9809.10.3.287
789. Nathoo T, Poole N, Wolfson L, Schmidt R, Hemsing N, Gelb K. *Doorways to Conversation: Brief Intervention on Substance Use with Girls and Women*. 2018. June. http://bcccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2018/06/Doorways_ENGLISH_July-18-2018_online-version.pdf
790. Flentje A, Heck NC, Sorensen JL. Characteristics of transgender individuals entering substance abuse treatment. *Addict Behav*. 2014;39(5):969-975. doi:10.1016/j.addbeh.2014.01.011
791. Flentje A, Livingston NA, Roley J, Sorensen JL. Mental and Physical Health Needs of Lesbian, Gay, and Bisexual Clients in Substance Abuse Treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2015;58:78-83. doi:10.1016/j.jsat.2015.06.022
792. Fish JN, Hughes TL, Russell ST. Sexual identity differences in high-intensity binge drinking: findings from a US national sample. *Addiction*. 2018;113(4):749-758. doi:10.1111/add.14041
793. Schuler MS, Rice CE, Evans-Polce RJ, Collins RL. Disparities in substance use behaviors and disorders among adult sexual minorities by age, gender, and sexual identity. *Drug Alcohol Depend*. 2018;189:139-146. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.05.008
794. Trinh MH, Agenor M, Austin SB, Jackson CL. Health and healthcare disparities among US women and men at the intersection of sexual orientation and race/ethnicity: a nationally representative cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2017;17(1):964. 964. doi:10.1186/s12889-017-4937-9
795. Fish JN, Baams L. Trends in Alcohol-Related Disparities Between Heterosexual and Sexual Minority Youth from 2007 to 2015: Findings from the Youth Risk Behavior Survey. *LGBT Health*. 2018;5(6):359-367. doi:10.1089/lgbt.2017.0212
796. Coulter RWS, Bersamin M, Russell ST, Mair C. The Effects of Gender- and Sexuality-Based Harassment on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Substance Use Disparities. *J Adolesc Health*. 2018;62(6):688-700. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.10.004
797. Hugtto JMW, Quinn EK, Dunbar MS, Rose AJ, Shireman TI, Jasuja GK. Prevalence and Co-occurrence of Alcohol, Nicotine, and Other Substance Use Disorder Diagnoses Among US Transgender and Cisgender Adults. *JAMA Network Open*. 2021;4(2):e2036512-e2036512. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.36512
798. White Hugtto JM, Pachankis JE, Willie TC, Reisner SL. Victimization and depressive symptomology in transgender adults: The mediating role of avoidant coping. *J Couns Psychol*. 2017;64(1):41-51. doi:10.1037/cou0000184

799. Reisner SL, Pardo ST, Gamarel KE, White Hughto JM, Pardee DJ, Keo-Meier CL. Substance Use to Cope with Stigma in Healthcare Among U.S. Female-to-Male Trans Masculine Adults. *LGBT Health*. 2015;2(4):324-32. doi:10.1089/lgbt.2015.0001
800. Cochran BN, Cauce AM. Characteristics of lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals entering substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2006;30(2):135-146. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.11.009>
801. Hunt J. *Why the Gay and Transgender Population Experiences Higher Rates of Substance Use*. 2012. March 9, 2012. Accessed April 23, 2023. <https://www.americanprogress.org/article/why-the-gay-and-transgender-population-experiences-higher-rates-of-substance-use/>
802. MULLENS AB, YOUNG RM, DUNNE MP, NORTON G. The Drinking Expectancy Questionnaire for Men who have Sex with Men (DEQ-MSM): A measure of substance-related beliefs. *Drug and Alcohol Review*. 2011;30(4):372-380. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00225.x>
803. A Provider's Introduction to Substance Abuse Treatment for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Individuals (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (2012).
804. Vries A, Cohen-Kettenis P, Henriette D-V, Waal D, White Holman C, Goldberg J. *Caring for Transgender Adolescents in BC: Suggested Guidelines Clinical Management of Gender Dysphoria in Adolescents Ethical, Legal, and Psychosocial Issues in Care of Transgender Adolescents*. 2006.
805. Health S. *Guidelines for gender-affirming primary care with trans and non-binary patients*. 2021. Accessed November 8, 2022. <https://rainbowhealth.wpenginepowered.com/wp-content/uploads/2021/06/Guidelines-FINAL-4TH-EDITION-c.pdf>
806. Bekkering GE, Aertgeerts B, Asueta-Lorente JF, et al. Practitioner review: evidence-based practice guidelines on alcohol and drug misuse among adolescents: a systematic review. *J Child Psych Psych Allied Disc*. 2014;55(1):3-21. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12145>
807. Levy S, Williams JF. Adolescent substance use: the role of the medical home. *Adolesc Med*. 2014;25(1):1-14.
808. Wu LT, Ringwalt CL. Use of alcohol treatment and mental health services among adolescents with alcohol use disorders. *Psychiatr Serv*. 2006;57(1):84-92. doi:10.1176/appi.ps.57.1.84
809. Chun TH, Linakis JG. Interventions for adolescent alcohol use. *Curr Opin Pediatr*. 2012;24(2):238-242. doi:<https://dx.doi.org/10.1097/MOP.0b013e32834faa83>
810. Deas D. Evidence-based treatments for alcohol use disorders in adolescents. *Pediatrics*. 2008;121(Suppl4):S348-S354. doi:10.1542/peds.2007-2243G
811. Hammond CJ, Gray KM. Pharmacotherapy for Substance Use Disorders in Youths. *J Child Adolesc Subst Abuse*. 2016;25(4):292-316. doi:10.1080/1067828X.2015.1037517
812. Slemon A, Jenkins EK, Haines-Saah RJ, Daly Z, Jiao S. "You can't chain a dog to a porch": a multisite qualitative analysis of youth narratives of parental approaches to substance use. *Harm Reduct J*. 2019;16(1):26. doi:10.1186/s12954-019-0297-3

