

Ligne directrice canadienne pour la prise en charge clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et du trouble d'utilisation de l'alcool

Evan Wood MD PhD, Jessica Bright MPH, Katrina Hsu MSc, Nirupa Goel PhD, Josey W.G. Ross MA, Averill Hanson RSW MPH, Rand Teed BEd, Ginette Poulin RD MD, Bryany Denning MSc MSW, Kim Corace PhD C.Psych, Corrina Chase MA, Katelyn Halpape PharmD, Ronald Lim MD, Tim Kealey BAdmin, Jürgen Rehm PhD; pour le comité de rédaction de la Ligne directrice sur le trouble d'utilisation de l'alcool

■ *CMAJ* 2024 March 11;196:E303-21. doi : 10.1503/cmaj.230715-f

Citation : Veuillez citer la version originale anglaise, *CMAJ* 2023 October 16;195:E1364-79. doi : 10.1503/cmaj.230715

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230715

Résumé

Contexte : Au Canada, on note que les équipes soignantes et les personnes qui bénéficieraient de soins ciblés connaissent peu les interventions fondées sur des données probantes pour la prise en charge clinique du trouble d'utilisation de l'alcool. Pour combler cette lacune, l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances a créé un comité national dans le but d'élaborer une ligne directrice pour la prise en charge clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et du trouble lié à la consommation d'alcool.

Méthodes : L'élaboration de cette ligne directrice s'est faite selon le processus ADAPTE, et est inspirée par une ligne directrice britanno-colombienne de 2019 pour le trouble lié à la consommation d'alcool. Un comité national de rédaction de la ligne directrice (composé de 36 membres de divers horizons, notamment des universitaires, des médecins, des personnes ayant ou ayant eu des expériences de consommation d'alcool et des personnes s'identifiant comme Autochtones ou

Métis) a choisi les thèmes prioritaires, a passé en revue les données probantes et atteint un consensus relatif aux recommandations. Nous avons utilisé l'outil AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II) et les principes de divulgation des intérêts et de gestion des conflits lors du processus de rédaction des lignes directrices (Principles for Disclosure of Interests and Management of Conflicts in Guidelines) publiés en anglais par le Réseau international des lignes directrices (Guidelines International Network) pour nous assurer que la ligne directrice répondait aux normes internationales de transparence, de qualité élevée et de rigueur méthodologique. Nous avons évalué les recommandations finales à l'aide de l'approche GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation). Les recommandations ont fait l'objet d'une revue externe par 13 spécialistes et parties prenantes d'ici et de l'étranger.

Recommandations : La ligne directrice comprend 15 recommandations qui

concernent le dépistage, le diagnostic, la prise en charge du sevrage et le traitement continu, y compris les interventions psychosociales, les pharmacothérapies et les programmes communautaires. Le comité de rédaction de la ligne directrice a reconnu la nécessité d'insister sur la sous-utilisation des interventions qui pourraient être bénéfiques et sur les modes de prescription et autres pratiques d'usage courant qui ne reposent pas sur des données probantes et pourraient aggraver les effets de la consommation d'alcool.

Interprétation : La ligne directrice se veut une ressource à l'intention des médecins, des responsables des orientations politiques et des membres des équipes cliniques et autres, de même que des personnes, des familles et des communautés affectées par la consommation d'alcool. Ces recommandations proposent un cadre fondé sur des données probantes pour alléger le lourd fardeau du trouble d'utilisation de l'alcool au Canada et combler les besoins en matière de traitements et de soins.

Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2021, environ 18% des personnes de 15 ans ou plus au Canada répondent aux critères cliniques d'un trouble d'utilisation de l'alcool (TUA) à un moment ou l'autre au cours de leurs vie¹. Plus de 50% des personnes de 15 ans ou plus au Canada boivent actuellement plus que la quantité d'alcool recommandée dans le document *Repères canadiens sur l'alcool et la santé* publié en 2023².

La consommation d'alcool au Canada est actuellement supérieure à la moyenne mondiale et dépasse le taux médian pour les pays à revenu élevé³. En 2016, plus de 4% de tous les décès ont pu être attribués à la consommation d'alcool; cette dernière a également contribué à plus de 6% de toutes les années potentielles de vie perdues chez les individus de 15 ans ou plus au Canada⁴. En outre, la consommation d'alcool et le TUA joueraient un rôle important dans la détérioration de la santé au pays; en effet, la recherche leur attribue plus de 200 effets négatifs sur la santé, y compris blessures et décès⁵.

Or, au Canada, les interventions fondées sur des données probantes pour le TUA n'ont pas été appliquées à grande échelle⁶, probablement en raison de problèmes structurels, comme la stigmatisation et la formation insuffisante des équipes soignantes à cet égard⁷, en plus de l'absence de lignes directrices nationales fondées sur des données probantes. Il n'existe pas de statistiques nationales sur le sujet, mais selon des études menées par certaines provinces canadiennes, moins de 2% des personnes admissibles reçoivent une pharmacothérapie fondée sur des données probantes pour leur problème d'alcool^{6,8}. De plus, la consommation d'alcool à risque élevé et le TUA passent souvent inaperçus et sont sous-diagnostiqués dans le système de santé⁹. Par conséquent, les personnes qui ont un problème d'alcool et qui se font soigner consultent des gens (ou des services) qui n'ont pas les connaissances requises ou n'ont pas accès à des ressources fondées sur des données probantes pour prendre en charge le trouble lié à l'usage de substances psychoactives; ainsi, les interventions se révèlent inefficaces, voire potentiellement nuisibles¹⁰.

Nous avons voulu que cette ligne directrice thérapeutique nationale devienne une ressource à l'intention des médecins, des responsables des orientations politiques, des membres des équipes cliniques et autres, ainsi que des personnes éprouvant un problème d'alcool. Elle a comme objectif principal de promouvoir l'utilisation d'interventions fondées sur des données probantes et de prévenir les préjudices liés à la consommation d'alcool. Un comité national de rédaction de la ligne directrice composé de spécialistes de divers horizons, notamment de médecins, de scientifiques, de personnes ayant ou ayant eu une expérience de consommation d'alcool et de personnes s'identifiant comme Autochtones ou Métis, a été formé pour sélectionner les thèmes prioritaires, passer en revue les données probantes et rédiger les recommandations.

On trouve la version complète (en anglais) de la ligne directrice à l'annexe 1 (accessible au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230715/tab-related-content); elle inclut un sommaire global des données probantes pour chaque recom-

mandation, ainsi que des outils de pratique clinique et des astuces pour leur mise en œuvre. La figure 1 propose un sommaire visuel de la ligne directrice.

Portée

Cette ligne directrice se veut un guide pour l'identification et la prise en charge clinique de la consommation d'alcool à risque élevé et du TUA (voir l'encadré 1 pour les définitions) chez les adultes (âgés de ≥ 26 ans) et les jeunes (âgés de 11–25 ans). On y retrouve également des conseils ciblés concernant les personnes enceintes, les adultes âgés et les populations autochtones. La ligne directrice est conçue pour les équipes soignantes des centres de soins primaires et des milieux communautaires (p. ex., cliniques de lutte contre les toxicomanies faciles d'accès), même si certaines recommandations concernent le milieu des soins de courte durée, comme les programmes de prise en charge du sevrage et les services d'urgence. La ligne directrice se veut aussi une ressource pour les responsables des orientations politiques et des mesures sanitaires, ainsi que pour les personnes ayant des problèmes d'alcool, leurs proches et les autres populations concernées, qui sont à la recherche de conseils concernant les soins fondés sur des données probantes.

Recommandations

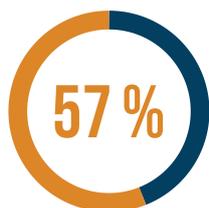
La ligne directrice met en lumière plusieurs principes de soins globaux (encadré 2) qui s'appliquent à toutes les recommandations afin d'établir des partenariats fructueux avec la patientèle et les proches qui subissent les préjudices liés à la consommation d'alcool. Ces principes rappellent l'importance de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé et d'intégrer dans les normes de soins les notions de réduction des préjudices et des approches sensibles à la violence et aux traumatismes subis en plus d'être culturellement sécuritaires pour la patientèle et les proches affectés par l'alcool, la consommation d'alcool à risque élevé et le TUA. La ligne directrice rappelle l'importance d'intégrer les pratiques de guérison traditionnelles et les approches culturellement adaptées à la planification des soins chez les personnes autochtones.

Cette ligne directrice inclut 15 recommandations touchant le dépistage, le diagnostic, la prise en charge du sevrage et le traitement continu, y compris des interventions thérapeutiques psychosociales, des pharmacothérapies et des programmes communautaires (tableau 2). Le comité de rédaction de la ligne directrice a reconnu la nécessité de mettre en évidence les interventions sous-utilisées qui pourraient être bénéfiques, de même que les modalités d'usage courant qui ne sont pas fondées sur des données probantes et pourraient se révéler nuisibles.

Nous avons évalué les recommandations en ce qui a trait au degré de certitude des données probantes et à leur force à l'aide de l'approche GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (encadré 3). Dans ce synopsis, nous passons brièvement en revue les recommandations les plus pertinentes pour les soins primaires.

Consommation d'alcool à risque élevé et trouble d'utilisation de l'alcool

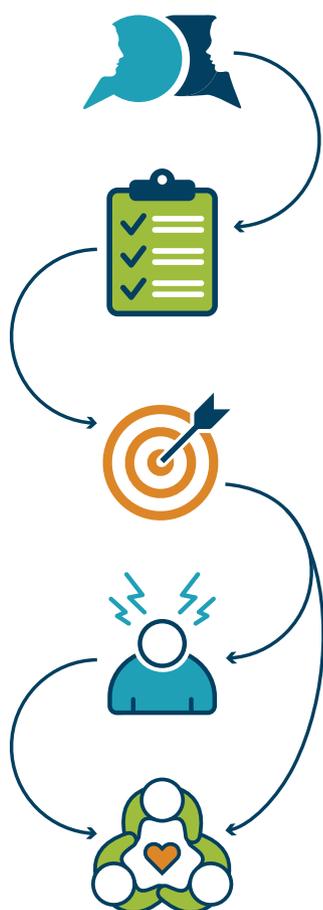
Guide de pratique clinique



La consommation d'alcool des personnes de 15 ans et plus au Canada excède le seuil du risque faible

- Trouble d'utilisation de l'alcool (TUA) : Habitude de forte consommation d'alcool et perte de contrôle sur la consommation malgré ses conséquences négatives
- La consommation à risque élevé et le TUA passent souvent inaperçus et ne sont pas traités. Il existe des traitements efficaces
- Les centres de soins primaires sont au cœur de la détection et du traitement hâtifs

Aperçu de la conduite clinique



S'INFORMER DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

« *Accepteriez-vous que nous parlions de votre relation avec l'alcool?* »

- Demander l'autorisation installe la confiance et écarte le malaise

DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC

« *Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous pris plus de 4 consommations (femmes) ou 5 consommations (hommes) en 1 seule occasion?* »

- Si la réponse est de 1 occasion ou plus, poser les autres questions du test de dépistage (AUDIT-C*)
- Pour un risque modéré de TUA : expliquer brièvement les risques pour la santé et suggérer des façons de réduire la consommation
- Pour un risque élevé de TUA : poser le diagnostic à partir des critères du DSM-5-TR

ÉVALUER LES OBJECTIFS

En cas de TUA de modéré à grave, une intervention brève permet de discuter des objectifs et d'établir un plan adapté :

- Cesser de boire
- Réduire la consommation
- Réduire les préjudices liés à l'alcool

PRISE EN CHARGE DU SEVRAGE

Utiliser l'échelle PAWSS* et les antécédents de sevrage pour déterminer le risque élevé ou faible de complications graves (p. ex., delirium tremens, convulsions) :

- Risque faible : consultation externe; ordonnance de gabapentine, clonidine
- Risque élevé : hospitalisation; recours bref aux benzodiazépines

TRAITEMENT À LONG TERME

- Médicaments prescrits : (1^{re} intention), naltrexone ou acamprosate; à éviter : ISRS*, antipsychotiques et benzodiazépines en traitement continu
- Interventions psychosociales : thérapie cognitivo-comportementale, thérapie familiale
- Services communautaires : programmes de soutien à la réhabilitation, pair-aidance, etc.

*AUDIT-C = questionnaire d'évaluation de la consommation d'alcool (Alcohol Use Disorder Identification Test-Consumption), ISRS = inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, PAWSS = échelle de prédiction de la gravité du sevrage de l'alcool (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale)

Figure 1 : Sommaire de la conduite clinique pour le trouble d'utilisation de l'alcool. DSM-5-TR : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition, texte révisé (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision)*.

