

Documentez les allergies sur le formulaire approuvé et assurez-vous que le bilan comparatif des médicaments ait été révisé conformément au processus organisationnel.

Formulaire d'ordonnances standardisées sur le cannabis et la premier épisode psychotique

ACTION

Administration

But du document

Ce formulaire d'ordonnances standardisées peut être utilisé pour guider l'évaluation et le traitement des patients à l'interne et à l'externe présentant un premier épisode psychotique associé à l'utilisation du cannabis.

Diagnostics de travail

*** Diagnostic selon les critères du DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 5^e édition¹***

Diagnostic de troubles psychotiques

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trouble psychotique lié au cannabis | <input type="checkbox"/> Schizophrénie |
| <input type="checkbox"/> Trouble psychotique bref | <input type="checkbox"/> Trouble schizoaffectif |
| <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire de type I avec caractéristiques psychotiques | <input type="checkbox"/> Trouble schizophréniforme |
| <input type="checkbox"/> Trouble dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques | <input type="checkbox"/> Trouble psychotique non spécifié |
| <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ | |

Diagnostic de trouble de l'usage d'une substance

- Trouble de l'usage du cannabis comorbide (TUC) - Sévérité : Léger Modéré Grave
- Autre trouble de l'usage d'une substance comorbide (TUS) (p. ex. cocaïne, méthamphétamine, opioïde) : _____

Diagnostic de trouble comorbide

Diagnostics comorbides (troubles psychiatriques et médicaux pertinents comorbides)

- _____

Évaluation du risque

- Évaluation du risque de suicide²⁻⁴ :
- Entrevue clinique
 - Outil de dépistage validé (p. ex. Échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck [BSSI], Échelle de gravité du risque de suicide de Columbia [C-SSRS])⁴ : _____
- Évaluation du risque de violence^{2,5} :
- Entrevue clinique
 - Outil de dépistage validé (p. ex. Échelle DASA-IV (Dynamic Appraisal of Situational Aggression: Inpatient Version)⁶, Échelle START (Short-Term Assessment of Risk and Treatability) : _____

Soumis par :

IDENTIFIANT

NOM EN LETTRES CAPITALES

AAAA-MM-JJ HH:MM

 Relire

Médecin :

IDENTIFIANT

NOM EN LETTRES CAPITALES

AAAA-MM-JJ HH:MM

SIGNATURE

Documentez les allergies sur le formulaire approuvé et assurez-vous que le bilan comparatif des médicaments ait été révisé conformément au processus organisationnel.

Formulaire d'ordonnances standardisées sur le cannabis et la premier épisode psychotique

ACTION

Antécédents d'usage du cannabis

Dépistage de l'usage du cannabis :

Entrevue clinique, incluant l'information à propos de^{2,7} :

- Produits du cannabis consommés (p. ex. combustibles, comestibles, huiles)
- Teneur en cannabinoïdes (p. ex. pourcentage de THC, CBD)
- Âge du début de l'usage régulier du cannabis
- Fréquence, quantité, mode d'administration et schéma de l'usage du cannabis
- Source du cannabis (c.-à-d. comment il a été obtenu)
- Usage dangereux du cannabis (p. ex. usage avant de conduire, usage à l'école/travail, usage avec d'autres substances)
- Raison de l'usage (p. ex. plaisir/loisir, pression des pairs, adaptation)

Entrevue clinique structurée du DSM-5 (SCID-5) pour le TUC

Outil de dépistage validé⁸⁻¹¹ :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Timeline Follow Back (TLFB) | <input type="checkbox"/> Détection des usages problématiques de cannabis (CAST) |
| <input type="checkbox"/> Problematic Use of Marijuana (PUM) | <input type="checkbox"/> Cannabis Use Disorder Identification Test – Revised (CUDIT-R) |
| <input type="checkbox"/> Échelle de sévérité de la dépendance (ESD) | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ |

Autre dépistage

Autre dépistage d'usage d'une substance

***** Le diagnostic et la sévérité du trouble de l'usage d'une substance devraient être établis selon les critères du DSM-5 en évaluant la sévérité *****

Dépistage de l'usage d'une autre substance^{2,7} :

Entrevue clinique

Outil de dépistage validé (p. ex. Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT], Drug Abuse Screening Test [DAST-10], NIDA-Modified ASSIST¹²): _____

Dépistage du tabagisme

Dépistage de l'usage du tabac/nicotine (p. ex. fumer, vapoter, mâcher)^{7,13} :

Entrevue clinique

Outil de dépistage validé (p. ex. Fagerstrom Test for Nicotine Dependence¹⁴): _____

Autres évaluations

Épreuves de laboratoires

***** Si des facteurs de risque sont présents, on devrait envisager des tests sérologiques de dépistage de l'hépatite, du VIH et de la syphilis *****