813. Jenkins EK, Slemmon A, Haines-Saah RJ. Developing harm reduction in the context of youth substance use: insights from a multi-site qualitative analysis of young people's harm minimization strategies. *Harm Reduct J*. 2017;14(1):53. doi:10.1186/s12954-017-0180-z
814. Barton J, Hendreson, J. Peer Support and Youth Recovery: A Brief Review of the Theoretical Underpinnings and Evidence. *Can J Fam Youth*. 2016;8(1):1-17.
815. MacArthur GJ, Harrison S, Caldwell DM, Hickman M, Campbell R. Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11-21years: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2016;111(3):391-407. doi:10.1111/add.13224
816. Goodyear T, Jenkins E, Knight R, et al. Autonomy and (In) Capacity to Consent in Adolescent Substance Use Treatment and Care. *J Adolesc Health*. 2022;
817. *The Canadian Medical Protective Association. Duties and responsibilities: Expectations of physicians in practice. Can a child provide consent?* The Canadian Medical Protective Association; 2016. Accessed April 8, 2020. <https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/browse-articles/2014/can-a-child-provide-consent>
818. Jackman M, McRae A, The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC). *Medical Decision-Making and Mature Minors*. 2013;1.5.2. Accessed May 23, 2023. <https://ads-uk.org/resources/practice-standards-for-young-people-with-substance-misuse-problems/>
819. Association CMP. *Medico-legal handbook for physicians in Canada*. Updated February 2022. Version 9.0. <https://www.cmpa-acpm.ca/en/advice-publications/handbooks/medical-legal-handbook-for-physicians-in-canada>
820. Public Health Agency of Canada. *What Mothers Say: The Canadian Maternity Experiences Survey*. 2009. Accessed April 8, 2020. <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/survey-eng.pdf>
821. Turner A. *Living arrangements of Aboriginal children aged 14 and under*. 2016. April 13, 2016. <https://oaresource.library.carleton.ca/wcl/2016/20160519/75-006-2016-5-eng.pdf>
822. Ritland L, Thomas V, Jongbloed K, et al. The Cedar Project: Relationship between child apprehension and attempted suicide among young Indigenous mothers impacted by substance use in two Canadian cities. *PLoS ONE*. 2021;16(6):e0252993. doi:10.1371/journal.pone.0252993
823. Allen L, Wodtke L, Hayward A, Read C, Cyr M, Cidro J. Pregnant and early parenting Indigenous women who use substances in Canada: A scoping review of health and social issues, supports, and strategies. *J Ethn Subst Abuse*. 2022;1-31. doi:10.1080/15332640.2022.2043799
824. Shahram SZ, Bottorff JL, Kurtz DL, et al. Understanding the life histories of pregnant-involved young aboriginal women with substance use experiences in three Canadian cities. *Qual Health Res*. 2017;27(2):249-259.
825. Nestor LJ, Murphy A, McGonigle J, et al. Acute naltrexone does not remediate fronto-striatal disturbances in alcoholic and alcoholic polysubstance-dependent populations during a monetary incentive delay task. *Addict Biol*. 2017;22(6):1576-1589. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/adb.12444>

826. Khoury JE, Jamieson B, Milligan K. Risk for Childhood Internalizing and Externalizing Behavior Problems in the Context of Prenatal Alcohol Exposure: A Meta-Analysis and Comprehensive Examination of Moderators. Review. *Alcohol Clin Exp Res*. 2018;42(8):1358-1377. doi:10.1111/acer.13805
827. O'Leary CM, Bower C. Guidelines for pregnancy: What's an acceptable risk, and how is the evidence (finally) shaping up? *Drug Alcohol Rev*. 2012;31(2):170-183. doi:10.1111/j.1465-3362.2011.00331.x
828. Statistics Canada. Table 13-10-0096-11 – Heavy drinking, by age group, 2016 and 2017. Published February 9, 2019. Accessed April 3, 2020. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310009611>
829. Rockett IR, Putnam SL, Jia H, Smith GS. Declared and undeclared substance use among emergency department patients: a population-based study. *Addiction*. 2006;101(5):706-12. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01397.x
830. Blazer DG, Wu LT. The epidemiology of at-risk and binge drinking among middle-aged and elderly community adults: National Survey on Drug Use and Health. *Am J Psychiat*. 2009;166(10):1162-9. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09010016
831. Aalto M, Alho H, Halme JT, Seppa K. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and its derivatives in screening for heavy drinking among the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(9):881-5. doi:10.1002/gps.2498
832. Caputo F, Vignoli T, Leggio L, Addolorato G, Zoli G, Bernardi M. Alcohol use disorders in the elderly: a brief overview from epidemiology to treatment options. *Exp Gerontol*. 2012;47(6):411-6. doi:10.1016/j.exger.2012.03.019
833. Moore AA, Beck JC, Babor TF, Hays RD, Reuben DB. Beyond alcoholism: identifying older, at-risk drinkers in primary care. *J Stud Alcohol*. 2002;63(3):316-24.
834. Satre DD, Blow FC, Chi FW, Weisner C. Gender differences in seven-year alcohol and drug treatment outcomes among older adults. *Am J Addict*. 2007;16(3):216-21. doi:10.1080/10550490701375673
835. Hunt GE, Large MM, Cleary M, Lai HMX, Saunders JB. Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990-2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2018;191:234-258. doi:10.1016/j.drugaldep.2018.07.011
836. Brown SA, Schuckit MA. Changes in depression among abstinent alcoholics. *Journal of studies on alcohol*. 1988;49(5):412-7.
837. Brown SA, Irwin M, Schuckit MA. Changes in anxiety among abstinent male alcoholics. *Journal of studies on alcohol*. 1991;52(1):55-61.
838. Gossop M, Marsden J, Stewart D. Remission of psychiatric symptoms among drug misusers after drug dependence treatment. *J Nerv Ment Dis*. 2006;194(11):826-32. doi:10.1097/01.nmd.0000244483.17443.0e
839. Mangrum LF. Client and service characteristics associated with addiction treatment completion of clients with co-occurring disorders. *Addict Behav*. 2009;34(10):898-904. doi:10.1016/j.addbeh.2009.03.006