Encadré 1 : Définition du trouble d'utilisation de l'alcool et niveaux de risque utilisés pour la présente ligne directrice*

Risque faible de TUA

- Score AUDIT de 0–7 ou score AUDIT-C de 0–4

Risque modéré de TUA

- Score AUDIT de 8–15 ou score AUDIT-C de 5–7

Risque élevé de TUA

- Score AUDIT \geq 16 ou score AUDIT-C \geq 8

Trouble d'utilisation de l'alcool

- Le diagnostic de trouble d'utilisation de l'alcool, défini par le DSM-5-TR, se fonde sur un critère seuil de dysfonction ou de détresse cliniquement significative chez la personne en raison de sa consommation d'alcool et parmi les personnes qui atteignent ce seuil, sur 11 critères diagnostiques (voir le tableau 1 pour les questions types du DSM-5-TR sur les critères diagnostiques du TUA)¹¹.
- Le TUA peut être qualifié de léger (2–3 critères diagnostiques), modéré (4–5 critères diagnostiques) ou grave (6 critères diagnostiques ou plus).

Remarque : AUDIT = questionnaire d'évaluation de la consommation d'alcool (Alcohol Use Disorders Identification Test), AUDIT-C = AUDIT–Consumption, DSM-5-TR = *Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux, 5^e édition, texte révisé* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision), TUA = trouble d'utilisation de l'alcool.

*Les outils AUDIT et AUDIT-C ont été conçus pour le dépistage d'une consommation d'alcool malsaine ou nuisible à partir de scores seuils de 8 (avec AUDIT) ou de 3 et 4 chez les femmes et les hommes, respectivement (avec AUDIT-C). Dans cette ligne directrice, nous avons stratifié les scores en catégories de risque faible, modéré et élevé pour faciliter la prise de décision clinique selon l'orientation fournie par le manuel AUDIT¹². L'utilisation de scores seuils différents affectera la sensibilité et la spécificité de l'outil et les taux de résultats faussement négatifs et faussement positifs¹³. L'outil AUDIT-C¹⁴ comprend 3 questions de l'outil AUDIT en lien avec la consommation. Les 2 outils ont été validés dans plusieurs contextes, y compris en soins primaires.

Dépistage

Recommandation 2 : Il faut effectuer un dépistage de routine de la consommation d'alcool qui excède le seuil d'un risque faible chez tous les adultes et les jeunes (recommandation forte, degré de certitude moyen des données probantes).

La mise en place d'un dépistage universel de routine de la consommation d'alcool en soins primaires est une importante stratégie de santé publique pour détecter précocement une consommation d'alcool à risque élevé et agir en prévention secondaire sur le TUA. Même si on dispose de données insuffisantes pour en établir la fréquence optimale²², selon le groupe de travail assigné à cette priorité, un dépistage annuel est facilement réalisable en soins primaires. Cette recommandation concerne aussi les milieux de soins de courte durée où consultent le plus souvent les personnes les plus susceptibles de bénéficier du dépistage et d'une intervention.

Chez les adultes, nous suggérons d'utiliser la question simple pour le dépistage de la consommation d'alcool (SASQ; Single Alcohol Screening Question), qui est brève, ne requiert aucune notation et est validée en soins primaires : « Combien de fois au cours de l'année écoulée avez-vous pris 5 consommations ou plus en 1 journée (pour les hommes) ou 4 ou plus en 1 journée (pour les femmes)? »¹⁷. Cette question a une sensibilité de 0,71–0,92 et une spécificité de 0,60–0,91 pour le dépistage du TUA¹⁷. Si

Tableau 1 : Questions types inspirées du DSM-5-TR sur les critères diagnostiques du trouble d'utilisation de l'alcool

Critères diagnostiques*	Question : « Au cours de l'année écoulée... »
1	Avez-vous bu plus ou pendant plus longtemps que vous n'aviez originalement prévu?
2	Avez-vous essayé sans succès de réduire votre consommation ou de cesser de boire?
3	Avez-vous passé beaucoup de temps à boire ou à vous rétablir après avoir bu?
4	L'envie de boire vous a-t-elle préoccupé au point de devenir presque obsessionnelle?
5	L'alcool vous a-t-il occasionné des problèmes au travail ou à l'école, ou vous a-t-il empêché de subvenir aux besoins de vos proches ou de tenir maison?
6	Avez-vous continué de boire même si vous saviez que cela complique vos relations interpersonnelles?
7	Avez-vous renoncé à des activités ou loisirs ou à voir des gens en raison de votre consommation d'alcool?
8	Avez-vous fait l'expérience de plus d'une situation dangereuse en raison de votre consommation d'alcool? Par exemple, conduire en état d'ébriété, avoir des relations sexuelles à risque et autres prises de risque?
9	Avez-vous continué de boire, même si cela contribuait à des symptômes de dépression ou d'anxiété ou exacerbait un problème de santé physique?
10	Avez-vous ressenti du stress ou de l'anxiété parce que vous devez boire plus qu'avant pour ressentir les mêmes effets? Trouvez-vous qu'en consommant autant qu'avant vous n'obtenez pas le même soulagement de votre stress ou les mêmes effets?
11	Avez-vous déjà eu des tremblements des mains, des sueurs, de l'anxiété, entendu des voix dans votre tête, ressenti des nausées ou subi des convulsions quelques heures après avoir cessé de boire? Vous arrive-t-il de boire pour prévenir ce type de symptômes?

Remarque : DSM-5-TR = *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition, texte révisé* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision).¹¹

*Fait référence aux critères diagnostiques numérotés du DSM-5-TR pour le trouble d'utilisation de l'alcool¹¹.

le dépistage est positif, il peut être suivi du questionnaire AUDIT d'évaluation de la consommation d'alcool (Alcohol Use Disorders Identification Test) ou de sa version condensée, AUDIT-C (AUDIT–Consumption), qui ont tous les deux été validés en contexte de soins primaires et facilitent l'identification des taux de consommation d'alcool à risque faible, modéré et élevé^{12–14,17}. Lorsqu'on utilise un seuil de 4 avec le questionnaire AUDIT-C pour identifier une consommation à risque, malsaine ou un TUA, l'éventail des sensibilités varie de 0,76 à 0,99 et des spécificités de 0,66 à 0,98¹⁴.

Encadré 2 : Principes de soins

- Déterminants sociaux de la santé** : La consommation d'alcool, la consommation d'alcool à risque élevé et le TUA devraient être considérés à l'intérieur d'un cadre sociétal plus vaste forgé par les iniquités face aux déterminants sociaux de la santé⁶⁵⁻⁶⁷. Selon le cas, les médecins devraient lutter contre la disparité des déterminants socioéconomiques de la santé en mettant les personnes touchées en contact avec des ressources aptes à combler leurs besoins (p. ex., logement, nourriture et alimentation, aide financière, emploi).
- Soins centrés sur la personne** : Les médecins devraient tenter de fournir des soins respectueux des besoins, des valeurs et des préférences de chaque personne^{68,69}. Chaque personne devrait être considérée comme une experte de ses propres soins.
- Pratique sensible à la violence et aux traumatismes subis** : Les médecins devraient connaître et intégrer les principes de pratique sensible à la violence et aux traumatismes subis dans la prestation des soins et la prise en charge clinique pour le TUA dans le but de créer un espace sécuritaire et respectueux qui réduit les risques de préjudices et d'évocation desdits traumatismes⁷⁰.
- Pratiques antiracistes** : Le fait de confronter et de remettre en question les structures racistes dans les milieux de soins et de se sensibiliser soi-même à sa propre position au sein de systèmes oppressifs peut contribuer à améliorer l'engagement vis-à-vis des soins et les paramètres de santé pour les populations racialisées⁷¹.
- Sécurité et humilité culturelle** : Face à la réalité autochtone, les médecins devraient s'engager sincèrement à fournir des soins culturellement sécuritaires et à pratiquer l'humilité culturelle pour mettre en place des partenariats sécuritaires et positifs avec les patientèles autochtones et leurs proches⁷².
- Réduction des préjugés** : Une approche de réduction des préjugés causés par la consommation d'alcool soutient chaque geste posé par les personnes pour améliorer leur santé et leur bien-être⁷³. Les médecins devraient respecter les décisions et les objectifs des personnes au sujet de la consommation d'alcool et promouvoir des stratégies pour réduire les préjugés qui y sont reliés.
- Soins centrés sur le rétablissement et le bien-être** : Les médecins devraient reconnaître et valider les objectifs de la patientèle lors du traitement et des soins pour le TUA, y compris le rétablissement ou le bien-être définis par la personne⁷⁴.
- Continuum de soins intégrés** : Le trouble d'utilisation de l'alcool est considéré comme une maladie chronique, récurrente et rémittente. Cette ligne directrice appuie l'utilisation d'une approche graduelle et intégrée qui prévoit des options thérapeutiques constamment adaptées aux besoins, aux conditions de vie et aux objectifs changeants des personnes.
- Prise en charge globale de la santé** : Le trouble d'utilisation de l'alcool devrait être pris en charge dans le cadre plus vaste des soins de santé et des services sociaux globaux, y compris examens médicaux et évaluations psychologiques et psychosociales de routine continus⁷⁵.
- Participation du cercle familial et social aux soins*** : La participation du cercle familial et social à la planification du traitement et aux prises de décisions devrait être encouragée dans la mesure du possible et, selon le cas, par la personne et son équipe soignante⁷⁶⁻⁷⁹.

Remarque : TUA = trouble d'utilisation de l'alcool.

*Le terme « famille » utilisé dans cette ligne directrice englobe toutes les relations significatives de la personne au sein de son cercle social, ce qui peut inclure les conjointes ou conjoints, les relations amicales et autres personnes significatives, que ces liens aient un statut légal ou non.

Chez les jeunes, nous suggérons l'utilisation du questionnaire de l'Institut national américain sur l'abus d'alcool et l'alcoolisme (NIAAA; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), dont la sensibilité est de 0,96 et la spécificité de 0,85 pour le TUA en utilisant un seuil de 2 jours ou plus de consommation d'alcool par année²³.

Nous avons établi que le degré de certitude des données probantes pour cette recommandation est moyen à partir des revues systématiques et des études sur la fiabilité des diagnostics selon lesquelles les outils de dépistage sont fiables pour l'identification des personnes dont la consommation d'alcool excède le seuil d'un risque faible^{22,24}. On ne dispose d'aucune étude sur les répercussions directes du dépistage sur la consommation d'alcool ou les paramètres de santé²². Nous avons établi que cette recommandation est forte compte tenu du degré de certitude des données probantes, du consensus du comité de rédaction de la ligne directrice, du rapport coût:efficacité et de la fiabilité des outils de dépistage disponibles²². Aucun préjudice lié au dépistage n'a été signalé²². Voir la section 3.2 de l'annexe 1 pour plus de détails sur le dépistage et les données probantes à l'appui.

Diagnostic

Recommandation 3 : Tous les adultes et les jeunes qui obtiennent un résultat positif au dépistage d'une consommation d'alcool à risque élevé devraient être soumis à une entrevue diagnostique pour le TUA reposant sur les critères du Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux, 5^e édition, texte révisé (DSM-5-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision)¹¹ et à d'autres évaluations pour orienter le plan de traitement, le cas échéant (recommandation forte, degré de certitude faible des données probantes).

Les adultes et les jeunes dont le dépistage est positif à l'égard d'une consommation d'alcool à risque élevé devraient être soumis à une entrevue diagnostique pour déterminer s'il s'agit d'un TUA léger, modéré ou grave selon les critères du DSM-5-TR¹¹ (voir questions types au tableau 1), suivie d'une conversation au sujet des objectifs des soins et des traitements (figure 2). Cette recommandation concerne les soins de courte durée et les soins communautaires.

On peut poser un diagnostic de TUA lorsqu'une personne a une consommation d'alcool malsaine pendant une période de 1 an entraînant une dysfonction ou une détresse cliniquement significatives selon au moins 2 des 11 critères du DSM-5-TR. Ces critères sont (1) la personne consomme de l'alcool en quantité supérieure ou pendant plus longtemps que prévu; (2) la personne persiste à vouloir ou échoue à réduire ou à contrôler sa consommation d'alcool; (3) la personne consacre beaucoup de temps à des activités nécessaires pour se procurer de l'alcool, à en consommer ou à se rétablir de sa consommation; (4) la personne éprouve une envie irrépressible (un désir ou un besoin) de consommer de l'alcool; (5) la consommation récurrente d'alcool rend la personne incapable de s'acquitter de ses principales obligations au travail, à l'école ou à la maison; (6) la personne continue de consommer de l'alcool malgré des problèmes (sociaux ou interpersonnels)