Dépistage de drogues dans l'urine¹⁵

β-HCG urinaire

Autre (spécifiez) : _____

Diagnostics

**** La neuroimagerie de routine n'est pas recommandée pour un PEP en l'absence de signes et de symptômes neurologiques^{2,16,17} *****

***** Un ECG devrait être envisagé pour un patient intoxiqué gravement au cannabis^{5,7} *****

ECG^{5,18}

Raison : _____

_____ Raison : _____

Soumis par :

IDENTIFIANT

NOM EN LETTRES CAPITALES

AAAA-MM-JJ HH:MM

Relire

Médecin :

IDENTIFIANT

NOM EN LETTRES CAPITALES

AAAA-MM-JJ HH:MM

SIGNATURE

Documentez les allergies sur le formulaire approuvé et assurez-vous que le bilan comparatif des médicaments ait été révisé conformément au processus organisationnel.

Formulaire d'ordonnances standardisées sur le cannabis et la premier épisode psychotique

ACTION

Outils d'évaluation des symptômes psychiatriques

Échelle CGI-S (Clinical Global Impression Severity)¹⁹ :

Compte tenu de l'ensemble de votre expérience clinique avec cette population, quelle est la gravité actuelle du trouble mental du patient. En choisir une :

- 1 = Normal
 2 = Limite de la maladie mentale
 3 = Légèrement malade
 4 = Modérément malade
 5 = Maladie marquée
 6 = Sévèrement malade
 7 = Patients les plus sévèrement malades

Échelle BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) à 4 items d'évaluation des symptômes positifs :

<http://academicdepartments.musc.edu/cop/research/SCORxE%20pdfs/padforproofing%20accessible.pdf>

Autre (spécifiez) : _____

Évaluation de l'aptitude à consentir

- Apte
 Inapte, selon la définition/les critères locaux de l'aptitude
 Évaluation supplémentaire requise de l'aptitude pour le traitement

Prise en charge de la psychose

Référez à l'outil de sélection d'antipsychotique offert au : <https://vivomap.ca/lib/surveyStandalone/psychosis.php>

Référez à l'outil OPTIMA, offert au : <https://ippcanada.org/ressource/optima-offre-aux-patients-des-renseignements-therapeutiques-sur-des-medicaments-de-rechange/>

*** Les antipsychotiques demeurent le principal traitement pour les personnes atteintes de troubles psychotiques, qu'elles aient ou non un trouble comorbide de l'usage d'une substance^{7***}

*** Les patients devraient être traités comme ils le seraient pour un premier épisode psychotique avec une durée de traitement minimale de 18 mois à moins d'une résolution rapide des symptômes psychotiques avec une rémission et un rétablissement complets^{7***}

Antipsychotiques atypiques

Médicaments oraux avec formulations APAP

- aripiprazole _____ mg PO q24h (10 - 30 mg)
 palipéridone _____ mg PO q24h (3 - 12 mg)
 rispéridone _____ mg PO q24h (2 - 8 mg)

Antipsychotique à formulation APAP

*** La tolérabilité à l'antipsychotique oral équivalent devrait être établie avant d'instaurer le traitement avec la formulation APAP^{20***}

*** Les formulations APAP peuvent prévenir les rechutes et les réhospitalisations si l'observance est compliquée par un TUS^{21***}

Instauration de l'aripiprazole APAP

- aripiprazole monohydrate _____ mg IM q28jours (300–400 mg) commencé le _____ (jj-mm-aaaa)
 Et aripiprazole monohydrate _____ mg PO q24h (10 - 30 mg) pendant 14 jours

Instauration de la palipéridone APAP

- palmitate de palipéridone _____ mg IM pour une dose (100 - 150 mg) le _____ (jj-mm-aaaa) (Jour 1)
 Ensuite palmitate de palipéridone _____ mg IM pour une dose (75 - 100 mg) le _____ (jj-mm-aaaa) (Jour 8)
 Ensuite palmitate de palipéridone _____ mg IM q _____ jours (25 - 150 mg, q28jours)

Soumis par : _____ Relire

IDENTIFIANT NOM EN LETTRES CAPITALES AAAA-MM-JJ HH:MM

Médecin : _____

IDENTIFIANT NOM EN LETTRES CAPITALES AAAA-MM-JJ HH:MM SIGNATURE

Documentez les allergies sur le formulaire approuvé et assurez-vous que le bilan comparatif des médicaments ait été révisé conformément au processus organisationnel.