840. Min SY, Whitecraft E, Rothbard AB, Salzer MS. Peer support for persons with co-occurring disorders and community tenure: A survival analysis. *Psychiatr Rehabil J*. 2007;30(3):207-213. doi:10.2975/30.3.2007.207.213
841. Chinman M, George P, Dougherty RH, et al. Peer Support Services for Individuals With Serious Mental Illnesses: Assessing the Evidence. *Psych Serv*. 2014;65(4):429-441. doi:10.1176/appi.ps.201300244
842. John WS, Zhu H, Mannelli P, Schwartz RP, Subramaniam GA, Wu LT. Prevalence, patterns, and correlates of multiple substance use disorders among adult primary care patients. *Drug Alcohol Depend*. 2018;187:79-87. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.01.035
843. Weinberger AH, Funk AP, Goodwin RD. A review of epidemiologic research on smoking behavior among persons with alcohol and illicit substance use disorders. *Prev Med*. 2016;92:148-159. doi:10.1016/j.ypmed.2016.05.011
844. Higgins ST, Kurti AN, Redner R, et al. Co-occurring risk factors for current cigarette smoking in a U.S. nationally representative sample. *Prev Med*. 2016;92:110-117. doi:10.1016/j.ypmed.2016.02.025
845. Smith PH, Mazure CM, McKee SA. Smoking and mental illness in the U.S. population. *Tob Control*. 2014;23(e2):e147-53. doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051466
846. Daepfen JB, Smith TL, Danko GP, et al. Clinical correlates of cigarette smoking and nicotine dependence in alcohol-dependent men and women. The Collaborative Study Group on the Genetics of Alcoholism. *Alcohol Alcohol*. 2000;35(2):171-5.
847. Mason BJ, Leher P. Effects of nicotine and illicit substance use on alcoholism treatment outcomes and acamprosate efficacy. *J Addict Med*. 2009;3(3):164-71. doi:10.1097/ADM.0b013e3181917d53
848. Marrero JA, Fontana RJ, Fu S, Conjeevaram HS, Su GL, Lok AS. Alcohol, tobacco and obesity are synergistic risk factors for hepatocellular carcinoma. *J Hepatol*. 2005;42(2):218-24. doi:10.1016/j.jhep.2004.10.005
849. Pelucchi C, Gallus S, Garavello W, Bosetti C, La Vecchia C. Cancer risk associated with alcohol and tobacco use: focus on upper aero-digestive tract and liver. *Alcohol Res Health*. 2006;29(3):193-8.
850. Durazzo TC, Cardenas VA, Studholme C, Weiner MW, Meyerhoff DJ. Non-treatment-seeking heavy drinkers: effects of chronic cigarette smoking on brain structure. *Drug Alcohol Depend*. 2007;87(1):76-82. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.08.003
851. Ebbert JO, Janney CA, Sellers TA, Folsom AR, Cerhan JR. The association of alcohol consumption with coronary heart disease mortality and cancer incidence varies by smoking history. *J Gen Intern Med*. 2005;20(1):14-20. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.40129.x
852. Prochaska JJ, Delucchi K, Hall SM. A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *J Consult Clin Psych*. 2004;72(6):1144-56. doi:10.1037/0022-006x.72.6.1144
853. Weinberger AH, Platt J, Esan H, Galea S, Erlich D, Goodwin RD. Cigarette Smoking Is Associated With Increased Risk of Substance Use Disorder Relapse: A Nationally Representative, Prospective Longitudinal Investigation. *J Clin Psychiatry*. 2017;78(2):e152-e160. doi:10.4088/JCP.15m10062

854. Weinberger AH, Platt J, Jiang B, Goodwin RD. Cigarette Smoking and Risk of Alcohol Use Relapse Among Adults in Recovery from Alcohol Use Disorders. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015;39(10):1989-96. doi:10.1111/acer.12840
855. De Soto CB, O'Donnell WE, De Soto JL. Long-term recovery in alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*. 1989;13(5):693-7.
856. Derefinko KJ, Salgado Garcia FI, Sumrok DD. Smoking Cessation for Those Pursuing Recovery from Substance Use Disorders. *Med Clin North Am*. 2018;102(4):781-796. doi:10.1016/j.mcna.2018.02.014
857. Baca CT, Yahne CE. Smoking cessation during substance abuse treatment: what you need to know. *J Subst Abuse Treat*. 2009;36(2):205-19. doi:10.1016/j.jsat.2008.06.003
858. Prochaska JJ. Failure to treat tobacco use in mental health and addiction treatment settings: a form of harm reduction? *Drug Alcohol Depend*. 2010;110(3):177-82. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.03.002
859. Kozlowski LT, Skinner W, Kent C, Pope MA. Prospects for smoking treatment in individuals seeking treatment for alcohol and other drug problems. *Addict Behav*. 1989;14(3):273-8.
860. McClure EA, Acquavita SP, Dunn KE, Stoller KB, Stitzer ML. Characterizing smoking, cessation services, and quit interest across outpatient substance abuse treatment modalities. *J Subst Abuse Treat*. 2014;46(2):194-201. doi:10.1016/j.jsat.2013.07.009
861. Apollonio D, Philipps R, Bero L. Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11:Cd010274. doi:10.1002/14651858.CD010274.pub2
862. Minian N, Baliunas D, Zawertailo L, et al. Combining alcohol interventions with tobacco addictions treatment in primary care-the COMBAT study: a pragmatic cluster randomized trial. *Implement Sci*. 2017;12(1):65. doi:10.1186/s13012-017-0595-7
863. Orr MF, Lederhos Smith C, Finlay M, et al. Pilot investigation: randomized-controlled analog trial for alcohol and tobacco smoking co-addiction using contingency management. *Behav Pharmacol*. 2018;29(5):462-468. doi:10.1097/fbp.0000000000000379
864. Yardley MM, Mirbaba MM, Ray LA. Pharmacological Options for Smoking Cessation in Heavy-Drinking Smokers. *CNS Drugs*. 2015;29(10):833-45. doi:10.1007/s40263-015-0284-5
865. Pfizer Canada Inc. Champix (varenicline tartrate tablets) Product Monograph https://www.pfizer.ca/files/Champix_PM_221214_22Jan2019_EN
866. Gandhi KD, Mansukhani MP, Karpyak VM, Schneekloth TD, Wang Z, Kolla BP. The Impact of Varenicline on Alcohol Consumption in Subjects With Alcohol Use Disorders: Systematic Review and Meta-Analyses. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(2):25. doi:<https://dx.doi.org/10.4088/JCP.19r12924>
867. Oon-Arom A, Likhitsathain S, Srisurapanont M. Efficacy and acceptability of varenicline for alcoholism: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Drug & Alcohol Dependence*. 2019;205:107631. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107631>