Tableau 2 (partie 1 de 2) : Résumé des recommandations

Recommandation	Force des recommandations*	Degré de certitude des données probantes ¹⁵
Dépistage†		
1 Selon le cas, les médecins devraient avoir des connaissances à jour et renseigner les adultes et les jeunes au sujet du document <i>Repères canadiens sur l'alcool et la santé</i> , pour faciliter la discussion sur la consommation d'alcool.	Forte	Faible
2 Il faut effectuer un dépistage de routine de la consommation d'alcool qui excède le seuil d'un risque faible chez tous les adultes et les jeunes‡.	Forte	Moyen
Diagnostic		
3 Tous les adultes et les jeunes qui obtiennent un résultat positif au dépistage d'une consommation d'alcool à risque élevé devraient être soumis à une entrevue diagnostique pour le TUA reposant sur les critères du DSM-5-TR§ et à d'autres évaluations pour orienter le plan de traitement, le cas échéant.	Forte	Faible
Intervention brève		
4 On devrait proposer une intervention brève à toutes les personnes qui obtiennent un résultat positif au dépistage d'une consommation d'alcool à risque élevé.	Forte	Moyen
Prise en charge du sevrage		
5 Les médecins devraient utiliser les paramètres cliniques (p. ex., des antécédents de convulsions ou de delirium tremens) et l'échelle pour évaluer le risque de complications graves du sevrage de l'alcool et déterminer la façon appropriée d'en gérer les symptômes.	Forte	Moyen
6 Chez les personnes exposées à un risque faible de complications du sevrage d'alcool compliqué (p. ex., PAWSS < 4), les médecins devraient envisager de prescrire des médicaments non de type benzodiazépine, comme la gabapentine, la carbamazépine ou la clonidine, pour une prise en charge en milieu extrahospitalier (p. ex., soins primaires, mode virtuel).	Forte	Moyen (gabapentine) Faible (carbamazépine, clonidine)
7 Chez les personnes exposées à un risque élevé de complications du sevrage d'alcool compliqué (p. ex., PAWSS ≥ 4), les médecins devraient offrir une ordonnance de benzodiazépines de courte durée, idéalement à l'hôpital (p. ex., établissement pour la prise en charge du sevrage ou hôpital). Toutefois, en présence d'obstacles à une hospitalisation, les benzodiazépines peuvent être offertes en clinique ambulatoire s'il est possible d'exercer un suivi étroit.	Forte	Élevé
8 Il faut offrir des soins continus pour le TUA à toutes les personnes qui se rendent au bout du processus de sevrage.	Forte	Faible

persistants ou récurrents causés ou exacerbés par l'alcool; (7) la personne a renoncé à d'importantes activités sociales, professionnelles ou récréatives en raison de sa consommation d'alcool; (8) la personne consomme régulièrement de l'alcool dans des circonstances où elle pourrait s'exposer à un risque physique; (9) la personne continue de consommer de l'alcool même si elle admet avoir un problème persistant ou récurrent (physique ou psychologique) probablement causé ou exacerbé par sa consommation d'alcool; (10) la personne développe une tolérance à l'alcool démontrée soit par la nécessité d'accroître substantiellement les quantités consommées pour parvenir à l'intoxication ou à l'effet souhaités, soit par une atténuation substantielle de l'effet en consommant la même quantité d'alcool; (11) et la personne manifeste des symptômes de sevrage qu'elle tente d'apaiser ou de prévenir en consommant de l'alcool ou d'autres substances psychoactives (p. ex., des benzodiazépines), ou elle présente un syndrome caractéristique du sevrage. Les personnes reçoivent un diagnostic de TUA léger si elles répondent à 2–3 critères, de TUA modéré si elles répondent à 4–5 critères et de TUA grave si elles répondent à 6 critères ou plus.

Même si les critères du DSM-5-TR pour le TUA peuvent générer des diagnostics faussement positifs et ont fait l'objet de certaines critiques pour avoir fusionné les catégories « abus d'alcool » et « dépendance à l'alcool » qui étaient distinctes dans la version précédente (DSM-IV)²⁵, la pratique actuelle en Amérique du Nord repose sur la gravité du TUA et sur une évaluation complète de la personne afin d'orienter le traitement et le plan de soins.

Nous avons établi que le degré de certitude des données probantes pour cette recommandation est faible à partir du consensus du comité de rédaction de la ligne directrice en raison de l'absence de recherches sur les répercussions de l'établissement d'un diagnostic de TUA léger, modéré ou grave. Toutefois, nous avons établi que cette recommandation est forte compte tenu du consensus du comité de rédaction de la ligne directrice, de la nécessité reconnue d'établir un diagnostic et d'en évaluer la gravité pour permettre aux personnes d'accéder à d'autres soins pour le TUA et des données probantes existantes⁹. Voir la section 3.3 de l'annexe 1, pour d'autres renseignements et les données probantes concernant le diagnostic.

Tableau 2 (partie 2 de 2) : Résumé des recommandations

Recommandation	Force des recommandations*	Degré de certitude des données probantes ¹⁵	
Traitement et soins continus			
Interventions psychosociales			
9	Il faut renseigner les adultes et les jeunes atteints d'un TUA de modéré à grave et les orienter vers des interventions psychosociales prodiguées par des spécialistes dans la communauté.	Forte	Moyen
Pharmacothérapie			
10	Il faut offrir aux adultes atteints d'un TUA de modéré à grave la naltrexone ou l'acamprosate comme pharmacothérapie de première intention pour faciliter l'atteinte des objectifs thérapeutiques (fixés par la personne concernée). A. La naltrexone est recommandée chez les personnes qui ont pour objectif thérapeutique, soit l'abstinence, soit une réduction de la consommation d'alcool. B. L'acamprosate est recommandé chez les personnes qui ont pour objectif thérapeutique l'abstinence.	Forte	Élevé
11	On peut offrir le topiramate ou la gabapentine aux adultes souffrant d'un TUA de modéré à grave qui ne pas peuvent bénéficier des médicaments de première intention, chez qui ils sont contre-indiqués, ou qui expriment une préférence pour une autre option.	Forte (topiramate) Conditionnelle (gabapentine)	Moyen (topiramate) Faible (gabapentine)
12	Les antipsychotiques et les antidépresseurs de type ISRS sont contre-indiqués chez les adultes et les jeunes pour le traitement du TUA.	Forte	Moyen
13	Il n'est pas recommandé de prescrire des antidépresseurs de type ISRS aux adultes et aux jeunes souffrant concomitamment de TUA et de troubles anxieux ou dépressifs.	Forte	Moyen
14	Il ne faut pas prescrire de benzodiazépines en traitement continu pour le TUA.	Forte	Élevé
Formes de soutien communautaire			
15	Il faut renseigner les adultes et les jeunes souffrant de TUA de léger à grave et les orienter vers la pair-aidance et autres services communautaires axés sur le rétablissement.	Forte	Moyen
<p>Remarque : AUDIT = questionnaire d'évaluation de la consommation d'alcool (Alcohol Use Disorders Identification Test); AUDIT-C = AUDIT-Consumption; DSM-5-TR = <i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition, texte révisé (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, Text Revision)</i>; ISRS = inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine; PAWSS = échelle de prédiction du risque de syndrome de sevrage d'alcool compliqué (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale); TUA = trouble de l'utilisation de l'alcool.</p> <p>*Voir encadré 3 pour plus de détails.</p> <p>†Un exemple de conduite clinique allant du dépistage jusqu'au traitement est illustré à la figure 2.</p> <p>‡Les tests de dépistage suggérés incluent la question simple pour le dépistage de l'alcool¹⁷, AUDIT¹⁷ et AUDIT-C¹⁴. D'autres outils de dépistage validés peuvent être utilisés. On suggère un dépistage annuel de routine, même si on ne dispose pas de données probantes tirées de la recherche pour établir la fréquence optimale.</p> <p>§Voir tableau 1 pour les questions types du DSM-5-TR sur les critères diagnostiques du TUA¹¹.</p>			

Intervention brève

Recommandation 4 : On devrait proposer une intervention brève à toutes les personnes qui obtiennent un résultat positif au dépistage d'une consommation d'alcool à risque élevé (recommandation forte, degré de certitude moyen des données probantes).

Toutes les personnes chez qui le dépistage révèle une consommation d'alcool à risque élevé devraient faire l'objet d'une entrevue diagnostique suivie d'une intervention brève comme première étape dans l'élaboration d'un plan de soins. Cela inclut les personnes qui ont un résultat positif au dépistage d'une consommation d'alcool à risque élevé ou qui reçoivent un diagnostic de TUA.

L'intervention brève, qui repose sur des techniques d'entrevue motivationnelle, peut être offerte par différentes professions de la santé et son efficacité est démontrée après une simple séance de 5 minutes²⁶. Une revue Cochrane de 2018 a

révéla que l'intervention brève entraîne une réduction de la consommation d'alcool de 20 g par semaine après 1 an, comparativement à une intervention minimale, voire à l'absence de toute intervention (intervalle de confiance [IC] de 95 % -28 g à -12 g)²⁶. Aux sections 3.4 et 3.5 de l'annexe 1, on trouve quelques approches d'intervention brève et des considérations spécifiques à certaines populations.

En général, l'intervention brève repose sur un court échange avec la personne au sujet de ses ennuis de santé, sur l'établissement d'objectifs en collaboration et l'élaboration d'un plan de traitement adapté à ses objectifs et ses préférences. Comme on le verra plus loin, l'approche au traitement du TUA peut inclure une prise en charge du sevrage, des interventions psychosociales et des pharmacothérapies.

Nous avons établi que le degré de certitude des données probantes pour cette recommandation est moyen à partir des revues systématiques selon lesquelles une intervention brève a entraîné des réductions significatives et cliniquement

Encadré 3 : Approche GRADE et interprétation de la classification

L'approche GRADE¹⁵ assigne une classification au degré de certitude des données probantes et à la force de chaque recommandation.

Degré de certitude des données probantes

Les estimations initiales quant au degré de certitude des données probantes se fondent sur une hiérarchie classique selon laquelle les méta-analyses d'ERC reçoivent le score le plus élevé, suivies des essais cliniques individuels, des essais quasi randomisés ou non randomisés, des études et rapports d'observation et de l'opinion des spécialistes, qui obtient le score le plus faible. Les facteurs ayant réduit la confiance à l'endroit de l'effet estimé d'une intervention ont inclus le risque de biais, la discordance entre les ERC, le caractère indirect des paramètres et les biais de publication; les facteurs qui ont accru la confiance incluaient la taille volumineuse de l'effet et la relation dose-réponse observée. Les classifications finales quant au degré de certitude sont le reflet de l'effet estimé d'une intervention décrit dans la documentation, en tenant compte des biais et des limites de la base des données probantes identifiée par le comité de rédaction de la ligne directrice et décrit ci-dessous :

- **Élevée** : des recherches plus approfondies risquent peu de modifier notre niveau de confiance à l'endroit de l'estimation de l'effet.
- **Moyenne** : des recherches plus approfondies pourraient avoir une incidence importante sur notre niveau de confiance à l'endroit de l'estimation de l'effet et pourraient modifier l'estimation.
- **Faible** : des recherches plus approfondies risquent fort d'avoir une incidence importante sur notre confiance à l'endroit de l'estimation de l'effet et changeraient probablement l'estimation.
- **Très faible** : toute estimation de l'effet est très incertaine.

Force des recommandations

Pour déterminer la force des recommandations, le système GRADE tient compte de la qualité des données probantes et d'autres facteurs, comme les valeurs et préférences des médecins, de la patientèle et des responsables des orientations politiques, des coûts et du rapport coût:efficacité, du rapport risques:avantages et de la faisabilité.

Remarque : ERC = essai clinique randomisé et contrôlé; GRADE = Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

Une recommandation forte indique ce qui suit :

- **Pour la patientèle** : La majeure partie de la patientèle dans les circonstances évoquées souhaiterait qu'on observe la conduite recommandée et seule une faible proportion de la patientèle la refuserait.
- **Pour les médecins** : La conduite recommandée devrait être offerte à la plupart des personnes. L'adoption de cette recommandation conformément à la ligne directrice pourrait servir de critère de qualité ou d'indicateur de rendement. Les outils décisionnels formels sont peu susceptibles d'aider les personnes à prendre des décisions concordant avec leurs valeurs et leurs préférences.
- **Pour les responsables des orientations politiques** : La recommandation peut être adaptée en tant que politique dans la plupart des cas, y compris comme indicateur de rendement.

Une recommandation conditionnelle indique ce qui suit :

- **Pour la patientèle** : La majeure partie de la patientèle dans les circonstances évoquées souhaiterait qu'on observe la conduite recommandée, mais plusieurs la refuseraient.
- **Pour les médecins** : Les médecins doivent reconnaître que différents choix seront appropriés selon les individus et aider chacun et chacune à prendre une décision thérapeutique concordant avec ses valeurs et ses préférences. Les outils décisionnels pourraient aider les personnes à prendre des décisions concordant avec leurs valeurs et préférences. Les médecins devraient s'attendre à consacrer plus de temps aux personnes au moment de la prise de décision.
- **Pour les responsables des orientations politiques** : Le choix des orientations politiques exigera des discussions et un engagement substantiels de la part de plusieurs parties prenantes. Les orientations politiques sont également plus susceptibles de varier selon les régions. Les indicateurs de rendement devraient préciser qu'une discussion adéquate sur les options thérapeutiques a eu lieu.

importantes de la consommation à risque élevé^{26,27}. Nous avons établi que la recommandation est forte compte tenu de la qualité des données probantes, du consensus de comité de rédaction de la ligne directrice, du rapport coût:efficacité, de l'efficacité de l'intervention brève et de l'absence de préjudices déclarés²².

Prise en charge du sevrage

Recommandation 5 : Les médecins devraient utiliser les paramètres cliniques, par exemple des antécédents de convulsions ou de delirium tremens, et l'échelle de prédiction du risque de syndrome de sevrage d'alcool compliqué PAWSS (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale) pour évaluer le risque de complications graves du sevrage de l'alcool et déterminer la façon appropriée d'en gérer les symptômes (recommandation forte, degré de certitude moyen des données probantes).