Formulaire d'ordonnances standardisées sur le cannabis et la premier épisode psychotique

ACTION

Prise en charge de la psychose (suite)

Antipsychotiques atypiques (suite)

Instauration de la rispéridone APAP

- rispéridone _____ mg IM q28jours (12,5 - 50 mg) commencé le _____ (jj-mm-aaaa)
 Et rispéridone _____ mg PO q24h (2 - 8 mg) pendant 3 semaines

Instauration des médicaments oraux sans formulation APAP

- asénapine _____ mg sublingual q12h (5 mg; évaluez la tolérabilité pendant 1 semaine avant d'augmenter)
 brexpiprazole _____ mg PO q24h (1 mg; évaluez la tolérabilité pendant 4 jours avant d'augmenter)
 lurasidone _____ mg PO q24h avec nourriture (40 mg; évaluez la tolérabilité sur plusieurs jours avant d'augmenter)
 olanzapine _____ mg PO q24h (5 - 10 mg)
 quétiapine _____ mg PO q _____ h (25 - 400 mg, q12h)
 ziprasidone _____ mg PO q12h avec nourriture (20 mg; évaluez la tolérabilité pendant 2 jours avant d'augmenter)

Instauration de la clozapine

*** La clozapine devrait être envisagée chez les patients qui n'ont pas répondu à deux essais antérieurs d'antipsychotiques^{22,23***}

- Commencer l'évaluation prétraitement à la clozapine et se référer au formulaire d'ordonnances standardisées ou protocole pour la clozapine de votre établissement

Autres antipsychotiques

- _____

Prise en charge de l'agitation

*** Le meilleur moyen de traiter les effets les plus graves d'une intoxication au cannabis est de traiter les symptômes avec une benzodiazépine ou un antipsychotique atypique. Aucun médicament n'est approuvé spécifiquement pour le traitement d'une intoxication au cannabis^{24***}

Benzodiazépines

*** L'usage concomitant de benzodiazépines et d'antipsychotiques peut entraîner des effets dépressifs marqués du SNC^{25***}

- lorazépam _____ mg sublingual q _____ h p.r.n. pour l'agitation aiguë (1 - 2 mg)²⁶; **max _____ en 24 heures**
 lorazépam _____ mg IM q _____ h p.r.n. pour l'agitation aiguë (0,5 - 2 mg)²⁶; **max _____ en 24 heures**

Antipsychotiques

*** Si des antipsychotiques sont déjà prescrits pour la prise en charge de la psychose, le prescripteur doit évaluer la pertinence d'un médicament supplémentaire ***

- aripiprazole _____ mg PO q _____ h p.r.n. pour l'agitation aiguë (10 - 15 mg)²⁷; **max _____ en 24 heures**
 olanzapine _____ mg PO q _____ h p.r.n. pour l'agitation aiguë (2,5 - 10 mg)²⁶; **max _____ en 24 heures**
 olanzapine _____ mg IM q _____ h p.r.n. pour l'agitation aiguë (2,5 - 10 mg)²⁶; **max _____ en 24 heures**
 rispéridone _____ mg PO q _____ h p.r.n. pour l'agitation aiguë (1 - 2 mg)²⁷; **max _____ en 24 heures**
 halopéridol _____ mg PO q _____ h p.r.n. pour l'agitation aiguë (0,5 - 10 mg)²⁷; **max _____ en 24 heures**
 halopéridol _____ mg IM q _____ h p.r.n. pour l'agitation aiguë (2 - 10 mg)²⁷; **max _____ en 24 heures**

Soumis par :

IDENTIFIANT

NOM EN LETTRES CAPITALES

AAAA-MM-JJ HH:MM

 Relire

Médecin :

IDENTIFIANT

NOM EN LETTRES CAPITALES

AAAA-MM-JJ HH:MM

SIGNATURE

Documentez les allergies sur le formulaire approuvé et assurez-vous que le bilan comparatif des médicaments ait été révisé conformément au processus organisationnel.

Formulaire d'ordonnances standardisées sur le cannabis et la premier épisode psychotique

ACTION

Thérapie

*** La meilleure intervention pour réduire la fréquence et la sévérité de l'usage du cannabis se concentre sur les interventions psychosociales. Les données montrent que la thérapie cognitivocomportementale (TCC), l'entrevue motivationnelle (EM), l'intervention brève (IB) et la gestion des contingences (GC) sont potentiellement efficaces²⁸ ***

Stade de changement de l'usage du cannabis^{7,29}

Veillez indiquer le stade de changement actuel du patient concernant l'usage du cannabis :

- Précontemplation
- Contemplation (envisage changer l'usage du cannabis)
- Préparation (ouvert au changement et planifie changer l'usage du cannabis)
- Action (change actuellement l'usage du cannabis et ses habitudes)
- Maintien (l'usage du cannabis a cessé)