868. Bold KW, Zweben A, Fucito LM, et al. Longitudinal Findings from a Randomized Clinical Trial of Varenicline for Alcohol Use Disorder with Comorbid Cigarette Smoking. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 2019;43(5):937-944. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/acer.13994>
869. Falk DE, Castle IJ, Ryan M, Fertig J, Litten RZ. Moderators of Varenicline Treatment Effects in a Double-Blind, Placebo-Controlled Trial for Alcohol Dependence: An Exploratory Analysis. *J Addict Med*. 2015;9(4):296-303. doi:<https://dx.doi.org/10.1097/ADM.0000000000000133>
870. Fucito LM, Wu R, O'Malley SS, et al. An integrated behavioural intervention combined with varenicline for heavy-drinking smokers: A randomized pilot study. *Journal of Smoking Cessation*. 2020;doi:10.1017/jsc.2020.13
871. Jordan CJ, Xi ZX. Discovery and development of varenicline for smoking cessation. *Expert Opin Drug Discov*. 2018;13(7):671-683. doi:10.1080/17460441.2018.1458090
872. Martins SS, Sampson L, Cerda M, Galea S. Worldwide Prevalence and Trends in Unintentional Drug Overdose: A Systematic Review of the Literature. *Am J Public Health*. 2015;105(11):e29-49. doi:10.2105/AJPH.2015.302843
873. Darke S, Zador D. Fatal heroin 'overdose': a review. *Addiction*. 1996;91(12):1765-72.
874. Gossop M, Marsden J, Stewart D, Rolfe A. Patterns of drinking and drinking outcomes among drug misusers 1-year follow-up results. *J Subst Abuse Treat*. 2000;19(1):45-50. doi:10.1016/s0740-5472(99)00097-5
875. Hartzler B, Donovan DM, Huang Z. Comparison of opiate-primary treatment seekers with and without alcohol use disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2010;39(2):114-123. doi:10.1016/j.jsat.2010.05.008
876. Ryder N, Cullen W, Barry J, Bury G, Keenan E, Smyth BP. Prevalence of problem alcohol use among patients attending primary care for methadone treatment. *Bmc Family Practice*. 2009;1042. doi:10.1186/1471-2296-10-42
877. Soyka M. Alcohol Use Disorders in Opioid Maintenance Therapy: Prevalence, Clinical Correlates and Treatment. *Eur Addict Res*. 2015;21(2):78-87. doi:10.1159/000363232
878. Kandel DB, Hu MC, Griesler P, Wall M. Increases from 2002 to 2015 in prescription opioid overdose deaths in combination with other substances. *Drug Alcohol Depend*. 2017;178:501-511. doi:10.1016/j.drugalcdep.2017.05.047
879. Leece P, Cavacuiti C, Macdonald EM, et al. Predictors of Opioid-Related Death During Methadone Therapy. *J Subst Abuse Treat*. 2015;57:30-35. doi:10.1016/j.jsat.2015.04.008
880. Witkiewitz K, Vowles KE. Alcohol and Opioid Use, Co-Use, and Chronic Pain in the Context of the Opioid Epidemic: A Critical Review. *Alcohol Clin Exp Res*. 2018;42(3):478-488. doi:10.1111/acer.13594
881. Potter JS, Marino EN, Hillhouse MP, et al. Buprenorphine/Naloxone and Methadone Maintenance Treatment Outcomes for Opioid Analgesic, Heroin, and Combined Users: Findings From Starting Treatment With Agonist Replacement Therapies (START). *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2013;74(4):605-613. doi:10.15288/jsad.2013.74.605

882. Rowan-Szal GA, Chatham LR, Simpson DD. Importance of identifying cocaine and alcohol dependent methadone clients. *Am J Addict.* 2000;9(1):38-50.
883. Nolan S, Klimas J, Wood E. Alcohol use in opioid agonist treatment. *Addict Sci Clin Pract.* 2016;11(1):17. doi:10.1186/s13722-016-0065-6
884. Klimas J, Cullen W, Field CA. Problem alcohol use among problem drug users: development and content of clinical guidelines for general practice. Article. *Ir J Med Sci.* 2014;183(1):89-101. doi:10.1007/s11845-013-0982-2
885. Darker CD, Sweeney B, Keenan E, Whiston L, Anderson R, Barry J. Screening and Brief Interventions for Illicit Drug Use and Alcohol Use in Methadone Maintained Opiate-Dependent Patients: Results of a Pilot Cluster Randomized Controlled Trial Feasibility Study. *Substance Use & Misuse.* 2016;51(9):1104-1115. doi:10.3109/10826084.2016.1160118
886. Nyamathi AM, Nandy K, Greengold B, et al. Effectiveness of Intervention on Improvement of Drug Use Among Methadone Maintained Adults. *J Addict Dis.* 2011;30(1):6-16. Pii 931973763. doi:10.1080/10550887.2010.531669
887. Darker CD, Sweeney BP, El Hassan HO, Smyth BP, Ivers JHH, Barry JM. Brief interventions are effective in reducing alcohol consumption in opiate-dependent methadone-maintained patients: Results from an implementation study. *Drug and Alcohol Review.* 2012;31(3):348-356. doi:10.1111/j.1465-3362.2011.00349.x
888. Varshney M, Ambekar A, Lal R, Yadav D, Rao R, Mishra A. Brief Interventions for Harmful Alcohol Use in Opioid-dependent Patients on Maintenance Treatment With Buprenorphine: A Prospective Study From India. *Addictive Disorders & Their Treatment.* 2016;15(3):129-135. doi:10.1097/adt.0000000000000076
889. Rosa N, Abreu A, Mendes M. Effect of brief interventions in reducing hazardous alcohol consumption in users receiving methadone treatment. *Revista de Enfermagem Referencia.* 2015;4(6):27-34.
890. Nyamathi A, Shoptaw S, Cohen A, et al. Effect of motivational interviewing on reduction of alcohol use. *Drug Alcohol Depend.* 2010;107(1):23-30. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.08.021
891. Bennett GA, Edwards S, Bailey J. Helping methadone patients who drink excessively to drink less: short-term outcomes of a pilot motivational intervention. *Journal of Substance Use.* 2002;7(4):191-197. doi:10.1080/14659890215694
892. Klimas J, Fairgrieve C, Tobin H, et al. Psychosocial interventions to reduce alcohol consumption in concurrent problem alcohol and illicit drug users. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;12:CD009269. doi:10.1002/14651858.CD009269.pub4
893. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(2):Cd002207. doi:10.1002/14651858.CD002207.pub4
894. Nava F, Manzato E, Leonardi C, Lucchini A. Opioid maintenance therapy suppresses alcohol intake in heroin addicts with alcohol dependence: preliminary results of an open randomized study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2008;32(8):1867-72. doi:10.1016/j.pnpbp.2008.08.019