Il faut offrir aux personnes qui doivent (p. ex., hospitalisation ou incarcération) ou souhaitent parvenir à l'abstinence un soutien pour la prise en charge du sevrage, mais chez la plupart des personnes souffrant de TUA, le sevrage ne sera pas

compliqué²⁸. Par contre, il faudrait utiliser l'outil PAWSS²⁸ pour toutes les personnes atteintes de TUA, même si elles refusent une aide au sevrage, afin de les informer des risques d'un arrêt brusque de leur consommation d'alcool. Pour les personnes jugées à risque élevé de complications graves du sevrage, les risques d'un sevrage non supervisé peuvent menacer le pronostic vital¹⁶. Par conséquent, cette recommandation rappelle l'importance d'identifier les personnes exposées à un risque élevé de complications gravissimes, y compris de symptômes critiques du sevrage de l'alcool (p. ex., convulsions, delirium tremens), et d'employer une stratification du risque pour choisir les pharmacothérapies et le milieu de soins les plus appropriés pour la prise en charge du sevrage. Cette recommandation concernant le sevrage convient autant au milieu communautaire qu'aux milieux de soins de courte durée.

L'outil PAWSS a été validé en milieu hospitalier²⁸ pour évaluer le risque et des études l'ont jugé très fiable pour établir un risque élevé (rapport de vraisemblance 174, IC de 95% 43 à 696; spécificité 0,93 en présence de ≥ 4 critères PAWSS) contre faible (rapport

Conduite clinique pour le trouble d'utilisation de l'alcool

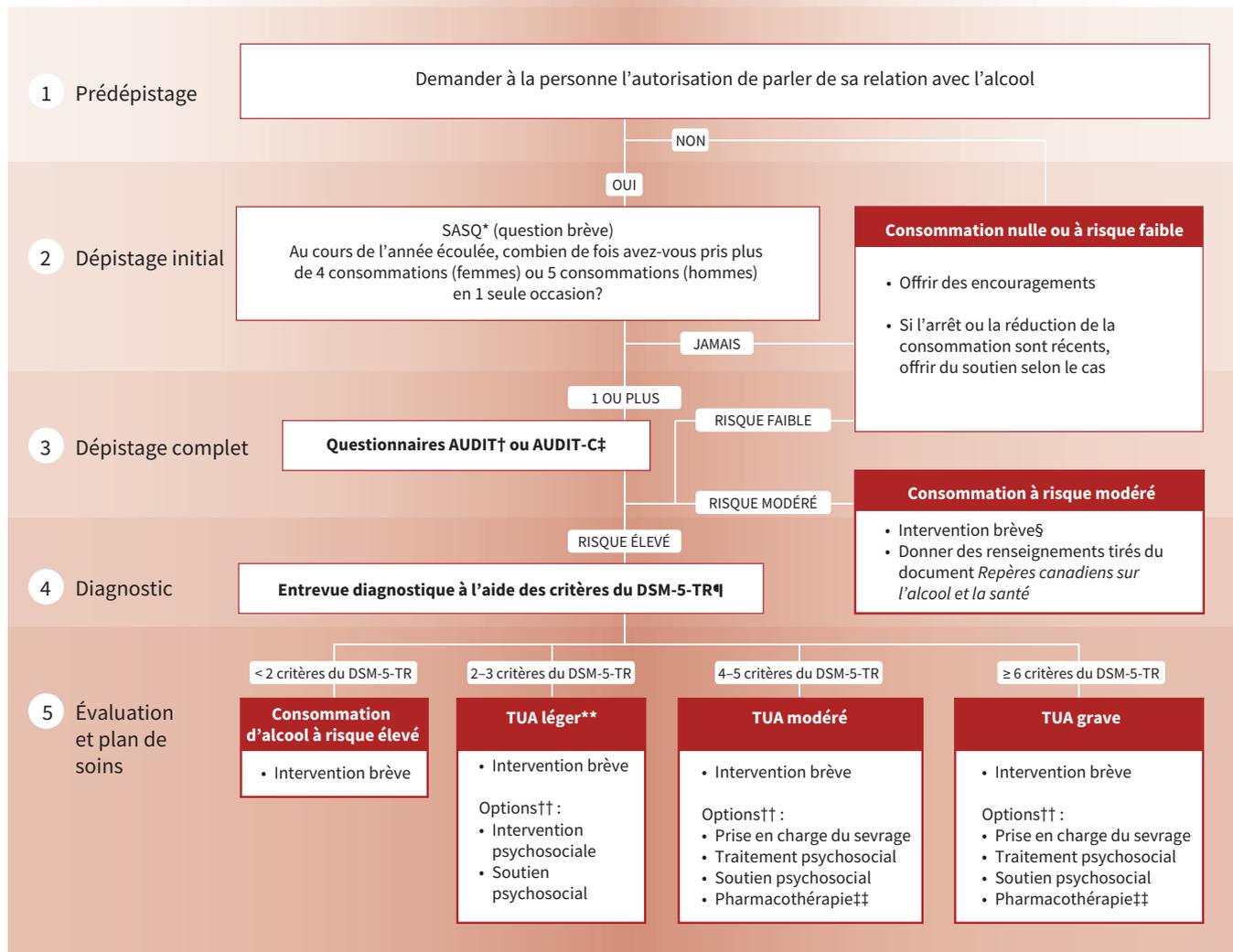


Figure 2 : Conduite clinique pour le trouble d'utilisation de l'alcool (TUA). Remarque : AUDIT = questionnaire d'évaluation de la consommation d'alcool (Alcohol Use Disorders Identification Test); AUDIT-C = AUDIT-Consumption, DSM-5-TR = *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition, texte révisé* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision*); SASQ = Question simple pour le dépistage de la consommation d'alcool (Single Alcohol Screening Question). *Voir la section A2.2 de l'annexe 1. †Voir l'encadré 10 de l'annexe 1. ‡Voir l'encadré 11 de l'annexe 1. §L'intervention brève repose sur un avis médical à propos des effets de l'alcool, des avantages d'en réduire la consommation et des stratégies pour y arriver². ¶Voir l'encadré 5 de l'annexe 1. **Autrefois appelé « trouble d'abus de l'alcool » dans le DSM-IV. ††Selon les objectifs et préférences de la patientèle. ‡‡Les pharmacothérapies de première intention sont la naltrexone et l'acamprostate.

de vraisemblance 0,07, IC de 95% 0,02 à 0,26; sensibilité 0,99 en présence de ≤ 3 critères PAWSS) de syndrome grave de sevrage de l'alcool¹⁶. Nous recommandons l'utilisation du score PAWSS pour déterminer quelles personnes devraient être prises en charge à l'hôpital plutôt qu'en consultation ambulatoire pour leur sevrage. On peut toutefois envisager une prise en charge à l'hôpital chez certaines personnes dont le score PAWSS est inférieur à 4 s'il y a des obstacles à leur prise en charge en milieu communautaire ou si elles ont des antécédents de sevrage compliqué¹⁶.

La section 4 de l'annexe 1 présente en détail diverses stratégies de prise en charge du sevrage, y compris par suppléments de thiamine et pharmacothérapie, adaptées aux milieux de soins

ambulatoires (p. ex., centres de soins primaires) et hospitaliers; elles sont résumées à la figure 3.

Nous avons établi que le degré de certitude des données probantes pour cette recommandation est moyen parce que l'outil PAWSS s'est révélé d'une grande fiabilité dans un petit nombre d'études prospectives auprès de populations limitées^{16,28}. Nous avons établi que cette recommandation est forte en raison du degré de certitude des données probantes, du consensus du comité de rédaction de la ligne directrice, du rapport coût:efficacité, de l'applicabilité de l'outil PAWSS dans les milieux cliniques et de l'utilité de la stratification du risque pour orienter les plans de soins¹⁶.

Prise en charge du sevrage pour le trouble d'utilisation de l'alcool

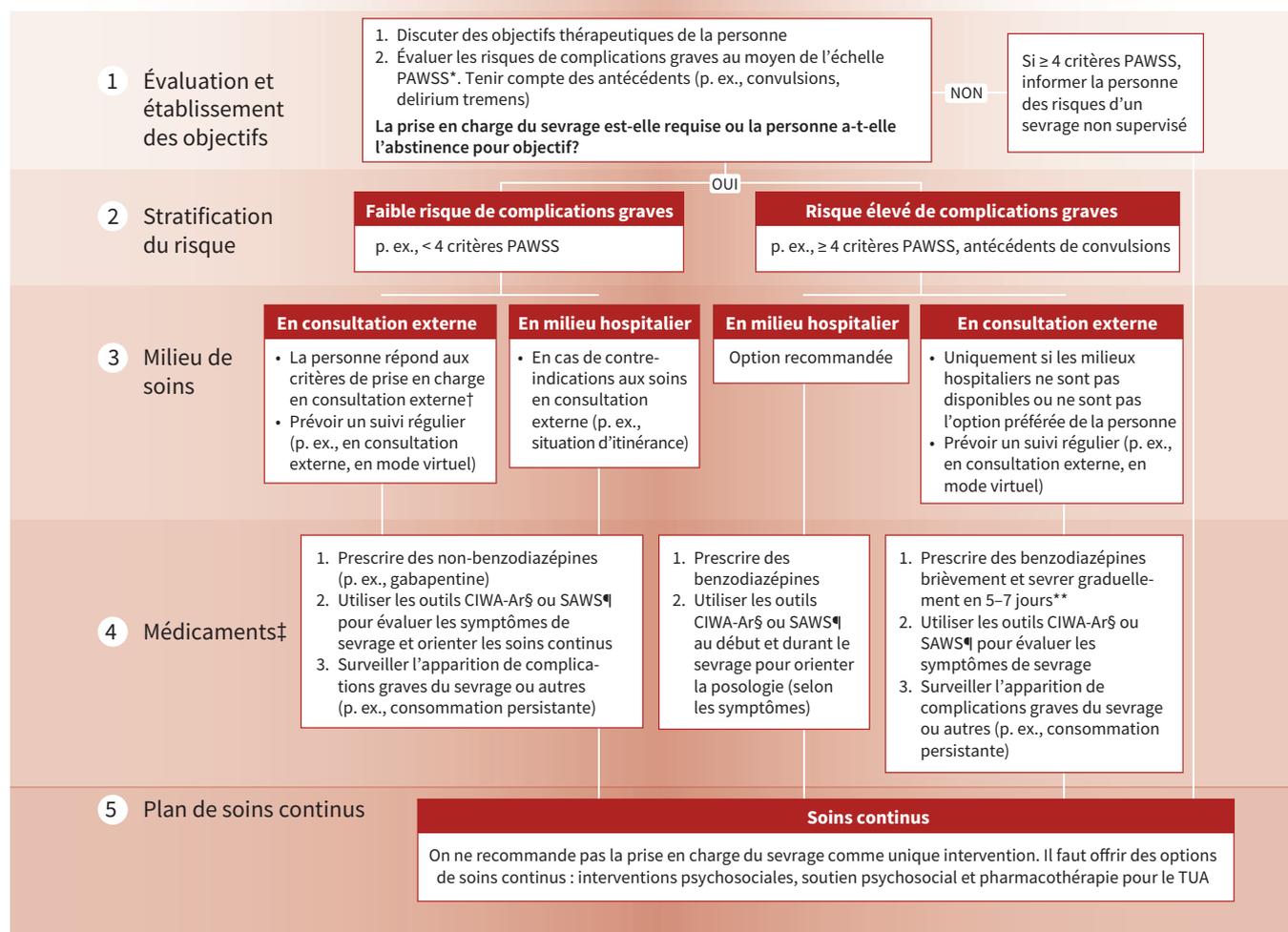


Figure 3 : Prise en charge du sevrage pour le trouble d'utilisation de l'alcool. Remarque : CIWA-Ar = Institut clinique d'évaluation du sevrage de l'alcool — révisé (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised), PAWSS = échelle de prédiction du risque de syndrome de sevrage d'alcool compliqué (Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale), SAWS = échelle d'évaluation du sevrage de l'alcool (Short Alcohol Withdrawal Scale), TUA = trouble d'utilisation de l'alcool. *Voir l'encadré 16 de l'annexe 1. †Voir l'encadré 7 de l'annexe 1. ‡Proposer la thiamine orale (200 mg/j) avant et durant la prise en charge du sevrage. En cours d'hospitalisation, offrir la thiamine parentérale (200–300 mg/j) pendant au moins 5 jours chez les personnes soupçonnées de souffrir d'une encéphalopathie de Wernicke, d'une maladie du foie décompensée ou exposées à un risque de dénutrition, suivie de thiamine orale. §Voir l'encadré 14 de l'annexe 1. ¶Voir l'encadré 15 de l'annexe 1. **Prescription type pour des symptômes de sevrage graves : diazépam 10 mg de 2–4 fois par jour (des jours 1–3), 5 mg de 2–4 fois par jour (aux jours 4 et 5), puis réévaluation aux jours 6 et 7. Ajuster la dose quotidiennement selon les symptômes et envisager de servir le médicament quotidiennement ou de l'offrir en emballage alvéolé.

Traitement et soins continus

Intervention psychosociale

Recommandation 9 : Il faut renseigner les adultes et les jeunes souffrant d'un TUA de modéré à grave et les orienter vers des interventions psychosociales prodiguées par des spécialistes dans la communauté (recommandation forte, degré de certitude moyen des données probantes).