Entrevue motivationnelle (EM)²⁸

- Évaluer/dépister la pertinence de l'EM pour le trouble de l'usage du cannabis²⁸
- Référer pour l'EM : Oui Non Évaluation supplémentaire requise
- Si l'EM est pertinente pour le patient mais pas de référence, veuillez expliquer (p. ex. services non offerts) :

Thérapie cognitivocomportementale (TCC)

- Évaluer/dépister la pertinence de la TCC pour la psychose et/ou le trouble de l'usage du cannabis^{22,28,30}
- Référer pour la TCC^{18,28} : Oui Non Évaluation supplémentaire requise
- Si la TCC est pertinente pour le patient mais pas de référence, veuillez expliquer (p. ex. services non offerts) :

Références

*** Une thérapie à long terme peut être nécessaire chez les patients avec un TUS grave et une psychose aiguë qui refuse l'hospitalisation***

*** L'intégration de l'intervention pour la dépendance en contexte de PEP offre des avantages et un plan de soins plus structuré***

- Services pour dépendances
- Hôpital de jour pour dépendances
- Programme de traitement des troubles concomitants
- Thérapie familiale^{18,30}
- Thérapie pour dépendances à l'externe :
 - Intégrée avec la gestion de cas
 - Au sein de la clinique des premiers épisodes psychotiques (PEP)
 - Autre - Raison : _____
- Autre (programme de soutien aux employés, thérapie de remédiation cognitive [TRC], entraînement aux habiletés sociales, formation sur les habitudes de vie)³⁰ : _____
- Soutien par les pairs
- Hospitalisation pour dépendances
- Travailleur social

Soumis par :

IDENTIFIANT

NOM EN LETTRES CAPITALES

AAAA-MM-JJ HH:MM

 Relire

Médecin :

IDENTIFIANT

NOM EN LETTRES CAPITALES

AAAA-MM-JJ HH:MM

SIGNATURE

Documentez les allergies sur le formulaire approuvé et assurez-vous que le bilan comparatif des médicaments ait été révisé conformément au processus organisationnel.

Formulaire d'ordonnances standardisées sur le cannabis et la premier épisode psychotique

ACTION

Psychoéducation et information sur un mode de vie sain

- Éduquez le patient sur les sujets suivants, de façon verbale, écrite et électronique, selon le cas¹⁸ :
 - Diagnostic et cours de la psychose et TUS/pronostic/rétablissement
 - Impact de l'usage du cannabis et d'une substance sur la psychose, pertinence de l'abstinence ou de la réduction du cannabis et la prévention des rechutes³¹
 - Les composantes du cannabis (c.-à-d. cannabidiol [CBD], tétrahydrocannabinol [THC]) et les puissances
 - Options de traitement pharmacologique pour la psychose et le TUS, incluant leur efficacité et leurs effets secondaires potentiels
 - Autres options de traitement
 - Options de traitement psychosocial pour la psychose et le TUS
 - Risque de rechute de psychose et identification des signaux avant-coureurs, et stratégies de prévention des rechutes de psychose
 - Risque de suicide et surveillance des signaux avant-coureurs
 - Risque de comportement violent et surveillance des signaux avant-coureurs
 - Importance de l'observance du traitement et des suivis de même que des stratégies d'amélioration de l'observance
- Fournir les ressources suivantes au patient concernant l'usage du cannabis :
 - Recommandations pour l'usage du cannabis à moindre risque (RUCMR) - <https://www.camh.ca/-/media/files/pdfs---reports-and-books---research/canadas-lower-risk-guidelines-cannabis-fr.pdf>
 - Feuilles détachables de Consommation du cannabis du CCIPP - <https://ippcanada.org/wp-content/uploads/2018/11/Cannabis-Educational-Folder-French-1.pdf>
 - Gouvernement du Canada : Cannabis - <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis.html>
- Offrir une thérapie familiale et fournir de la psychoéducation et du soutien centrés sur la famille^{18,22,28,30}
- Fournir de l'éducation sur la saine alimentation et l'activité physique^{13,18}
- Fournir l'information au patient et sa famille des centres de crise locaux,¹⁸ des centres de traitement des TUS, des centres de traitement à l'interne, des ressources de traitement à L'externe et des centres de traitement intégrés (spécifier) :

Ordonnances supplémentaires

Soumis par :

IDENTIFIANT

NOM EN LETTRES CAPITALES

AAAA-MM-JJ HH:MM

 Relire

Médecin :

IDENTIFIANT

NOM EN LETTRES CAPITALES

AAAA-MM-JJ HH:MM

SIGNATURE

Documentez les allergies sur le formulaire approuvé et assurez-vous que le bilan

comparatif des médicaments ait été révisé conformément au processus organisationnel.

