

[REDACTED]

Objet : Avis concernant les bonnes pratiques liées à l'évaluation et à la prise en charge de personnes vivant avec une psychose et un trouble d'usage de stimulants en contexte de salle d'urgence.

Personnes spécialistes consultées :

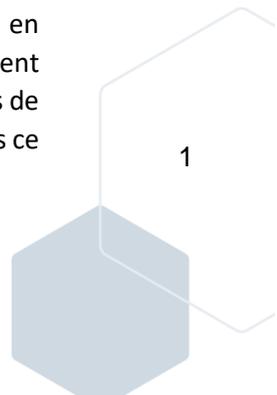
Simon Dubreucq, MD | Médecin psychiatre Service de psychiatrie des toxicomanies, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal

Véronique Plante | Travailleuse sociale, Coordonnatrice du programme d'avis scientifiques du CECTC

[REDACTED],

Votre demande d'avis scientifique au Centre d'Expertise et de Collaboration en Troubles Concomitants (CECTC) visait à identifier et caractériser les bonnes pratiques liées à l'évaluation et la prise en charge de personnes ayant des symptômes psychotiques et un trouble lié à l'usage de stimulants, dans un contexte de soins en salle d'urgence en milieu hospitalier. Vous énoncez par conséquent le besoin de mieux comprendre quelles seraient les stratégies les plus optimales pour composer avec une situation clinique courante pour laquelle il n'existe pour le moment aucun guide pratique définitif tant pour le volet de l'évaluation que celui de la prise en charge des individus qui composent cette population.

En prémisses, il s'avère pertinent de contextualiser l'usage de stimulants sur le plan des effets pharmacologiques, dans la mesure où différentes molécules appartenant à la classe des psychostimulants (ex : cocaïne, amphétamine, méthamphétamine, méthylphénidate) peuvent engendrer différentes réponses comportementales et présenter des risques variables liés au développement d'une condition psychotique (NIDA 2021; Goodwin et al. 2009; Hollis et al. 2019; Moran et al. 2019). Selon les effets spécifiques du psychostimulant consommé et les habitudes de consommation, les risques de méfaits pour soi et pour autrui peuvent varier. Il appert cependant qu'un lien notable existe entre l'expression de symptômes psychotiques et les troubles liés à l'usage de stimulants, particulièrement en ce qui a trait à la consommation de méthamphétamine (Glasner-Edwards and Mooney 2014). Certains des symptômes observés en lien avec une utilisation problématique de stimulants, dont la méthamphétamine, incluent l'irritabilité, l'anxiété, des hallucinations tactiles et auditives, de la paranoïa, des perturbations de l'humeur et des comportements violents (Zweben et al. 2004; McKetin et al. 2006; 2014). Dans ce



contexte, l'intersection des symptômes psychotiques et des troubles d'usage de stimulants peut engendrer des situations où l'état mental d'une personne entraîne un danger pour sa personne ou pour autrui ou une détresse significative menant la personne à être conduite ou à se présenter d'elle-même à l'urgence. Confrontés à cette réalité, les policiers ou les proches qui gravitent autour de ces individus pourraient aussi recourir modalités prévues à la loi afin d'obliger la personne à être conduite à l'hôpital pour subir un examen psychiatrique contre son gré.

Les symptômes psychotiques survenant dans le contexte d'usage de stimulants peuvent persister pour des durées variables, rendant l'évaluation et la prise en charge à l'urgence parfois difficile tant sur le plan de l'évaluation diagnostique, de la gestion symptomatique à court terme que de l'orientation. Dans les cas de comportements plus agressifs, certaines situations sont à risque de compromettre la sécurité de la personne elle-même, de même que la sécurité du personnel hospitalier et des personnes présentes en salle d'urgence (Bunting, Fulde, and Forster 2007). Il arrive fréquemment que des personnes sous l'influence aiguë de stimulants requièrent une quelconque forme de contention physique ou pharmacologique (Gray et al. 2007; Bunting, Fulde, and Forster 2007; Jones, Woods, and Usher 2018). Compte tenu des risques physiques impliqués dans une telle situation et considérant l'impact important sur la personne envers qui ces mesures sont dirigées, une pression non négligeable s'exerce à la fois sur le personnel hospitalier et plus largement au sein du système de santé (par exemple, voir (Tait et al. 2018)).

La question des meilleures pratiques à adopter pour aider les personnes qui se trouvent dans un tel contexte conditionne une réponse qui se focalise sur trois volets complémentaires majeurs, en l'occurrence :

- 1) L'évaluation clinique ;
- 2) La prise en charge appropriée de la situation aiguë ;
- 3) L'offre d'interventions intégrées appropriées, combinant à la fois des approches en santé mentale et en dépendance, permettant un congé sécuritaire de l'hôpital.

Le présent avis se structure autour de ces trois volets, discutant des meilleures pratiques à adopter en vue de préciser le diagnostic, de prendre en charge adéquatement la personne sur les plans biologique, psychologique et social, abordant également certaines considérations légales et éthiques, les bonnes pratiques d'interventions spécifiques au contexte de la salle d'urgence, pour se conclure avec un énoncé des perspectives à long terme.

1. Évaluation clinique : Évaluer la dangerosité et préciser le diagnostic

Le premier volet qui mérite considération dans l'évaluation de la gravité de la situation et qui influencera les interventions consiste à déterminer si la personne et les autres individus autour d'elle sont en sécurité. La première étape devrait alors consister à évaluer la stabilité médicale physique de la personne et à déterminer le risque d'agressivité et d'agitation envers elle-même et autrui. Seulement si la personne est suffisamment stable sur ces deux aspects (stabilité physique et absence d'agressivité), il sera possible d'entamer une conversation pour l'évaluation

de la stabilité au plan psychologique. Si le niveau d'effets psychoactifs génère trop d'imprévisibilité dans les comportements et que la stabilité physique de la personne n'est pas assurée, l'entrevue d'évaluation psychiatrique pourra être remise à plus tard, en l'occurrence lorsque la situation d'agitation se sera stabilisée.