Il existe divers types d'interventions psychosociales efficaces pour le TUA; on les passe en revue à la section 5 de l'annexe 1. Selon la recherche, la thérapie cognitivo-comportementale et

la thérapie familiale exercent des effets positifs de légers à moyens sur l'issue du TUA^{29,30}. Par exemple, comparativement au traitement individuel, la thérapie familiale a entraîné un plus grand nombre de jours d'abstinence ou de consommation modérée de substances psychoactives lors d'un suivi de 12 mois (*g* de Hedge = 0,47, IC de 95 % 0,34 à 0,61 [effet de taille moyenne])³⁰. Ces modalités thérapeutiques sont offertes par des spécialistes, ce qui signifie qu'il faut un apprentissage ou une formation spécifiques pour les offrir. Cette recommandation convient aux milieux des soins de courte durée et communautaires puisque les demandes de consultation peuvent être bénéfiques dans les 2 cas.

Nous avons établi que le degré de certitude des données probantes pour cette recommandation est moyen à partir de plusieurs méta-analyses et essais cliniques randomisés et contrôlés (ERC) qui ont démontré l'effet minime à modéré des interventions thérapeutiques psychosociales sur divers paramètres liés à la consommation d'alcool^{16,28}. Nous avons établi que cette recommandation est forte compte tenu du degré de certitude des données probantes, du consensus du comité de rédaction de la ligne directrice, de l'efficacité des interventions thérapeutiques psychosociales et de leur rapport risques:avantages potentiels.

Pharmacothérapie

Recommandation 10 : Il faut offrir aux adultes atteints d'un TUA de modéré à grave la naltrexone ou l'acamprosate comme pharmacothérapie de première intention pour faciliter l'atteinte des objectifs thérapeutiques (fixés par la personne concernée) (recommandation forte, degré de certitude élevé des données probantes).

Comme modalité d'appoint aux interventions psychosociales en soins primaires, une recommandation clé consiste à offrir aussi aux adultes atteints d'un TUA de modéré à grave une pharmacothérapie par naltrexone ou acamprosate en première intention dans le but de faciliter l'atteinte de leurs objectifs thérapeutiques et de respecter leurs préférences (tableau 3). À la section 6.1 de l'annexe 1, on trouve des détails sur les objectifs thérapeutiques centrés sur la personne.

La naltrexone est recommandée chez les adultes qui ont comme objectif thérapeutique soit l'abstinence soit une réduction de leur consommation d'alcool, et le nombre estimé de sujets à traiter pour prévenir un retour à une forte consommation est de 12 (IC de 95 % 8 à 26)¹⁸. L'acamprosate est aussi recommandé chez les personnes qui ont pour objectif thérapeutique l'abstinence, et le nombre estimé de sujets à traiter pour prévenir un retour à une consommation quelle qu'elle soit est de 12 (IC de 95 % 8 à 26)¹⁸. Les 2 médicaments reposent sur un corpus de données probantes de grande qualité et bien établi aux chapitres de l'innocuité et de l'efficacité pour le TUA chez l'adulte^{18,19}. La naltrexone est contre-indiquée chez les personnes qui prennent un traitement continu aux opiacés et celles qui souffrent d'hépatite aiguë. Les effets indésirables fréquents incluent les nausées, les étourdissements et la fatigue et sont généralement temporaires¹⁸.

Le traitement des jeunes repose souvent au début sur des interventions psychosociales seulement puisque l'innocuité et l'efficacité de la plupart des médicaments pour le TUA n'ont pas encore été étudiées chez cette population. Toutefois, le comité pour la rédaction de la ligne directrice suggère d'offrir la naltrexone et l'acamprosate aux jeunes pour le traitement d'un TUA de modéré à grave au cas par cas.

Nous avons établi que le degré de certitude des données probantes pour cette recommandation est élevé à partir de multiples revues systématiques indiquant que la naltrexone permet de réduire la consommation d'alcool et de maintenir l'abstinence, et que l'acamprosate permet de maintenir l'abstinence¹⁸. Nous avons établi que cette recommandation est forte compte

tenu de la qualité des données probantes, du consensus du comité de rédaction de la ligne directrice, du rapport coût:efficacité et de l'efficacité de la naltrexone et de l'acamprosate.

D'autres stratégies pharmacothérapeutiques recommandées, y compris des médicaments utilisés hors indication (tels que la gabapentine et le topiramate), sont résumées au tableau 3. Les revues des données probantes pour ces pharmacothérapies et autres (p. ex., disulfiram) se trouvent à la section 6 de l'annexe 1.

En plus de réduire la consommation d'alcool, les pharmacothérapies confèreraient des avantages à long terme pour la santé. Une étude de cohorte rétrospective de 2022 regroupant plus de 9600 personnes atteintes de TUA suivies pendant 9 ans a révélé que plusieurs pharmacothérapies pour le TUA étaient associées à une incidence moindre de maladies hépatiques liées à la consommation d'alcool et de décompensation hépatique chez les personnes atteintes de cirrhose³¹. Ces conclusions concordent avec celles d'une méta-analyse qui a démontré l'incidence majeure d'une réduction de l'exposition à l'alcool sur la diminution du risque de mortalité chez les personnes atteintes de TUA³².

Les données probantes tirées de la recherche sont insuffisantes pour qu'on puisse établir la durée optimale de la pharmacothérapie pour le TUA. Le comité de rédaction de la ligne directrice suggère une durée minimale de 6 mois, après quoi on peut réévaluer l'utilité de maintenir le traitement. Même si la plupart des pharmacothérapies pour le TUA sont prescrites en milieu communautaire, cette recommandation convient aussi au milieu des soins de courte durée, comme les établissements pour la prise en charge du sevrage et autres centres de soins de courte durée fréquentés par les personnes souffrant de TUA. Les pharmacothérapies efficaces doivent être assorties d'interventions et de traitements psychosociaux fondés sur des données probantes dans la mesure du possible et adaptés aux objectifs des personnes.

Recommandation 12 : Les antipsychotiques et les antidépresseurs de type inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont contre-indiqués chez les adultes et les jeunes pour le traitement du TUA (recommandation forte, degré de certitude moyen des données probantes).

Recommandation 13 : Il n'est pas recommandé de prescrire des antidépresseurs de type ISRS aux adultes et aux jeunes atteints concomitamment de TUA et de troubles anxieux ou dépressifs (recommandation forte, degré de certitude moyen des données probantes).

Dès le début du processus d'élaboration de la ligne directrice, le comité a constaté que la polypharmacie était fréquente chez les personnes atteintes de TUA et qu'on leur offrait de routine des pharmacothérapies susceptibles d'être inefficaces, voire d'aggraver leur TUA¹⁰. Par exemple, les antidépresseurs récents (y compris les ISRS et la trazodone), de même que les antipsychotiques (tels que la quétiapine) sont largement prescrits aux personnes atteintes de TUA — souvent pour traiter des symptômes attribuables à ce dernier¹⁰. Or, selon des méta-analyses d'ERC, ces agents ont peu d'effets positifs sur le TUA (p. ex.,

Tableau 3 : Pharmacothérapie pour le trouble d'utilisation de l'alcool*†

Caractéristique	Options de première intention		Options de seconde intention	
	Naltrexone	Acamprosate	Topiramate	Gabapentine
Efficacité	NST pour prévenir le retour à une forte consommation 12 (IC de 95 % 8 à 26) ¹⁸ NST pour prévenir le retour à toute consommation 20 (IC de 95 % 11 à 500) ¹⁸ Réduction de l'envie irrésistible de consommer (g de Hedge = 0,144 [petite taille de l'effet], IC de 95 % 0,045 à 0,244) ¹⁹	NST pour prévenir le retour à toute consommation 12 (IC de 95 % 8 à 26) ¹⁸ Nombre de jours d'abstinence supplémentaires 11 (IC de 95 % 5,08 à 16,81) ²⁰	Diminution de 9,0 % (IC de 95 % -15,3 % à -2,7 %) du nombre de jours de forte consommation ¹⁸ Diminution de 6,5 % (IC de 95 % -12,0 % à -1,0 %) du nombre de jours de consommation ¹⁸ A fait augmenter les chances de maintenir l'abstinence jusqu'à 12 mois (RC 1,88, IC de 95 % 1,06 à 3,34) ²¹	Diminution du % de jours de forte consommation (g de Hedge = 0,5478 [taille moyenne de l'effet], IC de 95 % 0,0145 à 1,0812) ²¹
Consommation concomitante d'alcool	Il est sécuritaire de débiter alors que la personne consomme encore, mais pourrait être plus efficace après la prise en charge du sevrage	Il est sécuritaire de débiter alors que la personne consomme encore, mais pourrait être plus efficace après la prise en charge du sevrage	Il est sécuritaire de débiter alors que la personne consomme encore	Il est sécuritaire de débiter alors que la personne consomme encore, mais pourrait être plus efficace si les personnes sont abstinentes pendant ≥ 3 jours
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> Hypersensibilité à la naltrexone Tout emploi concomitant d'opioïdes (prescrit ou non médical) Sevrage aigu des opioïdes Hépatite aiguë ou insuffisance hépatique 	<ul style="list-style-type: none"> Hypersensibilité à l'acamprosate Insuffisance rénale grave Allaitement 	<ul style="list-style-type: none"> Hypersensibilité au topiramate Grossesse ou planification de grossesse Glaucome à angle fermé Néphrolithiase 	Hypersensibilité à la gabapentine
Mises en garde	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance rénale Insuffisance hépatique grave Utilisation concomitante d'autres médicaments potentiellement hépatotoxiques Grossesse et allaitement† Personnes jeunes < 18 ans† 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance rénale modérée Personnes jeunes < 18 ans et personnes âgées > 65 ans† Grossesse 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation concomitante d'acide valproïque Maladies ou traitements prédisposant à l'acidose 	<ul style="list-style-type: none"> Insuffisance rénale Insuffisance rénale Personnes jeunes < 18 ans et personnes âgées > 65 ans† Utilisation concomitante d'opioïdes et autres déprimeurs du système nerveux central Insuffisance respiratoire Maladie neurologique ou atteinte cognitive
Effets indésirables	Nausées, céphalées et étourdissements Commencer par une dose faible ou l'abstinence peut réduire les effets indésirables	Diarrhée, vomissements et douleurs abdominales	Ralentissement psychomoteur, difficulté de concentration, d'élocution ou d'expression verbale, somnolence, fatigue et troubles de l'humeur Commencer par une dose faible et l'augmenter graduellement peut réduire les effets indésirables	Ataxie, troubles de l'élocution et somnolence
Posologie	Début : 25 mg/j pendant 3 jours Ajuster : jusqu'à 50 mg/j en l'espace de 2 semaines	2 comprimés de 333 mg 3 fois par jour	Ajuster : 2 comprimés de 50 mg 2 fois par jour échelonné sur plusieurs semaines, selon tolérance	Début : 100-300 mg 3 fois par jour Ajuster : au besoin jusqu'à concurrence de 1800 mg/j

Remarque : IC = intervalle de confiance, NST = nombre de sujets à traiter, RC = rapport des cotes.

*On dispose de données limitées à l'appui d'une pharmacothérapie d'association. On suggère d'abord l'essai de monothérapies. La durée suggérée est de 6 mois ou plus. Nous avons recueilli les renseignements sur les contre-indications, les mises en garde, les effets indésirables et la posologie à partir des essais cliniques cités et des monographies de produits approuvées par Santé Canada.

†L'innocuité et l'efficacité n'ont pas été clairement établies chez ces populations. Il est conseillé de procéder à une évaluation rigoureuse des avantages et des risques, d'obtenir le consentement entièrement éclairé des personnes et d'effectuer une surveillance plus fréquente.

aucune amélioration des symptômes de dépression avec les ISRS chez les personnes atteintes de TUA), même lors d'une utilisation conforme aux indications^{33,34}.

Fait à noter, une série de cas³⁵ et plusieurs ERC^{36,37} ont montré que certains agents sérotoninergiques pouvaient parfois aggraver le TUA. Par exemple, lors d'un volumineux ERC canadien regroupant des cas de TUA ($n = 265$) dont 60% souffraient concomitamment de dépression, le traitement par ISRS n'a pas soulagé plus que le placebo les symptômes de dépression lors du suivi après 12 semaines³⁶. Il est préoccupant de noter que le traitement par ISRS a été associé à un nombre plus élevé de jours de forte consommation et à une exacerbation des paramètres de consommation d'alcool comparativement au placebo³⁶. De même, un ERC à double insu sur la trazodone (un antidépresseur souvent utilisé hors indication pour l'insomnie associée à l'alcool) a montré qu'en comparaison avec le placebo, le groupe sous trazodone a consommé plus d'alcool, tant durant qu'après le traitement par trazodone³⁷. Ces observations au sujet de possibles augmentations de la consommation d'alcool chez certaines personnes à qui on prescrit des agents sérotoninergiques pourraient avoir une composante génétique³⁸ et concordent avec les conclusions de diverses expériences menées sur des rats de laboratoire³⁹ et d'essais randomisés sur les troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives^{40,41}.