Formulaire d'ordonnances standardisées sur le cannabis et la premier épisode psychotique

ACTION

Considérations pour le développement et la mise en œuvre du formulaire d'ordonnances standardisées

Abréviations

Cannabidiol = CBD

Premier épisode psychotique = PEP

Tétrahydrocannabinol = THC

Trouble de l'usage du cannabis = TUC

Trouble de l'usage d'une substance = TUS

*****Les recommandations dans ce document se veulent être des directives générales et ne remplacent pas le jugement clinique. Les médecins doivent considérer les risques relatifs et les bienfaits pour chaque patient lorsqu'ils mettent en pratique ces recommandations*****

Critères diagnostiques du trouble de l'usage du cannabis (TUC) Comme définis dans le DSM-5 :

- Mode d'usage problématique du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, durant une période de 12 mois :
 - Le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
 - Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'usage du cannabis.
 - Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le cannabis, à utiliser le cannabis ou à récupérer des effets du cannabis.
 - Envie impérieuse (*craving*), fort désir ou besoin pressant de consommer du cannabis.
 - Usage répété de cannabis conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison.
 - Usage de cannabis qui continue malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis.
 - Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage du cannabis.
 - Usage répété du cannabis dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
 - L'usage du cannabis est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par le cannabis.
 - Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - Besoin de quantités notablement plus fortes du cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - Effet notablement diminué en cas d'usage continu d'une même quantité de cannabis.
 - Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - Le syndrome de sevrage caractéristique du cannabis
 - Le cannabis (ou une substance très proche) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage³⁸
- **Dépistage du cannabis**³³ : Le dépistage urinaire du cannabis est basé sur son principal métabolite, le THC (acide carboxylique 11-nor-delta-9-tétrahydrocannabinolique). Estimer le temps de détection du cannabis dans l'urine est complexe, car il y a plusieurs facteurs qui influencent le résultat comme la voie d'administration, la dose, la puissance, la fréquence de l'usage, la masse corporelle et le métabolisme. Comme les cannabinoïdes sont très lipophiles, les usagers chroniques accumuleront le THC dans les tissus adipeux, ce qui entraînera une élimination plus lente du cannabis. Cela explique que la détection du cannabis dans l'urine peut survenir au-delà de 30 jours après la cessation chez les usagers chroniques, alors qu'un cas d'usage unique peut avoir un taux détecté pendant seulement 72 heures. Cependant, il est difficile de différencier un usage aigu d'un usage chronique de cannabis par un dépistage urinaire, et quantifier les conjugués de THC comme biomarqueurs ne s'est pas avéré fiable. Les tests sériques peuvent ne pas être fiables, car

Soumis par :

IDENTIFIANT

NOM EN LETTRES CAPITALES

AAAA-MM-JJ HH:MM

Relire

Médecin :

IDENTIFIANT

NOM EN LETTRES CAPITALES

AAAA-MM-JJ HH:MM

SIGNATURE

Documentez les allergies sur le formulaire approuvé et assurez-vous que le bilan

comparatif des médicaments ait été révisé conformément au processus organisationnel.

Formulaire d'ordonnances standardisées sur le cannabis et la premier épisode psychotique

ACTION

les concentrations sériques de cannabis peuvent diminuer rapidement pendant la première heure suivant l'exposition en raison de la distribution du cannabis dans les réserves adipeuses. Il est alors important de réaliser une évaluation approfondie des patients ayant des antécédents d'usage du cannabis.