895. Jones CM, Paulozzi LJ, Mack KA. Alcohol involvement in opioid pain reliever and benzodiazepine drug abuse-related emergency department visits and drug-related deaths - United States, 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2014;63(40):881-5.
896. Day C. Benzodiazepines in Combination with Opioid Pain Relievers or Alcohol: Greater Risk of More Serious ED Visit Outcomes. *The CBHSQ Report*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2013:1-9.
897. Koski A, Ojanpera I, Vuori E. Interaction of alcohol and drugs in fatal poisonings. *Hum Exp Toxicol*. 2003;22(5):281-7. doi:10.1191/0960327103ht324oa
898. McHugh RK, Geyer R, Karakula S, Griffin ML, Weiss RD. Nonmedical benzodiazepine use in adults with alcohol use disorder: The role of anxiety sensitivity and polysubstance use. *Am J Addict*. 2018;27(6):485-490. doi:10.1111/ajad.12765
899. Morel A, Grall-Bronnec M, Bulteau S, et al. Benzodiazepine dependence in subjects with alcohol use disorders: what prevalence? *Expert Opin Drug Saf*. 2016;15(10):1313-9. doi:10.1080/14740338.2016.1221922
900. Kan CC, Breteler MH, van der Ven AH, Timmermans MA, Zitman FG. Assessment of benzodiazepine dependence in alcohol and drug dependent outpatients: a research report. *Subst Use Misuse*. 2001;36(8):1085-109.
901. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Center for Behavioral Health Statistics and Quality. *Treatment Episode Data Set (TEDS): 2004-2014. National Admissions to Substance Abuse Treatment Services. BHSIS Series S-84, HHS Publication No. (SMA) 16-4986*. SAMHSA; 2016. Accessed April 8, 2020. https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/2014_Treatment_Episode_Data_Set_National_Admissions_9_19_16.pdf
902. Parr JM, Kavanagh DJ, Cahill L, Mitchell G, Young RM. Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction*. 2009;104(1):13-24. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02364.x
903. Soyka M. Treatment of Benzodiazepine Dependence. *N Engl J Med*. 2017;376(12):1147-1157. doi:10.1056/NEJMra1611832
904. Pottie K, Thompson W, Davies S, et al. Deprescribing benzodiazepine receptor agonists Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician*. 2018;64(5):339-351.
905. Breakey WR, Fischer PJ, Kramer M, et al. Health and Mental Health Problems of Homeless Men and Women in Baltimore. *JAMA*. 1989;262(10):1352-1357. doi:10.1001/jama.1989.03430100086034
906. Hwang SW. Mortality Among Men Using Homeless Shelters in Toronto, Ontario. *JAMA*. 2000;283(16):2152-2157. doi:10.1001/jama.283.16.2152
907. Fazel S, Khosla V, Doll H, Geddes J. The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med*. 2008;5(12):e225. doi:10.1371/journal.pmed.0050225
908. Carter J, Zevin B, Lum PJ. Low barrier buprenorphine treatment for persons experiencing homelessness and injecting heroin in San Francisco. *Addict Sci Clin Pract*. 2019;14(1):20. doi:10.1186/s13722-019-0149-1

909. Doran KM, Rahai N, McCormack RP, et al. Substance use and homelessness among emergency department patients. *Drug Alcohol Depend.* 2018;188:328-333. doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.04.021
910. Neisler J, Shree S, Reitzel LR, et al. Characterizing Alcohol Use Behaviors among Homeless Men and Women. *Am J Health Behav.* 2019;43(1):37-49. doi:10.5993/AJHB.43.1.4
911. Dionisi T, Mosoni C, Di Sario G, et al. Make Mission Impossible Feasible: The Experience of a Multidisciplinary Team Providing Treatment for Alcohol Use Disorder to Homeless Individuals. *Alcohol Alcohol.* 2020;55(5):547-553. doi:10.1093/alcalc/agaa052
912. Stafford A, Wood L. Tackling Health Disparities for People Who Are Homeless? Start with Social Determinants. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14(12)doi:10.3390/ijerph14121535
913. McVicar D, Moschion J, van Ours JC. From substance use to homelessness or vice versa? *Soc Sci Med.* 2015;136-137:89-98. doi:10.1016/j.socscimed.2015.05.005
914. Dietz TL. Predictors of reported current and lifetime substance abuse problems among a national sample of U.S. homeless. *Subst Use Misuse.* 2007;42(11):1745-66. doi:10.1080/10826080701212360
915. Pauly B, Brown M, Evans J, et al. "There is a Place": impacts of managed alcohol programs for people experiencing severe alcohol dependence and homelessness. *Harm Reduct J.* 2019;16(1):70. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/s12954-019-0332-4>
916. Pauly BB, Vallance K, Wettlaufer A, et al. Community managed alcohol programs in Canada: Overview of key dimensions and implementation. *Drug & Alcohol Review.* 2018;37 Suppl 1:S132-S139. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/dar.12681>
917. McCormack RP, Hoffman LF, Norman M, Goldfrank LR, Norman EM. Voices of homeless alcoholics who frequent Bellevue Hospital: a qualitative study. *Ann Emerg Med.* 2015;65(2):178-186.e176. doi:<https://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.05.025>
918. Erickson RA, Stockwell T, Pauly BB, et al. How do people with homelessness and alcohol dependence cope when alcohol is unaffordable? A comparison of residents of Canadian managed alcohol programs and locally recruited controls. *Drug & Alcohol Review.* 2018;37 Suppl 1:S174-S183. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/dar.12649>
919. Pauly B, King V, Smith A, et al. Breaking the cycle of survival drinking: insights from a non-residential, peer-initiated and peer-run managed alcohol program. *Drugs: Education, Prevention and Policy.* 2021;28(2):172-180. doi:10.1080/09687637.2020.1764500
920. Ongaro K. Non-beverage Alcohol Consumption and Harm Reduction Trends. Thunder Bay Drug Strategy. June 15, 2017. Available at: <https://www.thunderbay.ca/en/city-hall/resources/Documents/ThunderBayDrugStrategy/Non-Beverage-Alcohol-and-Harm-Reduction.pdf>.
921. Westenberg JN, Kamel MM, Addorisio S, et al. Non-beverage alcohol consumption among individuals experiencing chronic homelessness in Edmonton, Canada: a cross-sectional study. *Harm Reduct J.* 2021;18(1):108. doi:10.1186/s12954-021-00555-8