En raison du risque d'accroissement de la consommation d'alcool, de l'absence de bienfaits selon les méta-analyses d'essais randomisés³⁴ et d'autres risques (p. ex., abaissement du seuil convulsif)⁴², nous déconseillons l'utilisation des antidépresseurs de type ISRS pour le traitement du TUA ou des troubles anxieux ou dépressifs qui accompagnent le TUA. Ces recommandations s'appliquent surtout au contexte de soins primaires extrahospitaliers où la majeure partie des antidépresseurs sont prescrits.

Des ERC sont arrivés à des constatations similaires quand des antipsychotiques étaient prescrits pour le TUA⁴³, et étant donné l'absence de bienfaits mentionnés dans les méta-analyses³³, nous émettons une mise en garde contre l'utilisation des antipsychotiques pour le TUA. Par exemple, lors d'un ERC à double insu avec témoins sous placebo d'une durée de 6 mois sur l'antipsychotique flupenthixol, parmi plus de 180 personnes atteintes de TUA, les personnes assignées à l'antipsychotique ont connu un taux de rechute plus élevé qu'avec le placebo⁴⁴. Même si les impulsions alimentaires et le risque d'augmentation du tabagisme sont reconnus depuis longtemps comme des effets indésirables des antipsychotiques, de nouvelles données laissent entendre qu'une exposition prolongée aux antipsychotiques pourrait exacerber l'envie de consommer d'autres substances psychoactives chez une partie des malades⁴⁵⁻⁴⁷.

Nous avons établi que le degré de certitude des données probantes pour ces 2 recommandations est moyen, à partir de 2 revues systématiques et de plusieurs ERC sur l'utilisation des antidépresseurs de type ISRS et des antipsychotiques chez les personnes atteintes de TUA sans troubles de santé mentale concomitants^{33,34}. Nous avons établi que ces recommandations sont fortes compte tenu du degré de certitude des données pro-

bantes, du consensus du comité de rédaction de la ligne directrice et des coûts et possibles préjudices connus. Pour plus de renseignements sur les données probantes à l'appui de nos recommandations, consultez la section 6.10 de l'annexe 1.

Même si ces recommandations s'appliquent à une majorité de cas de TUA, chez les personnes ayant des antécédents de troubles de santé mentale diagnostiqués et à qui le traitement par ISRS procure des bienfaits avérés, il faut envisager leur maintien à la condition d'exercer une surveillance étroite de la réponse clinique et des effets indésirables (p. ex., augmentation de la consommation d'alcool).

Il faudra des études plus approfondies sur les enjeux liés à la prescription des antidépresseurs, des antipsychotiques et des benzodiazépines pour la prise en charge du TUA; la présente ligne directrice n'aborde pas les maladies psychiatriques graves pour lesquelles ces médicaments sont indiqués et pourraient être appropriés (p. ex., antipsychotiques chez une personne atteinte de schizophrénie et de TUA). Toutefois, compte tenu des méta-analyses disponibles^{33,34}, nous déconseillons les pratiques de prescription courantes qui mènent souvent à la polypharmacie et procurent peu de bienfaits chez une majorité de personnes atteintes de TUA, alors que d'autres interventions pourraient être plus sécuritaires et efficaces.

Chez les personnes atteintes de graves problèmes de santé mentale concomitants, nous préconisons des consultations auprès de spécialistes qui ont une expertise appropriée pour une évaluation et une prise en charge fondées sur des données probantes. Nous insistons également sur la nécessité d'améliorer l'accès aux soins en santé mentale et en médecine des toxicomanies pour les personnes atteintes de TUA.

Recommandation 14 : Il ne faut pas prescrire de benzodiazépines en traitement continu pour le TUA (recommandation forte, degré de certitude élevé des données probantes).

Comme le traitement de courte durée par benzodiazépines s'est révélé bénéfique pour la prise en charge du sevrage de l'alcool, mais qu'il peut entraîner une dépendance⁴⁸, il a été démontré que des personnes atteintes de TUA peuvent se retrouver en traitement prolongé par benzodiazépines, avec les effets négatifs qui en découlent^{49,50}. C'est pourquoi, dans cette ligne directrice, nous rappelons qu'il faut limiter la durée des ordonnances de benzodiazépines chez les personnes atteintes de TUA pour faciliter la prise en charge du sevrage de l'alcool en présence d'un risque de problèmes graves liés au sevrage. Cette recommandation convient aux milieux de soins communautaires et aux milieux de soins de courte durée. Nous avons établi que le degré de certitude des données probantes pour cette recommandation est élevé à partir de multiples méta-analyses et ERC ayant montré les préjudices liés aux benzodiazépines, au risque de leur utilisation à des fins non médicales et aux effets et événements indésirables graves déclarés, tels que chutes et blessures^{49,50}. Nous avons établi que cette recommandation est forte compte tenu du consensus du comité de rédaction de la ligne directrice et des possibles préjudices connus des benzodiazépines chez les personnes atteintes ou non de TUA^{49,50}.

Méthodes

Un comité de direction a supervisé l'élaboration de la ligne directrice émanant de l'Initiative canadienne de recherche en abus de substances (ICRAS), un réseau national regroupant 5 centres régionaux canadiens (aussi appelés des « pôles »). Nous avons utilisé l'outil AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument II)⁵¹ pour nous assurer que les lignes directrices répondaient aux normes internationales de transparence, de qualité élevée et de rigueur méthodologique. L'élaboration de la ligne directrice s'est faite conformément au processus ADAPTE⁵² et s'est inspirée d'une ligne directrice britanno-colombienne existante⁵³. Nous avons utilisé l'outil GRADE¹⁵ pour classer les recommandations (encadré 3).

Les activités liées à l'élaboration de la ligne directrice ont bénéficié de l'appui d'une subvention du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada (2021-HQ-000066). La ligne directrice a aussi bénéficié de l'appui des Instituts de recherche en santé du Canada qui subventionnent l'ICRAS, et du Centre sur la toxicomanie de la Colombie-Britannique (British Columbia Centre on Substance Use) sous forme de soutien non financier. La ligne directrice a été rédigée entre décembre 2020 et juillet 2023.

Composition des groupes participants

Le comité de direction comprenait les coprésidents du Comité pour la rédaction de la ligne directrice canadienne sur les troubles d'utilisation de l'alcool (E.W., J.R.), une directrice de programme associée (J.W.G.R.), une gestionnaire de l'élaboration de la ligne directrice (N.G.), une coordonnatrice de la ligne directrice (A.H.) et 2 rédactrices médicales (J.B., K.H.).

Composé de 36 personnes, le comité interdisciplinaire de rédaction de la ligne directrice a été formé à la suite d'un appel lancé par les gestionnaires et les responsables de la recherche des pôles de l'ICRAS en décembre 2020. Le comité était représentatif de toutes les régions canadiennes et de différents champs d'expertise, dont la médecine des toxicomanies, la médecine familiale, la médecine fondée sur des données probantes, la santé mentale, le travail social, les soins infirmiers, la pharmacologie, les systèmes de soins axés sur le rétablissement, la gestion et les politiques en matière de soins de santé. De plus, le comité incluait 4 personnes s'identifiant comme Autochtones ou Métis et 11 personnes ayant ou ayant eu une expérience de la consommation d'alcool. Trois groupes de travail ont été formés pour se concentrer sur le dépistage, le diagnostic et les interventions brèves, la prise en charge du sevrage et les traitements et soins continus.

Sélection des thèmes prioritaires

Les principes généraux, le résumé, la portée et le contenu de la ligne directrice ont été approuvés par voie de consensus par le comité entier après discussion sur le contenu de la ligne directrice britanno-colombienne et intégration des suggestions des membres du comité. Une liste complète des questions de recherche et des critères d'inclusion et d'exclusion est accessible à la section A1.4 de l'annexe 1.

Revue de la documentation et évaluation de la qualité des études

Nous avons procédé à une mise à jour de l'interrogation systématique de la documentation en septembre 2020 à partir des stratégies de recherche utilisées pour la ligne directrice sur le TUA de la Colombie-Britannique⁵³. En bref, une personne a été engagée sous contrat pour procéder aux interrogations de la documentation dans les bases de données suivantes : MEDLINE, Embase, Base de données Cochrane des revues systématiques et Registre central Cochrane des essais contrôlés par le biais d'Ovid; et CINAHL et PsycINFO par l'entremise d'EBSCOHost. Nous n'avons retenu que les nouveaux résultats non inclus dans la ligne directrice sur le TUA de la Colombie-Britannique. Deux rédactrices médicales attachées au personnel (dont J.B.) ont passé en revue et identifié de manière indépendante les études admissibles. Les désaccords entre les personnes faisant la revue des études individuelles pour inclusion ou exclusion ont été résolus par voie de discussion. Une examinatrice chevronnée (J.B.) a utilisé des outils d'évaluation validés (p. ex., AMSTAR-2 [A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews, version 2], l'outil Cochrane d'évaluation des risques de biais et la liste de vérification Downs et Black) pour établir la qualité des études⁵⁴. Nous avons aussi procédé à une interrogation ciblée en mai 2022 pour les questions liées à la polypharmacie dans les cas de TUA.

Élaboration des recommandations

Nous avons mis à jour les sommaires des données probantes de la ligne directrice sur le TUA de la Colombie-Britannique⁵³ à la lumière des articles plus récents et nous les avons distribués aux groupes de travail concernés. Chaque groupe de travail a déterminé par voie de consensus si les recommandations devaient être acceptées telles quelles, modifiées ou retirées. Pour ce faire, les groupes de travail ont échangé par courriel et vidéoconférence entre décembre 2020 et décembre 2022.

Après que les groupes de travail aient approuvé le libellé et la classification des recommandations, ainsi que les textes appuyant leurs sections respectives, nous les avons compilés et distribués au comité entier pour examen. Le comité s'est ensuite réuni en décembre 2022 pour discuter des commentaires que nous avons alors intégrés dans une version révisée. Le comité a approuvé les révisions par voie de consensus avant de soumettre le document à une revue externe.

Revue externe

Nous avons distribué cette version de la ligne directrice pour examen et commentaires à 13 parties prenantes et spécialistes concernés au Canada et à l'étranger en janvier 2023. Les champs d'expertise des responsables de la revue externe incluaient médecine des toxicomanies, psychiatrie, psychologie, médecine fondée sur des données probantes et santé autochtone. Toutes ces personnes ont répondu à un questionnaire de vérification des intérêts concurrents avant d'effectuer le travail. Une rédactrice médicale attachée au personnel (K.H.) a intégré les commentaires de la revue externe (notamment clarifier la validation des outils de dépistage, insister davantage sur les interventions psychosociales et leur description, et

présenter les recommandations plus clairement) dans une version révisée de la ligne directrice. Nous avons ensuite de nouveau acheminé le document final au comité entier pour examen définitif, commentaires et approbation par voie de consensus. La composition du comité de revue externe est présentée à l'annexe 1, Auteurs et collaborateurs.

Gestion des intérêts concurrents

Conformément aux principes de divulgation des intérêts et de gestion des conflits dans le processus de rédaction des lignes directrices (Principles for Disclosure of Interests and Management of Conflicts in Guidelines) du Réseau international des lignes directrices (Guidelines International Network)⁵⁵, les membres du comité ont dû divulguer leurs intérêts concurrents en novembre 2020 et en mai 2023. L'arbitre des décisions relatives aux intérêts concurrents pour la ligne directrice (N.G., avec l'aide des coprésidents) a jugé qu'aucun des conflits d'intérêts directs ou indirects potentiels n'était suffisamment pertinent ou n'avait suffisamment de poids pour justifier une exclusion. En bref, aucun membre du comité n'a fait état d'un soutien direct, monétaire ou autre, provenant de l'industrie de l'alcool ou de l'industrie pharmaceutique au cours des 5 années écoulées ou de revenus cliniques susceptibles d'être influencés par les recommandations de la ligne directrice.

Pour atténuer tout risque de biais réel, potentiel ou perçu, un membre du comité ayant divulgué un intérêt concurrent direct potentiel (emploi dans un centre de traitement des toxicomanies) a été exclu du vote sur les recommandations concernées. De plus, 15 personnes ont dévoilé des intérêts particuliers en lien avec la ligne directrice, en raison d'une expertise spécifique, d'une expérience clinique, d'un rôle consultatif auprès d'organismes à but non lucratif ou communautaires ou d'intérêts de recherche et de publications, mais l'arbitre des décisions relatives aux intérêts concurrents n'a pas jugé qu'ils justifiaient leur exclusion des activités du comité.

Mise en œuvre

L'émission de cette ligne directrice suit la publication récente du document *Repères canadiens sur l'alcool et la santé*² et il est à espérer que ces 2 lignes directrices permettront ensemble de lutter globalement contre les méfaits de l'alcool au Canada. Dans la plupart des régions du Canada, le manque de ressources pour soigner les troubles liés aux toxicomanies, de même que l'absence de lignes directrices globales, provinciales ou nationales, a probablement retardé l'adoption des traitements fondés sur des données probantes pour le TUA.

Les responsables des orientations politiques nationales et régionales en matière de santé peuvent substantiellement améliorer les normes de soins en faisant la promotion de cette ligne directrice et de ses recommandations. Un exemple de geste politique qui aiderait les professions de la santé à proposer des médicaments sur une base de données probantes serait de favoriser l'inscription de tous les médicaments pour le TUA sur les listes régionales plutôt que de les offrir sur autorisation spéciale.