- Usage du cannabis et psychose** : Des études ont montré que l'usage du cannabis est un facteur de risque indépendant de développer des troubles psychotiques, particulièrement chez ceux ayant une prédisposition génétique à développer la schizophrénie et chez ceux ayant déjà éprouvé des symptômes psychotiques⁷. L'usage d'une substance augmente le risque de développer des symptômes psychotiques et aggrave également les résultats chez ceux souffrant de schizophrénie et d'autres types de psychose (p. ex. plus de symptômes positifs, taux accrus de non-observance, taux accrus de rechutes, dépression, fonctionnement inférieur, etc.)⁷. Certaines études montrent que plus de 50 % des patients présentant un premier épisode psychotique consommaient régulièrement du cannabis, et 44 % des individus ayant un premier épisode psychotique ont un TUC²¹.
- Usage du cannabis et schizophrénie**³ : Des études ont montré que l'usage du cannabis et la psychose induite par le cannabis augmentent le risque de schizophrénie et sont associés à une schizophrénie précoce. Le diagnostic de psychose induite par le cannabis se transforme en schizophrénie dans jusqu'à 50 % des cas et en d'autres troubles mentaux graves dans un autre 25 % des cas. Le groupe d'âge ayant le plus grand risque de conversion vers la schizophrénie est celui des 16 à 25 ans. Les patients ayant des antécédents psychiatriques (p. ex., trouble de l'usage d'une substance préexistant, trouble de la personnalité) ont un risque accru de conversion à la schizophrénie que ceux qui n'en ont pas. Globalement, on devrait faire le suivi des patients qui ont une psychose induite par le cannabis afin d'identifier et de prendre en charge précocement une potentielle schizophrénie ou autres troubles de santé mentale.
- Cannabidiol (CBD)**: Certaines études proposent que le CBD puisse atténuer les symptômes temporaires de la psychose qui sont exacerbés par le THC, et que le CBD puisse potentiellement être utilisé de façon bénéfique comme un adjuvant à un antipsychotique chez ceux souffrant de schizophrénie pour réduire les symptômes psychotiques^{35,36}. On doit faire plus de recherche dans ce domaine et aucune recommandation ne peut être faite pour le moment.
- Tétrahydrocannabinol (THC)**³⁵ : On croit que l'association entre l'usage du cannabis et la psychose est principalement reliée au THC, car le THC est le principal élément psychoactif du cannabis qui interagit avec le système dopaminergique et qui cause des augmentations de la libération de la dopamine et l'activité nerveuse. On croit que des concentrations élevées de THC sont associées à un risque accru de psychose.
- Intervention brève (IB)** : L'IB a pour objectif d'identifier les problèmes actuels chez ceux qui font usage d'une substance et de motiver ceux qui sont à risque de modifier leurs comportements et les habitudes de l'usage d'une substance²⁹. Une IB peut aller de 5 minutes pour un conseil bref jusqu'à 30 minutes pour une thérapie brève²⁹. L'IB n'a pas pour but de traiter les personnes ayant une dépendance grave à une substance mais plutôt d'offrir de précieux outils pour le traitement de l'usage problématique ou risqué d'une substance²⁹. Le modèle FRAMES aide à décrire les principes importants de l'IB :
 - Rétroaction** : Fournir une rétroaction au patient sur les risques et les conséquences négatives de l'usage d'une substance; observer la réaction du patient.
 - Responsabilité** : Expliquer au patient qu'il ou elle est responsable de prendre ses propres décisions sur l'usage d'usage d'une substance.
 - Conseils** : Fournir des conseils clairs et pratiques pour modifier l'usage d'une substance.
 - Menu d'options pour changer**: Fournir au patient une variété d'options de changement; l'habilitant à s'impliquer dans le processus décisionnel.
 - Empathie** : Être empathique, respectueux et sans jugement envers le patient.

Document de référence seulement
© 2020 Think Research Corporation. Tous droits réservés. Utilisation, reproduction ou diffusion non autorisées interdites

Soumis par :

IDENTIFIANT

NOM EN LETTRES CAPITALES

AAAA-MM-JJ HH:MM

 Relire

Médecin :

IDENTIFIANT

NOM EN LETTRES CAPITALES

AAAA-MM-JJ HH:MM

SIGNATURE

comparatif
des médicaments ait été révisé conformément au processus organisationnel.

Documentez les allergies sur le formulaire approuvé et assurez-vous que le bilan

Formulaire d'ordonnances standardisées sur le cannabis et la premier épisode psychotique

ACTION

- **Autoefficacité (c.-à-d. Confiance en soi)** : Encourager le patient à comprendre qu'il ou elle a le pouvoir de modifier son usage d'une substance s'il ou elle le veut.
- **Gestion des contingences (GC)³²** : La GC est utilisée dans la prise en charge du trouble de l'usage d'une substance comme une thérapie comportementale conçue pour systématiquement organiser les répercussions, réduire l'usage de drogues et consolider l'abstinence. Les principaux éléments de la GC sont le renforcement et l'observation des comportements. La GC se concentre sur le conditionnement opérant qui présume qu'une personne est encline à maintenir un comportement entraînant des conséquences positives et à réprimer les comportements qui entraînent des conséquences négatives.
- **Clozapine et trouble de l'usage d'une substance** : Les patients souffrant de schizophrénie et de trouble de l'usage d'une substance comorbide peuvent bénéficier d'un traitement par la clozapine, qui a été associée à un taux réduit de rechutes d'abus de substance comparativement aux autres antipsychotiques³⁴.
- **Imagerie diagnostique** : Les données suggèrent que la neuroimagerie de routine lors de premiers épisodes psychotiques ne donne pas de résultats modifiant de façon significative la prise en charge sur le plan clinique¹⁶. Envisagez l'utilisation sélective de la neuroimagerie pour exclure les causes organiques de psychose lorsque les symptômes du patient, ou d'autres aspects de la présentation, laissent croire à une probabilité accrue d'une cause organique sous-jacente¹⁷.
- **Choix d'antipsychotiques** : Ce formulaire d'ordonnances standardisées reflète la préférence générale de l'instauration d'antipsychotiques atypiques par rapport aux antipsychotiques typiques, selon une revue des lignes directrices actuelles^{15,37} et les consensus d'experts.
- **Durée adéquate de l'essai d'un antipsychotique** : Ce formulaire d'ordonnances standardisées inclut une définition de la durée d'un essai adéquat d'un antipsychotique, selon une revue des lignes directrices actuelles^{15,23} et les consensus d'experts.
- **Planification du congé des patients hospitalisés** : Organiser un rendez-vous de suivi communautaire dans les 7 jours du congé après une hospitalisation²². Lorsque le congé est accordé, envoyez le plan de traitement du patient à son équipe/soignant communautaire responsable de la coordination, de la communication et de l'offre de soins²².