922. Rehm J, Kanteres F, Lachenmeier DW. Unrecorded consumption, quality of alcohol and health consequences. *Drug Alcohol Rev.* 2010;29(4):426-36. doi:10.1111/j.1465-3362.2009.00140.x
923. Hwang SW, Chambers C, Chiu S, et al. A comprehensive assessment of health care utilization among homeless adults under a system of universal health insurance. *Am J Public Health.* 2013;103 Suppl 2:S294-301. doi:10.2105/AJPH.2013.301369
924. Pauly BB, Gray E, Perkin K, et al. Finding safety: a pilot study of managed alcohol program participants' perceptions of housing and quality of life. *Harm Reduct J.* 2016;13(1):15. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/s12954-016-0102-5>
925. Collins SE, Clifasefi SL, Nelson LA, et al. Randomized controlled trial of harm reduction treatment for alcohol (HaRT-A) for people experiencing homelessness and alcohol use disorder. *Int J Drug Policy.* 2019;67:24-33. doi:10.1016/j.drugpo.2019.01.002
926. Fentress TSP, Wald S, Brah A, et al. Dual study describing patient-driven harm reduction goal-setting among people experiencing homelessness and alcohol use disorder. *Exp Clin Psychopharmacol.* 2021;29(3):261-271. doi:10.1037/pha0000470
927. Statistics Canada. Population growth in Canada's rural areas, 2016 to 2021. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-x/2021002/98-200-x2021002-eng.pdf>
928. Statistics Canada. Heavy drinking, 2018. Accessed Aug 11, 2022. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2019001/article/00007-eng.htm>
929. Lister JJ, Weaver A, Ellis JD, Himle JA, Ledgerwood DM. A systematic review of rural-specific barriers to medication treatment for opioid use disorder in the United States. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2020;46(3):273-288. doi:10.1080/00952990.2019.1694536
930. Chan YF, Lu SE, Howe B, Tieben H, Hoelt T, Unutzer J. Screening and Follow-Up Monitoring for Substance Use in Primary Care: An Exploration of Rural-Urban Variations. *J Gen Intern Med.* 2016;31(2):215-222. doi:10.1007/s11606-015-3488-y
931. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-Month Use of Mental Health Services in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):629-640.
932. Edmonds AT, Bensley KM, Hawkins EJ, Williams EC. Geographic differences in receipt of addictions treatment in a national sample of patients with alcohol use disorders from the U.S. Veterans Health Administration. *Subst Abuse.* 2021;42(4):559-568. doi:10.1080/08897077.2020.1803176
933. Tuckson RV, Edmunds M, Hodgkins ML. Telehealth. *N Engl J Med.* 2017;377(16):1585-1592. doi:10.1056/NEJMSr1503323
934. McKay JR, Gustafson DH, Ivey M, et al. Efficacy and comparative effectiveness of telephone and smartphone remote continuing care interventions for alcohol use disorder: a randomized controlled trial. *Addiction.* 2022;117(5):1326-1337. doi:10.1111/add.15771

935. Mark TL, Treiman K, Padwa H, Henretty K, Tzeng J, Gilbert M. Addiction Treatment and Telehealth: Review of Efficacy and Provider Insights During the COVID-19 Pandemic. *Psychiatr Serv.* 2022;73(5):484-491. doi:10.1176/appi.ps.202100088
936. Cortelyou-Ward K, Atkins DN, Noblin A, Rotarius T, White P, Carey C. Navigating the Digital Divide: Barriers to Telehealth in Rural Areas. *J Health Care Poor Underserved.* 2020;31(4):1546-1556. doi:10.1353/hpu.2020.0116
937. Brooks HL, Kassam S, Salvalaggio G, Hyshka E. Implementing managed alcohol programs in hospital settings: A review of academic and grey literature. *Drug Alcohol Rev.* 2018;37(S1):S145-S155. doi:10.1111/dar.12659
938. Vallance K, Stockwell T, Pauly B, et al. Do managed alcohol programs change patterns of alcohol consumption and reduce related harm? A pilot study. *Harm Reduct J.* 2016;13(1):13. doi:<https://dx.doi.org/10.1186/s12954-016-0103-4>
939. Podymow T, Turnbull J, Coyle D, Yetisir E, Wells G. Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. *CMAJ.* 2006;174(1):45-9.
940. Ezard, N., Dolan, K., Baldry, E., Burns, L., Day, C., Hodge, S., Cubitt, T., Loesch, B., & Mackay, T. Feasibility of a Managed Alcohol Program (MAP) for Sydney's homeless. Canberra: Foundation for Alcohol Research and Education. 2015. Available at: <https://fare.org.au/wp-content/uploads/Feasibility-of-a-Managed-Alcohol-Program-for-Sydneys-homeless.pdf>.
941. Evans J, Semogas D, Smalley JG, Lohfeld L. "This place has given me a reason to care": Understanding 'managed alcohol programs' as enabling places in Canada. *Health Place.* 2015;33:118-124. doi:10.1010/j.healthplace.2015.02.011
942. Podymow T, Turnbull J, Coyle D, Yetisir E, Wells G. Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. *CMAJ.* 2006;174(1):45-9. doi:10.1503/cmaj.1041350
943. Pauly B, Gray E, Perkin K, et al. Finding safety: a pilot study of managed alcohol program participants' perceptions of housing and quality of life. *Harm Reduct J.* 2016;1315. doi:10.1186/s12954-016-0102-5
944. Stockwell T, Pauly BB, Chow C, et al. Does managing the consumption of people with severe alcohol dependence reduce harm? A comparison of participants in six Canadian managed alcohol programs with locally recruited controls. *Drug Alcohol Rev.* 2018;37(Suppl 1):S159-S166. doi:10.1111/dar.12618
945. Stockwell T, Zhao J, Pauly B, et al. Trajectories of Alcohol Use and Related Harms for Managed Alcohol Program Participants over 12 Months Compared with Local Controls: A Quasi-Experimental Study. *Alcohol & Alcoholism.* 2021;09:09. doi:<https://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agaa134>
946. Palpacuer C, Duprez R, Huneau A, et al. Pharmacologically controlled drinking in the treatment of alcohol dependence or alcohol use disorders: a systematic review with direct and network meta-analyses on nalmefene, naltrexone, acamprosate, baclofen and topiramate. *Addiction.* 2018;113(2):220-237. doi:10.1111/add.13974
947. Falk DE, O'Malley SS, Witkiewitz K, et al. Evaluation of drinking risk levels as outcomes in alcohol pharmacotherapy trials: a Secondary analysis of 3 randomized clinical trials. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(4):374-381.