Avec les ressources disponibles, l'ICRAS adopte une stratégie d'application des connaissances pour sensibiliser les protagonistes en soins primaires, ce qui inclut un suivi de l'adoption des lignes directrices. Néanmoins, les responsables des orientations politiques devront accorder une attention aux investissements requis pour abolir certains obstacles structurels (p. ex., le manque de formation en médecine des toxicomanies)⁷. Les efforts de mise en œuvre devraient aussi inclure des points d'accès facile étant donné que de nombreux obstacles se dressent devant les personnes qui souffrent de TUA pour accéder au système de soins de santé traditionnel, particulièrement dans les communautés marginalisées.

Les données sur la lutte contre la consommation d'alcool à risque élevé et le TUA continuent d'évoluer et cette ligne directrice sera mise à jour périodiquement à mesure que de nouvelles connaissances se feront jour.

Autres lignes directrices

Plusieurs lignes directrices sur la prise en charge de la consommation d'alcool à risque élevé et du TUA ont été publiées au cours des 5 dernières années (tableau 4). En général, nos recommandations concordent avec ces lignes directrices. Une différence notable, par contre, est que notre ligne directrice concerne l'approche thérapeutique globale, y compris les enjeux liés à la polypharmacie et à l'usage courant de médicaments dont les bienfaits reposent sur peu de données probantes.

Connaissances à parfaire

Fait à noter, l'évaluation des approches au bien-être traditionnellement utilisées par les communautés autochtones est déficiente. On déplore donc le peu d'articles publiés sur ces approches et sur d'autres populations. De plus, les études sur des interventions psychosociales n'ont pas été rigoureuses dans leurs procédés, leur durée ou les paramètres mesurés. Ainsi, il est difficile de déterminer quelles sont les stratégies et les durées optimales. De même, certaines populations à risque (p. ex., populations carcérales) et les approches communautaires (p. ex., traitement en résidence) n'ont pas suffisamment fait l'objet de recherches ou d'ERC.

Pour la plupart des essais cliniques, la taille des échantillons est relativement petite, leur durée est brève (p. ex., 8 semaines) et des paramètres cliniquement pertinents ont souvent été ignorés. Par exemple, dans une revue systématique d'ERC par placebo sur des ISRS pour la dépression faisant état d'un suivi de durée moyenne, les auteurs ont voulu mesurer l'incidence du traitement par ISRS sur le nombre de jours de forte consommation et ont constaté que moins de 10% des essais faisaient état de la consommation d'alcool⁶¹. Même si les conclusions sont relativement concordantes d'un essai à l'autre sur la naltrexone et l'acamprosate¹⁸, les études sur les ISRS sont très hétérogènes, potentiellement en raison de biais sous-jacents décrits ailleurs⁶². En outre, étant donné que les médicaments seuls sont peu susceptibles d'être efficaces dans bien des cas de TUA, le rôle des agents d'usage courant (p. ex., naltrexone, ISRS) dans une possible

Tableau 4 : Autres lignes directrices nationales et internationales sélectionnées concernant la consommation d'alcool, la consommation d'alcool à risque élevé et le trouble d'utilisation de l'alcool publiées au cours des 5 dernières années

Organisme et titre	Année	Pays	Résumé	Différences clés avec notre ligne directrice
Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances : <i>Repères canadiens sur l'alcool et la santé</i> ²	2023	Canada	Ce guide se fonde sur les recherches les plus récentes concernant les risques liés à la consommation d'alcool et remplace le document <i>Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada</i> publié en 2011.	Notre ligne directrice formule des recommandations pour la durée entière du traitement, y compris le dépistage, le diagnostic, la gestion du sevrage et le traitement continu.
Association américaine de psychiatrie : Lignes directrices de pratique pour le traitement pharmacologique du trouble d'utilisation de l'alcool (Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients with Alcohol Use Disorder) ⁵⁶	2018	États-Unis	Cette ligne directrice porte sur les traitements pharmacologiques du TUA, mais inclut aussi des énoncés en lien avec l'évaluation du TUA et la planification du traitement.	Notre ligne directrice formule des recommandations pour la durée entière du traitement et des stratégies pharmacothérapeutiques à jour, y l'enjeu des agents utilisés hors indication procurant ou non des bienfaits éprouvés, de même que le risque de polypharmacie et les médicaments à éviter.
Société américaine de médecine des toxicomanies : Ligne directrice de pratique clinique de l'ASAM pour la prise en charge du sevrage de l'alcool (ASAM Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management) ⁵⁷	2020	États-Unis	Cette ligne directrice fournit des renseignements à jour concernant les stratégies et normes de soins fondées sur des données probantes pour la prise en charge du sevrage de l'alcool chez les malades en milieu ambulatoire et hospitalier.	Notre ligne directrice formule des recommandations pour la durée entière du traitement, y compris le dépistage, le diagnostic, la gestion du sevrage et le traitement continu.
Gouvernement australien : Lignes directrices pour le traitement des problèmes d'alcool (The Guidelines for the Treatment of Alcohol Problems) ⁵⁸	2021	Australie	Il s'agit de la quatrième édition d'une ligne directrice à l'intention de la médecine de soins primaires et de spécialité comportant des recommandations fondées sur des données probantes pour le dépistage, une intervention brève, la prise en charge du sevrage, les interventions psychosociales et les pharmacothérapies. Elle inclut des chapitres sur les jeunes, les enjeux liés au genre, les personnes enceintes et allaitantes, les adultes âgés, les populations autochtones et autres.	Notre ligne directrice propose des stratégies de pharmacothérapie à jour, y compris les médicaments à éviter.
Gouvernement et Conseil national australiens de la santé et de la recherche médicale : Lignes directrices australiennes pour la réduction des risques sanitaires liés à la consommation d'alcool (Australian Guidelines to Reduce Health Risks from Drinking Alcohol) ⁵⁹	2020	Australie	Cette ligne directrice propose des recommandations pour la réduction des risques pour la santé associés à la consommation d'alcool chez les adultes, les personnes enceintes et allaitantes et les personnes de moins de 18 ans.	Notre ligne directrice formule des recommandations pour la durée entière du traitement, y compris le dépistage, le diagnostic, la gestion du sevrage et le traitement continu.
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées : Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées ⁶⁰	2019	Canada	Cette ligne directrice fournit une orientation pour les médecins relativement à la prévention, au dépistage, à l'évaluation et au traitement du TUA chez les personnes âgées (≥ 65 ans).	Notre ligne directrice est adaptée aux populations jeune (11-25 ans) et adulte. Elle n'inclut pas de recommandations sur la prévention du TUA. Elle inclut des conseils à jour inspirés du document <i>Repères canadiens sur l'alcool et la santé</i> .
Remarque : TUA = trouble d'utilisation de l'alcool.				

augmentation de la consommation d'alcool ou un désintérêt pour les interventions psychosociales mérite également que l'on s'y attarde davantage^{63,64}.

En terminant, même si selon les méta-analyses, certaines psychothérapies ou certains médicaments pour lutter contre les envies irrépessibles de consommer reposent sur de bonnes données probantes axées sur des paramètres substitués (p. ex., prévention, retour à la consommation d'alcool)¹⁸, un moins grand nombre d'études incluent des paramètres de santé cliniquement importants à plus long terme (p. ex., morbidité, mortalité).

Limites

Le processus d'élaboration de la ligne directrice a été limité par la durée de l'intervalle entre l'interrogation initiale de la documentation (septembre 2020) et la publication. Toutefois, les commentaires du comité et des personnes chargées de la revue ont suscité des interrogations ciblées de la documentation qui ont permis de mettre au jour des données plus récentes dont le document tient compte. De plus, une seule personne était chargée d'évaluer la qualité des études incluses.

Fait à noter, la portée ne prévoyait pas une orientation globale sur les TUA compliqués de toxicomanies concomitantes ou de graves problèmes de santé mentale. Dans de tels cas, nous suggérons de consulter en médecine de spécialité. Finalement, même si nous avons formé un comité pour identifier et combler les besoins des équipes de soins primaires et tenir compte des besoins et des points de vue plus vastes des personnes affectées par une consommation d'alcool à risque élevé ou un TUA, certains groupes, dont les populations immigrantes et réfugiées, n'ont pas été représentés.

Conclusion

Étant donné que les approches thérapeutiques fondées sur des données probantes pour la consommation d'alcool à risque élevé et le TUA au Canada sont nettement sous-utilisées, notre ligne directrice insiste sur un meilleur accès à une gamme complète de traitements fondés sur des données probantes, y compris les pharmacothérapies pour le TUA (p. ex., naltrexone, acamprosate) et sur des interventions psychosociales et en santé mentale, tout en s'opposant à l'utilisation fréquente de certains médicaments d'ordonnance et d'autres mesures inefficaces et potentiellement nuisibles. Le but de cette ligne directrice est d'appuyer les médecins et les centres de soins primaires pour qu'ils offrent d'emblée des traitements plus efficaces aux personnes souffrant de TUA comme norme de pratique dans le but d'améliorer la santé et de générer des économies potentiellement considérables pour les systèmes de santé et de services sociaux.

Références

- Pearson C, Janz T, Ali J. *Mental and substance use disorders in Canada*. Ottawa: Health at a Glance — Statistics Canada; 2015. Cat. no. 82-624-X. Accessible ici : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/11855-eng.htm> (consulté le 10 mai 2023).
- Paradis C, Butt P, Shield K, et al. Canada's guidance on alcohol and health: final report. Ottawa: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2023. Accessible ici : https://ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Canadas_Guidance_on_Alcohol_and_Health_Final_Report_en.pdf (consulté le 10 mai 2023).
- World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2021. Accessible ici : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342703/9789240027053-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (consulté le 10 mai 2023).
- 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. *Lancet Public Health* 2020;5:e51-61.
- Rehm J, Mathers C, Popova S, et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009;373:2223-33.
- 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:e0257025.
- Wood E, Samet JH, Volkow ND. Physician education in addiction medicine. *JAMA* 2013;310:1673-4.
- Spithoff S, Turner S, Gomes T, et al. First-line medications for alcohol use disorders among public drug plan beneficiaries in Ontario. *Can Fam Physician* 2017;63:e277-83.
- Kranzler HR, Soyka M. Diagnosis and pharmacotherapy of alcohol use disorder: a review. *JAMA* 2018;320:815-24.
- Chick J. Unhelpful prescribing in alcohol use disorder: risk and averting risk. *Alcohol Alcohol* 2019;54:1-4.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. 5th ed., text revision. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2022.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, et al. *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*. 2^e éd. Geneva: World Health Organization (WHO) Department of Mental Health and Substance Dependence; 2001. Accessible ici : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf (consulté le 7 avr. 2020).
- Lange S, Shield K, Monteiro M, et al. Facilitating screening and brief interventions in primary care: a systematic review and meta-analysis of the AUDIT as an indicator of alcohol use disorders. *Alcohol Clin Exp Res* 2019;43:2028-37.
- Reinert DF, Allen JP. The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31:185-99.
- Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336:924-6.
- 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;320:825-33.
- 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. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. Accessible ici : <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/home/getfileby-token/h6SEK5cYmTKRECLtj3QxyA> (consulté le 10 mai 2023).
- Jonas DE, Amick HR, Feltner C, et al. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2014;311:1889-900.
- Maisel NC, Blodgett JC, Wilbourne PL, et al. Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: When are these medications most helpful? *Addiction* 2013;108:275-93.
- Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, et al. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(9):CD004332.
- Cheng HY, 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.
- US Preventive Services Task Force; 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;320:1899-909.
- Kelly SM, Gryczynski J, Mitchell SG, et al. Validity of brief screening instrument for adolescent tobacco, alcohol, and drug use. *Pediatrics* 2014;133:819-26.
- 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;33:335-46.
- Wakefield JC. DSM-5 substance use disorder: how conceptual missteps weakened the foundations of the addictive disorders field. *Acta Psychiatr Scand* 2015;132:327-34.

26. Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;2(2):CD004148.
27. 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. *BMJ Open* 2016;6:e011473.
28. 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;50:509-18.
29. 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;87:1093-105.
30. Meis LA, Griffin JM, Greer N, et al. Couple and family involvement in adult mental health treatment: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2013;33:275-86.
31. Vannier AGL, Shay JES, Fomin V, et al. Incidence and progression of alcohol-associated liver disease after medical therapy for alcohol use disorder. *JAMA Netw Open* 2022;5:e2213014.
32. Roerecke M, Gual A, Rehm J. Reduction of alcohol consumption and subsequent mortality in alcohol use disorders: systematic review and meta-analyses. *J Clin Psychiatry* 2013;74:e1181-9.
33. Kishi T, Sevy S, Chekuri R, et al. Antipsychotics for primary alcohol dependence: a systematic review and meta-analysis of placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry* 2013;74:e642-54.
34. Stokes PRA, Jokinen T, Amawi S, et al. Pharmacological treatment of mood disorders and comorbid addictions: a systematic review and meta-analysis. *Can J Psychiatry* 2020;65:749-69.
35. Brookwell L, Hogan C, Healy D, et al. Ninety-three cases of alcohol dependence following SSRI treatment. *Int J Risk Saf Med* 2014;26:99-107.
36. Charney DA, Heath LM, Zikos E, et al. Poorer drinking outcomes with citalopram treatment for alcohol dependence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res* 2015;39:1756-65.
37. Friedmann PD, Rose JS, Swift R, et al. Trazodone for sleep disturbance after alcohol detoxification: a double-blind, placebo-controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res* 2008;32:1652-60.
38. Kranzler HR, Armeli S, Tennen H, et al. A double-blind, randomized trial of sertraline for alcohol dependence: moderation by age of onset and 5-hydroxytryptamine transporter-linked promoter region genotype. *J Clin Psychopharmacol* 2011;31:22-30.
39. Alén F, Orío L, Gorriti M, et al. Increased alcohol consumption in rats after sub-chronic antidepressant treatment. *Int J Neuropsychopharmacol* 2013;16:1809-18.
40. 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;108:1084-94.
41. Zorick T, Sugar CA, Helleman G, et al. Poor response to sertraline in methamphetamine dependence is associated with sustained craving for methamphetamine. *Drug Alcohol Depend* 2011;118:500-3.
42. Carvalho AF, Sharma MS, Brunoni AR, et al. The safety, tolerability and risks associated with the use of newer generation antidepressant drugs: a critical review of the literature. *Psychother Psychosom* 2016;85:270-88.
43. Bender S, Scherbaum N, Soyka M, et al. The efficacy of the dopamine D2/D3 antagonist tiapride in maintaining abstinence: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in 299 alcohol-dependent patients. *Int J Neuropsychopharmacol* 2007;10:653-60.
44. Wiesbeck GA, Weijers HG, Lesch OM, et al. Flupenthixol decanoate and relapse prevention in alcoholics: results from a placebo-controlled study. *Alcohol Alcohol* 2001;36:329-34.
45. Cooper ZD, Foltin RW, Hart CL, et al. A human laboratory study investigating the effects of quetiapine on marijuana withdrawal and relapse in daily marijuana smokers. *Addict Biol* 2013;18:993-1002.
46. Caskey NH, Jarvik ME, Wirshing WC, et al. Modulating tobacco smoking rates by dopaminergic stimulation and blockade. *Nicotine Tob Res* 2002;4:259-66.
47. Samaha AN. Can antipsychotic treatment contribute to drug addiction in schizophrenia? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2014;52:9-16.
48. Soyka M. Treatment of benzodiazepine dependence. *N Engl J Med* 2017;376:1147-57.
49. Lopez E, Jeanne G, Lefort LH, et al. Characterization of benzodiazepine misuse and comorbidities in patients with alcohol use disorder. *Fundam Clin Pharmacol* 2021;35:1133-40.
50. Manthey L, Lohbeck M, Giltay EJ, et al. Correlates of benzodiazepine dependence in the Netherlands Study of Depression and Anxiety. *Addiction* 2012;107:2173-82.
51. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010;182:E839-42.
52. The ADAPTE Collaboration. Guideline adaptation: a resource toolkit. Guideline International Network; 2010. Accessible ici : <https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/03/ADAPTE-Resource-toolkit-March-2010.pdf> (consulté le 10 mai 2023).
53. Provincial guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder. Vancouver: British Columbia Centre on Substance Use; 2019. Accessible ici : <https://www.bccsu.ca/wp-content/uploads/2021/01/AUD-Guideline.pdf> (consulté le 16 sept. 2021).
54. Zeng X, Zhang Y, Kwong JS, et al. The methodological quality assessment tools for preclinical and clinical studies, systematic review and meta-analysis, and clinical practice guideline: a systematic review. *J Evid Based Med* 2015;8:2-10.
55. 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;163:548-53.
56. Practice guideline for the pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder. Washington (D.C.): American Psychiatric Association; 2018. Accessible ici : <https://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9781615371969> (consulté le 5 juil. 2023).
57. The ASAM clinical practice guideline on alcohol withdrawal management. Rockville (MD): American Society of Addiction Medicine; 2020. Accessible ici : https://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/the_asam_clinical_practice_guideline_on_alcohol-1.pdf?sfvrsn=ba255c2_2 (consulté le 5 juil. 2023).
58. Haber P, Riordan B. *Guidelines for the treatment of alcohol problems*. 4th ed. Sydney: The University of Sydney; 2021. Accessible ici : <https://alcoholtreatmentguidelines.com.au/pdf/guidelines-for-the-treatment-of-alcohol-problems.pdf> (consulté le 5 juil. 2023).
59. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Australia: National Health and Medical Research Council; 2020. Accessible ici : <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/australian-guidelines-reduce-health-risks-drinking-alcohol> (consulté le 5 juil. 2023).
60. Canadian guidelines on alcohol use disorder among older adults. Markham (ON): Canadian Coalition for Seniors' Mental Health; 2019. Accessible ici : https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2019/12/Final_Alcohol_Use_DisorderV6.pdf (consulté le 5 juil. 2023).
61. Danborg PB, Valdersdorf M, Götzsche PC. Long-term harms from previous use of selective serotonin reuptake inhibitors: a systematic review. *Int J Risk Saf Med* 2019;30:59-71.
62. Munkholm K, Paludan-Müller AS, Boesen K. Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis. *BMJ Open* 2019;9:e024886.
63. Kranzler HR, Bureson JA, Brown J, et al. Fluoxetine treatment seems to reduce the beneficial effects of cognitive-behavioral therapy in type B alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res* 1996;20:1534-41.
64. 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;51:729-35.
65. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The social epidemiology of substance use. *Epidemiol Rev* 2004;26:36-52.
66. Jones L, Bates G, McCoy E, et al. 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;15:400.
67. Gilbert PA, Zemore SE. Discrimination and drinking: A systematic review of the evidence. *Soc Sci Med* 2016;161:178-94.
68. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.
69. Barrio P, Gual A. Patient-centered care interventions for the management of alcohol use disorders: a systematic review of randomized controlled trials. *Patient Prefer Adherence* 2016;10:1823-45.
70. Trauma and violence-informed approaches to policy and practice. Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2018. Accessible ici : <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/health-risks-safety/trauma-violence-informed-approaches-policy-practice.html> (consulté le 16 janv. 2021).
71. Hassen N, Lofters A, Michael S, et al. Implementing anti-racism interventions in healthcare settings: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:2993.
72. The Indigenous Physicians Association of Canada and The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada: Promoting culturally safe care for First Nations, Inuit and Métis Patients; a core curriculum for residents and physicians. IPAC-RCPSC Core Curriculum Development Working Group; Winnipeg and Ottawa, 2009.
73. Logan DE, Marlatt GA. Harm reduction therapy: a practice-friendly review of research. *J Clin Psychol* 2010;66:201-14.
74. Guidelines for recovery-oriented practice. Ottawa: Mental Health Commission of Canada; 2015. Accessible ici : https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHCC_RecoveryGuidelines_ENG_0.pdf (consulté le 27 janv. 2021).

75. Rosenthal RN, Ries RK, Zweben JE. Medical management techniques and collaborative care: integrating behavioral with pharmacological interventions. Dans : Ries RK, Fiellin DA, Miller SC, Saitz R, éditeurs. *The ASAM Principles of Addiction Medicine*. 5^e éd. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2014:1008-23.
76. Stokes M, Schultz P, Alpaslan A. Narrating the journey of sustained recovery from substance use disorder. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2018;13:35.
77. Pathways to healing and recovery: perspectives from individuals with histories of alcohol and other drug problems. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); 2010. Accessible ici : https://www.samhsa.gov/sites/default/files/recovery_pathways_report.pdf (consulté le 6 avr. 2020).
78. 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;24:93-109.
79. 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;21:1-260.

Intérêts concurrents : Evan Wood est médecin; il travaille à l'Autorité de la santé du littoral de Vancouver pour la prise en charge du sevrage et entreprend des travaux sur la médecine des toxicomanies en milieu professionnel. Le D^r Wood est également professeur de médecine à l'Université de la Colombie-Britannique, un poste appuyé par une chaire de recherche du Canada de niveau 1 des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et il a reçu une subvention pour un projet R01 de l'Institut national des États-Unis sur l'abus de drogues, versée à l'Université de la Colombie-Britannique. Le laboratoire de recherche du D^r Wood est en outre appuyé par des subventions des IRSC versées à l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances. Il a également entrepris des travaux de consultation sur les enjeux juridiques liés aux troubles d'utilisation des substances et pour une société qui se consacre à la santé mentale appelée Numinus Wellness, dont il a été médecin-chef. Le D^r Wood a aussi reçu une rémunération sous forme d'actions ordinaires de Numinus. Il déclare avoir reçu des honoraires pour des conférences et des présentations non liées à l'industrie (p. ex., conférences universitaires ou éducatives), y compris une allocution pour la Société médicale canadienne sur l'addiction (SMCA), rémunérée à même le budget de la conférence de la SMCA; une série de séances scientifiques à l'Université Dalhousie (payée par l'université); et une conférence pour la plateforme éducative des équipes soignantes, des liens avec les services administratifs (indépendamment des travaux soumis et sans liens financiers avec l'industrie pharmaceutique). Le D^r Wood a aussi reçu une rémunération pour des rapports et témoignages d'expert sur des questions juridiques ayant trait au trouble d'utilisation des substances psychoactives, y compris de l'Association canadienne de protection médicale et de syndicats représentant des travailleurs souffrant de possibles troubles d'utilisation des substances. Il a reçu des bourses de déplacement des IRSC. Jessica Bright, Nirupa Goel et Josey Ross déclarent avoir reçu des bourses salariales du Centre sur la toxicomanie de la Colombie-Britannique, en appui à l'élaboration du présent manuscrit. Katelyn Halpape déclare avoir reçu des subven-

tions du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada et du ministère canadien des Services aux Autochtones pour la Clinique de la douleur chronique de l'Université de la Saskatchewan. La D^{re} Halpape déclare aussi avoir reçu des honoraires en tant que rédactrice d'un chapitre du manuel intitulé *The Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Affiliations : Département de médecine (Wood), Université de la Colombie-Britannique; Centre sur la toxicomanie de la Colombie-Britannique (Wood, Bright, Hsu, Goel, Ross, Hanson, Chase), Vancouver, C.-B.; Programme sur les classes de médicaments (Teed), Craven, Sask.; Département de psychiatrie (Poulin), Université du Manitoba; Centre Waypoint de santé mentale (Poulin), Winnipeg, Man.; Programme de lutte contre la consommation problématique de substances toxiques, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (Denning), Yellowknife, T.N.-O.; Centre de santé mentale Royal Ottawa (Corace); Département de psychiatrie (Corace), Université d'Ottawa, Ottawa, Ont.; Régie de la santé des Premières Nations (Chase), Vancouver, C.-B.; École de pharmacie et de nutrition (Halpape), Université de la Saskatchewan, Saskatoon, Sask.; Université de Calgary (Lim), Calgary, Alb.; Société d'assurance Knight Archer (Kealey), Regina, Sask.; Institut de recherche sur les politiques en santé mentale (Rehm), Centre de toxicomanies et de santé mentale; École Dalla Lana de santé publique (Rehm), Université de Toronto, Toronto, Ont.

Collaborateurs : Evan Wood, Jessica Bright, Katrina Hsu, Nirupa Goel, Josey Ross, Averill Hanson et Jürgen Rehm ont contribué à l'élaboration et à la conception des travaux; tous les auteurs ont contribué à l'acquisition, à l'analyse et à l'interprétation des données et à la rédaction de l'ébauche du manuscrit. Rand Teed, Ginette Poulin, Bryany Denning, Kim Corace, Corrina Chase, Katelyn Halpape, Ronald Lim et Tim Kealey ont contribué à l'acquisition, à l'analyse et à l'interprétation des données. Tous les auteurs ont révisé de façon critique le contenu intellectuel impor-

tant du manuscrit; ils ont donné leur approbation finale pour la version destinée à être publiée et endossent l'entière responsabilité de tous les aspects du travail.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>

Financement : Cette ligne directrice a bénéficié des subventions suivantes : Santé Canada (Programme de santé du Canada sur l'usage et les dépendances aux substances 2021-HQ-000066); Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), par l'entremise de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS) Phase II : Équipe des pôles pour l'Initiative de recherche canadienne en Ontario (FRN 477887, Jürgen Rehm) et ICRA : Pôle sur la toxicomanie de la Colombie-Britannique (FRN 181674; Evan Wood); et IRSC par l'entremise d'une chaire de recherche du Canada de premier niveau en dépendances et santé mentale (Evan Wood).

Remerciements : Les auteurs remercient les 36 membres du comité pour leur engagement en tant que spécialistes de leurs champs d'expertise respectifs, les responsables de la revue externe par des pairs, les membres du personnel de l'Initiative de recherche canadienne sur l'abus de substances qui ont contribué à l'élaboration de cette ligne directrice, Christa Ledding pour le graphisme et Maryam Babaei pour son aide à la sélection des articles. On peut trouver les détails au sujet du comité dans la ligne directrice complète (annexe 1, accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.230715/tab-related-content).

Correspondance : Evan Wood, par l'entremise de l'Initiative de recherche canadienne sur l'abus de substances, cristm@bccsu.ubc.ca