Références

1. Association américaine de psychiatrie. Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques. Dans : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. DSM-5. 5e édition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013:87-122.
2. Addington D, Abidi S, Garcia-Ortega I, Honer WG, Ismail Z. Guidelines for the assessment and diagnosis of patients with schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. Can J Psychiatry. 2017;62(9):594-603. doi:10.1177/0706743717719899
3. Starzer MSK, Nordentoft M, Hjorthøj C. Rates and predictors of conversion to schizophrenia or bipolar disorder following substance-induced psychosis. Am J Psychiatry. 2018;175(4):343-350. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17020223
4. Perlman C, Ontario Hospital Association, Canadian Patient Safety Institute. Suicide Risk Assessment Guide: A Resource for Health Care Organizations. Toronto: Ontario Hospital Association; 2012.
5. Bui Q, Simpson S, Nordstrom K. Psychiatric and medical management of marijuana intoxication in the emergency department. West J Emerg Med. 2015;16(3):414-417. doi:10.5811/westjem.2015.3.25284
6. Ogloff J, Daffern M. Dynamic appraisal of situational aggression - inpatient version (DASA-IV). https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/nccmh/reducing-restrictive-practice/resources/dasa-information.pdf?sfvrsn=d779798b_2. Accessed January 13, 2020.

Soumis par :

IDENTIFIANT

NOM EN LETTRES CAPITALES

AAAA-MM-JJ HH:MM

 Relire

Médecin :

IDENTIFIANT

NOM EN LETTRES CAPITALES

AAAA-MM-JJ HH:MM

SIGNATURE

Documentez les allergies sur le formulaire approuvé et assurez-vous que le bilan

comparatif des médicaments ait été révisé conformément au processus organisationnel.

Formulaire d'ordonnances standardisées sur le cannabis et la premier épisode psychotique

ACTION

7. Crockford D, Addington D. Canadian schizophrenia guidelines: schizophrenia and other psychotic disorders with coexisting substance use disorders. *Can J Psychiatry*. 2017;62(9):624-634. doi:10.1177/0706743717720196
8. Adamson SJ, Kay-Lambkin FJ, Baker AL, et al. An improved brief measure of cannabis misuse: the cannabis use disorders identification test-revised (CUDIT-R). *Drug Alcohol Depend*. 2010;110(1-2):137-143. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.02.017
9. Annaheim B, Legleye S. Short instruments to screen for "problematic" cannabis use in general population surveys. In: *Handbook of Cannabis and Related Pathologies*. Elsevier; 2017:e168-e184. doi:10.1016/B978-0-12-800756-3.00116-2
10. Turner S, Nader M, Graves L. Cannabis use disorders in primary care: screening and treatment suggestions. *Med Res Arch*. 2017;5(7). doi:10.18103/mra.v5i7.1309
11. Sobell LC, Sobell MB. Timeline follow-back: a technique for assessing self-reported alcohol consumption. In: *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biological Methods*. Totowa, NJ: Humana Press; :41-72.
12. Addington D, Abidi S, Garcia-Ortega I, Honer WG, Ismail Z. Canadian guidelines for the assessment and diagnosis of patients with schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. *Can J Psychiatry*. 2017;62(9):594-603. doi:10.1177/0706743717719899
13. Pringsheim T, Kelly M, Urness D, Teehan M, Ismail Z, Gardner D. Physical health and drug safety in individuals with schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2017;62(9):673-683. doi:10.1177/0706743717719898
14. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86(9):1119-1127. doi:10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x
15. Association canadienne de psychiatrie. Lignes directrices: traitement de la schizophrénie. *Can J Psychiatry*. 2005;50:1s-57s.
16. Choisir avec soin Canada. Les treize examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger. Choisir avec soin Canada. www.choisiravecsoin.org. Publié en 2015.
17. National Institute for Health and Care Excellence. Technology appraisal guidance: structural neuroimaging in first-episode psychosis. *Natl Inst Health Care Excell*. 2008:1-25.
18. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: the NICE guideline on treatment and management. *Natl Inst Health Care Excell*. 2014:1-685.
19. Guy W, ed. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health, Education, and Welfare; 1976.
20. Janssen Pharmaceuticals Inc. Monographie de produit d'Invega Sustenna. Janssen Pharm Inc. 2015:1-55.
21. Abdel-Baki A, Ouellet-Plamondon C, Salvat É, Grar K, Potvin S. Symptomatic and functional outcomes of substance use disorder persistence 2 years after admission to a first-episode psychosis program. *Psychiatry Res*. 2017;247:113-119. doi:10.1016/j.psychres.2016.11.007
22. Qualité des services de santé Ontario. Schizophrénie : soins destinés aux adultes dans les hôpitaux. 2016:1-40.
23. Remington G, Addington D, Honer W, Ismail Z, Raedler T, Teehan M. Guidelines for the pharmacotherapy of schizophrenia in adults. *Can J Psychiatry*. 2017;62(9):604-616. doi:10.1177/0706743717720448
24. Weinstein AM, Gorelick DA. Pharmacological treatment of cannabis dependence. *Curr Pharm Des*. 2011;17(14):1351-1358. doi:10.2174/138161211796150846
25. Pfizer Canada. Monographie de produit d'Ativan (lorazépan). Janvier 2019. https://www.pfizer.ca/sites/default/files/201902/ATIVAN_PM_F_221513_31Jan2019.pdf.
26. Baker SN. Management of acute agitation in the emergency department. *Adv Emerg Nurs J*. 2012;34(4):306-318. doi:10.1097/TME.0b013e31826f12d6