948. Schunemann HJ, Al-Ansary LA, Forland F, et al. Guidelines International Network: Principles for Disclosure of Interests and Management of Conflicts in Guidelines. *Ann Intern Med.* 2015;163(7):548-53. doi:10.7326/M14-1885
949. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ.* 2010;182(18):E839-42. doi:10.1503/cmaj.090449
950. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. <https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/03/ADAPTE-Resource-toolkit-March-2010.pdf>
951. British Columbia Centre on Substance Use, BC Ministry of Health, BC Ministry of Mental Health and Addictions. *Provincial Guideline for the Clinical Management of High-Risk Drinking and Alcohol Use Disorder.* 2019. <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2021/01/AUD-Guideline.pdf>
952. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, et al. Going from evidence to recommendations. *BMJ.* 2008;336(7652):1049-51. doi:10.1136/bmj.39493.646875.AE
953. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders, JB, Monteiro MG. AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care. 2nd Ed. World Health Organization. 2001. Accessed November 7, 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MSB-01.6a>
954. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res.* 2007;31(7):1208-17. doi:10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x
955. Crawford EF, Fulton JJ, Swinkels CM, Beckham JC, Calhoun PS. Diagnostic efficiency of the AUDIT-C in U.S. veterans with military service since September 11, 2001. *Drug Alcohol Depend.* 2013;132(1-2):101-6. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.01.012
956. Nordqvist C, Johansson K, Bendtsen P. Routine screening for risky alcohol consumption at an emergency department using the AUDIT-C questionnaire. *Drug Alcohol Depend.* 2004;74(1):71-5. doi:10.1016/j.drugalcdep.2003.11.010
957. Rodriguez-Martos A, Santamarina E. Does the short form of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) work at a trauma emergency department? *Subst Use Misuse.* 2007;42(6):923-32. doi:10.1080/10826080701351507
958. Vitesnikova J, Dinh M, Leonard E, Boufous S, Conigrave K. Use of AUDIT-C as a tool to identify hazardous alcohol consumption in admitted trauma patients. *Injury.* 2014;45(9):1440-4. doi:10.1016/j.injury.2014.01.004
959. Wade D, Varker T, Forbes D, O'Donnell M. The Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDIT-C) in the assessment of alcohol use disorders among acute injury patients. *Alcohol Clin Exp Res.* 2014;38(1):294-9. doi:10.1111/acer.12247
960. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005;29(5):844-54.
961. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS. The AUDIT-C: screening for alcohol use disorders and risk drinking in the presence of other psychiatric disorders. *Compr Psychiatry.* 2005;46(6):405-16. doi:10.1016/j.comppsy.2005.01.006

962. Frank D, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Kivlahan DR, Bradley KA. Effectiveness of the AUDIT-C as a screening test for alcohol misuse in three race/ethnic groups. *J Gen Intern Med*. 2008;23(6):781-7. doi:10.1007/s11606-008-0594-0
963. Gomez A, Conde A, Santana JM, Jorin A, Serrano IM, Medina R. The diagnostic usefulness of AUDIT and AUDIT-C for detecting hazardous drinkers in the elderly. *Aging Ment Health*. 2006;10(5):558-61. doi:10.1080/13607860600637729
964. Bradley KA, Bush KR, Epler AJ, et al. Two brief alcohol-screening tests From the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation in a female Veterans Affairs patient population. *Arch Intern Med*. 2003;163(7):821-9. doi:10.1001/archinte.163.7.821
965. Lange S, Shield K, Monteiro M, Rehm J. Facilitating Screening and Brief Interventions in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis of the AUDIT as an Indicator of Alcohol Use Disorders. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*. 2019;43(10):2028-2037. doi:<https://dx.doi.org/10.1111/acer.14171>
966. Higgins-Biddle JC, Babor TF. A review of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), AUDIT-C, and USAUDIT for screening in the United States: Past issues and future directions. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2018;44(6):578-586. doi:10.1080/00952990.2018.1456545
967. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro M. *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition*. World Health Organization (WHO) Department of Mental Health and Substance Dependence; 2001. Accessed April 7, 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf
968. Ewing JA. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *JAMA*. 1984;252(14):1905-7.
969. Cherpitel CJ. Differences in performance of screening instruments for problem drinking among blacks, whites and Hispanics in an emergency room population. *J Stud Alcohol*. 1998;59(4):420-6.
970. Cherpitel CJ. Screening for alcohol problems in the U.S. general population: a comparison of the CAGE and TWEAK by gender, ethnicity, and services utilization. *J Stud Alcohol*. 1999;60(5):705-11.
971. Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Alcohol screening questionnaires in women: a critical review. *JAMA*. 1998;280(2):166-71.
972. O'Hare T, Tran TV. Predicting problem drinking in college students: gender differences and the CAGE questionnaire. *Addict Behav*. 1997;22(1):13-21.
973. Buchsbaum DG, Buchanan RG, Poses RM, Schnoll SH, Lawton MJ. Physician detection of drinking problems in patients attending a general medicine practice. *J Gen Intern Med*. 1992;7(5):517-21.
974. Conigliaro J, Kraemer K, McNeil M. Screening and identification of older adults with alcohol problems in primary care. *J Geriatr Psych Neur*. 2000;13(3):106-14. doi:10.1177/089198870001300303

975. Deady M, Network of Alcohol and Other Drug Agencies (NADA). *A review of screening, assessment and outcome measures for drug and alcohol settings*. NSW Health Department; 2009. Accessed April 7, 2020. http://www.drugsandalcohol.ie/18266/1/NADA_A_Review_of_Screening%2C_Assessment_and_Outcome_Measures_for_Drug_and_Alcohol_Settings.pdf.
976. Knight JR, Shrier LA, Bravender TD, Farrell M, Vander Bilt J, Shaffer HJ. A new brief screen for adolescent substance abuse. *Arch Pediat Adol Med*. 1999;153(6):591-6.
977. Levy SJL, Williams JF, Ryan SA, et al. Substance Use Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. *Pediatrics*. 2016;138(1)e20161210. doi:10.1542/peds.2016-1210
978. Patton KA, Connor JP, Sheffield J, Wood A, Gullo MJ. Additive effectiveness of mindfulness meditation to a school-based brief cognitive-behavioral alcohol intervention for adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 2019;87(5):407-421. doi:10.1037/ccp0000382 10.1037/ccp0000382.supp (Supplemental)
979. Dhalla S, Zumbo BD, Poole G. A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. *Curr Drug Abuse Rev*. 2011;4(1):57-64.
980. D'Amico EJ, Parast L, Meredith LS, Ewing BA, Shadel WG, Stein BD. Screening in Primary Care: What Is the Best Way to Identify At-Risk Youth for Substance Use? *Pediatrics*. 2016;138(6)e20161717. doi:10.1542/peds.2016-1717
981. Burd L, Klug MG, Martsof JT, Martsof C, Deal E, Kerbeshian J. A staged screening strategy for prenatal alcohol exposure and maternal risk stratification. *J R Soc Promot Health*. 2006;126(2):86-94.
982. Russell M, Martier SS, Sokol RJ, et al. Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcohol Clin Exp Res*. 1994;18(5):1156-61.
983. Sokol RJ, Martier SS, Ager JW. The T-ACE questions: practical prenatal detection of risk-drinking. *Am J Obstet Gynecol*. 1989;160(4):863-8; discussion 868-70.
984. Yonkers KA, Gotman N, Kershaw T, Forray A, Howell HB, Rounsaville BJ. Screening for Prenatal Substance Use Development of the Substance Use Risk Profile-Pregnancy Scale. *Obstet Gynecol*. 2010;116(4):827-833. doi:10.1097/AOG.0b013e3181ed8290
985. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM-IV and DSM-5*. NIH Publication No. 13-7999. 2016. Accessed April 7, 2020. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/dsmfactsheet/dsmfact.pdf>
986. The Canadian Medical Protective Association. *Medical-legal handbook for physicians in Canada*. 2016. Accessed May 31, 2019. www.cmpa-acpm.ca
987. Skinner W, Canadian Centre on Substance Use and Addiction (CCSA). *The Essentials of Motivational Interviewing*. CCSA; 2017. Accessed April 7, 2020. <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Motivational-Interviewing-Summary-2017-en.pdf>

988. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Center for Substance Abuse Treatment. *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 35. HHS Publication No. (SMA) 13-4212.* 2013. Accessed May 23, 2023. <https://store.samhsa.gov/product/TIP-35-Enhancing-Motivation-for-Change-in-Substance-Use-Disorder-Treatment/PEP19-02-01-003>
989. Centers for Disease Control and Prevention. *Planning and Implementing Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Use: A Step-by-Step Guide for Primary Care Practices.* Centers for Disease Control and Prevention, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities; 2014. Accessed April 7, 2020. <https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/alcoholsbiimplementationguide.pdf>
990. Gonzalez S, Grubb J, Kowalchuck A, et al. *Addressing Alcohol Use Practice Manual: An Alcohol Screening and Brief Intervention Program.* Accessed April 7, 2020. https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/alcohol/alcohol-manual.pdf
991. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). *Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide. NIH Publication No. 05-3769.* . 2005. Accessed May 23, 2023. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/clinicianGuide/guide/intro/data/resources/Clinicians%20Guide.pdf>
992. Eloma AS, Tucciarone JM, Hayes EM, Bronson BD. Evaluation of the appropriate use of a CIWA-Ar alcohol withdrawal protocol in the general hospital setting. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2018;44(4):418-425. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/00952990.2017.1362418>
993. Waye C, Wong M, Lee S. Implementation of a CIWA-Ar alcohol withdrawal protocol in a veterans hospital. *South Med J.* 2015;108(1):23-28. doi:<https://dx.doi.org/10.14423/SMJ.0000000000000216>
994. Jones AW. Evidence-based survey of the elimination rates of ethanol from blood with applications in forensic casework. *Forensic Sci Int.* 2010;200(1-3):1-20. doi:10.1016/j.forsciint.2010.02.021
995. Cowan JM, Burris JM, Hughes JR, Cunningham MP. The Relationship of Normal Body Temperature, End-Expired Breath Temperature, and BAC/BrAC Ratio in 98 Physically Fit Human Test Subjects. *J Anal Toxicol.* 2010;34(5):238-242. doi:10.1093/jat/34.5.238
996. Jones AW, Andersson L. Comparison of ethanol concentrations in venous blood and end-expired breath during a controlled drinking study. *Forensic Sci Int.* 2003;132(1):18-25. Pii s0379-0738(02)00417-6. doi:10.1016/s0379-0738(02)00417-6
997. McMicken D, Liss JL. Alcohol-Related Seizures. Review. *Emerg Med Clin North Am.* 2011;29(1):117-124. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.emc.2010.08.010>
998. Vaaramo K, Puljula J, Tetri S, Juvela S, Hillbom M. Predictors of new-onset seizures: a 10-year follow-up of head trauma subjects with and without traumatic brain injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry.* 2014;85(6):598-602. doi:<https://dx.doi.org/10.1136/jnnp-2012-304457>
999. Clorazepate (clorazepate dipotassium capsules) Product Monograph. Submission Control No: 156856. AA Pharma Inc., Vaughan, Ontario, Canada. Available at: https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00017097.PDF.

1000. VALIUM (diazepam) Product Monograph; 5 mg tablets. Submission Control No: 212691. Hoffman LaRoche Ltd., Mississauga, Canada. Available at: https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00044869.PDF.
1001. TCOxpam tablets (Oxazepam, USP) Product Monograph. Submission Control No: 177866. Biomed 2002 Inc., Ville Mont-Royal, Quebec, Canada. Available at: https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00027688.PDF.
1002. Prpms-VALPROIC ACID Product Monograph; capsules, USP 250 mg; enteric-coated capsules 500 mg; valproic acid oral solution, USP 250 mg/5 mL. Submission Control No. 203416. Pharmascience Inc., Montreal, Canada. Available at: https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00038561.PDF.
1003. PrCatapres® (clonidine hydrochloride) Product Monograph. Submission Control No: 154435. Boehringer Ingelheim (Canada) Ltd., Burlington, Ontario. Available at: https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00016975.PDF.
1004. Bjorkqvist SE, Isohanni M, Makela R, Malinen L. Ambulant treatment of alcohol withdrawal symptoms with carbamazepine: a formal multicentre double-blind comparison with placebo. *Acta Psychiatr Scand*. 1976;53(5):333-42.
1005. Hillbom M, Tokola R, Kuusela V, et al. Prevention of alcohol withdrawal seizures with carbamazepine and valproic acid. *Alcohol*. 1989;6(3):223-6.
1006. Reoux JP, Saxon AJ, Malte CA, Baer JS, Sloan KL. Divalproex sodium in alcohol withdrawal: a randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. *Alcohol Clin Exp Res*. 2001;25(9):1324-9.
1007. Rosenthal RN, Perkel C, Singh P, Anand O, Miner CR. A pilot open randomized trial of valproate and phenobarbital in the treatment of acute alcohol withdrawal. *Am J Addict*. 1998;7(3):189-97. doi:10.3109/10550499808998350
1008. Yoon G, Kim SW, Petrakis IS, Westermeyer J. High-dose naltrexone treatment and gender in alcohol dependence. *Clin Neuropharmacol*. 2016;39(4):165-168.
1009. Cornish JW, Metzger D, Woody GE, et al. Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers. *J Subst Abuse Treat*. 1997;14(6):529-534.
1010. Jefee-Bahloul H, Jorandby L, AJ A. Topiramate treatment of alcohol use disorder in clinical practice. *J Addict Med* 2016;13(1):23-27.
1011. Carvalho AF, Heilig M, Perez A, Probst C, Rehm J. Alcohol use disorders. *Lancet*. 2019;394(10200):781-792.
1012. Mason BJ, Quello S, Goodell V, Shadan F, Kyle M, Begovic A. Gabapentin Treatment for Alcohol Dependence A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine*. 2014;174(1):70-77. doi:10.1001/jamainternmed.2013.11950



BC Centre on Substance Use (BCCSU)

400-1045 Howe St, Phone: (778) 945-7616
Vancouver, BC Fax: (604) 428-5183
V6Z 2A9 Canada Email: inquiries@bccsu.ubc.ca

www.bccsu.ca