Soumis par :

 IDENTIFIANT

 NOM EN LETTRES CAPITALES

 AAAA-MM-JJ HH:MM

 Relire

Médecin :

 IDENTIFIANT

 NOM EN LETTRES CAPITALES

 AAAA-MM-JJ HH:MM

 SIGNATURE

Documentez les allergies sur le formulaire approuvé et assurez-vous que le bilan

comparatif des médicaments ait été révisé conformément au processus organisationnel.

Formulaire d'ordonnances standardisées sur le cannabis et la premier épisode psychotique

ACTION

27. Bak M, Weltens I, Bervoets C, et al. The pharmacological management of agitated and aggressive behaviour: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2019;57:78-100. doi:10.1016/j.eurpsy.2019.01.014
28. Sabioni P, Le Foll B. Psychosocial and pharmacological interventions for the treatment of cannabis use disorder. *F1000Research*. 2018;7:173. doi:10.12688/f1000research.11191.1
29. Henry-Edwards S, Humeniuk R, Ali R, Monteiro M, Poznyak V. Brief intervention for substance use: a manual for use in primary care. 2005. https://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_Brief_Intervention_for_Substance_Use.pdf.
30. Norman R, Lecomte T, Addington D, Anderson E. Canadian treatment guidelines on psychosocial treatment of schizophrenia in adults. *Can J Psychiatry*. 2017;62(9):617-623. doi:10.1177/0706743717719894
31. Brezing CA, Levin FR. The current state of pharmacological treatments for cannabis use disorder and withdrawal. *Neuropsychopharmacology*. 2018;43(1):173-194. doi:10.1038/npp.2017.212
32. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. How can contingency management support treatment for substance use disorders? A systematic review. 2016. <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/3162/TDAU13001ENN.pdf>.
33. Moeller KE, Kissack JC, Atayee RS, Lee KC. Clinical interpretation of urine drug tests. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(5):774-796. doi:10.1016/j.mayocp.2016.12.007
34. Brunette MF, Drake RE, Xie H, McHugo GJ, Green AI. Clozapine use and relapses of substance use disorder among patients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders. *Schizophr Bull*. 2005;32(4):637-643. doi:10.1093/schbul/sbl003
35. Diviant J, Vigil J, Stith S. The role of cannabis within an emerging perspective on schizophrenia. *Medicines*. 2018;5(3):86. doi:10.3390/medicines5030086
36. McGuire P, Robson P, Cubala WJ, et al. Cannabidiol (CBD) as an adjunctive therapy in schizophrenia: a multicenter randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2018;175(3):225-231. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17030325
37. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am Psychiatr Assoc*. 2004:1-184.
38. Association américaine de psychiatrie. Troubles liés au cannabis. Dans : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. DSM-5. 5e édition. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013:509-519.

Soumis par :

IDENTIFIANT

NOM EN LETTRES CAPITALES

AAAA-MM-JJ HH:MM

 Relire

Médecin :

IDENTIFIANT

NOM EN LETTRES CAPITALES

AAAA-MM-JJ HH:MM

SIGNATURE