Les détails de l'évaluation de la dangerosité dépassent le cadre de cet avis et nous référons la personne lectrice à un [document officiel sur la question](#). Elle demeure toutefois importante pour aider à déterminer l'orientation des interventions, incluant la nécessité ou non du recours à l'hospitalisation forcée ou à des mesures légales. En plus du risque lié à l'agitation, l'hostilité ou l'agressivité, il est aussi important d'évaluer le risque suicidaire et le risque lié à l'altération parfois importante du jugement en état d'intoxication ou en présence de symptômes psychotiques. Dans les cas les plus sévères, les manifestations comportementales liées à l'intoxication à des stimulants prennent la forme d'un « délirium hyperactif avec agitation sévère », qui se présente comme une condition clinique potentiellement menaçante pour la vie, caractérisée par une combinaison d'anomalies des signes vitaux (par exemple, élévation de la température et de la pression artérielle), une agitation prononcée, un état mental altéré et des désordres métaboliques ((Springer 2024), [ACEP 2021](#)). Cette vive réponse comportementale qui peut comprendre plusieurs anomalies physiologiques concomitantes rappelle l'importance de chercher les causes et la nécessité d'une prise en charge initiale agressive et structurée pour limiter les risques de morbidité et de mortalité associés.

Dans ce contexte, pour tenter de préciser l'état de santé de la personne, la seconde étape vise à élaborer des impressions diagnostiques étayées qui aideront à prévoir la marche à suivre pour les étapes subséquentes. Basée sur l'établissement d'une alliance thérapeutique forte, cette approche offre la possibilité d'arrimer les stratégies d'intervention avec la situation spécifique de la personne concernée. Il est question « d'impressions diagnostiques » ici, car en contexte de salle d'urgence, il est souvent difficile et délicat d'affirmer un diagnostic avec certitude. Cette seconde étape prévoit spécifiquement d'établir l'historique de la consommation de toutes les substances utilisées par la personne et de l'ensemble des antécédents médicaux. Les hypothèses de diagnostics pourront alors être établies à la lumière de ces informations. Cette évaluation intégrée demande une certaine capacité d'adaptation au degré d'urgence de la présentation clinique. Il faut toujours être conscient des limites des évaluations à l'urgence qui n'offrent pas forcément un contexte optimal à la précision diagnostique. Étant donné que la loi permet de garder une personne contre son gré uniquement en présence d'une dangerosité afin de procéder à une évaluation psychiatrique (garde provisoire), il arrive fréquemment qu'une personne décide de quitter l'hôpital hâtivement et contre avis médical sans qu'un diagnostic précis n'ait pu être posé. De plus, même dans les situations où une évaluation complète a pu être effectuée, l'évolution de la situation clinique dans le temps peut venir changer le diagnostic. L'obtention d'informations collatérales par l'entourage lorsque possible peut grandement aider à préciser le diagnostic de même que les informations des dossiers antérieurs.

Plus spécifiquement, l'évaluation systématique des antécédents médicaux de la personne peut comprendre : son contexte d'arrivée à l'urgence, des informations sur les déterminants de la santé (incluant notamment son hébergement, sa situation financière, son entourage, etc.), les antécédents généraux, médicaux, psychiatriques et judiciaires de la personne, une exploration de son historique de consommation et des symptômes d'intoxication et de sevrage le cas échéant, les symptômes psychiatriques (dont l'apparence, le comportement, le discours, la pensée, l'humeur, l'affect, les hallucinations, les délires, les idées suicidaires / violentes, la sécurité, la cognition, le jugement) et une revue des systèmes des symptômes d'appels d'autres complications médicales incluant les complications cardio-vasculaires, infectieuses et neurologiques (Becker 2024). À noter que dans la gestion de ces situations à l'urgence, il importe de reconnaître que les intoxications à des stimulants, lorsque sévères, peuvent s'accompagner de complications majeures touchant plusieurs systèmes (hyperthermie avec risque de dysfonction multisystémique secondaire, rhabdomyolyse, insuffisance rénale aiguë, insuffisance hépatique, arythmies, ischémie myocardique, hypertension symptomatique, etc.), certaines d'entre elles pouvant s'avérer parfois mortelles. À l'opposé, certaines conditions médicales peuvent aussi induire des symptômes psychotiques et doivent donc faire partie du diagnostic différentiel. L'identification et la prise en charge en temps opportun des complications énumérées est parfois retardée, voire complètement occultée, parce que l'état d'agitation (accompagné de manifestations psychiatriques et comportementales caractéristiques) est la manifestation la plus apparente. Il va sans dire que la prise en charge structurée et systématique des états d'agitation sévère, souvent provoqués par une intoxication à une molécule stimulante/sympathomimétique, implique de prendre rapidement le contrôle de l'agitation, tel que précisé plus haut, avant de procéder à l'examen médical plus complet.

Dans tous les cas, peu importe la situation exacte, le diagnostic différentiel d'une personne se présentant avec des symptômes psychotiques en contexte de consommation de stimulants est large. Au même titre que les considérations sur l'état de santé physique, il est également important de tenter d'évaluer s'il y a présence d'un diagnostic de trouble d'usage aux stimulants et d'en préciser la sévérité, le cas échéant. La recherche d'autres troubles d'usage, de signes et symptômes d'intoxication ou de sevrage de certaines substances sont tout aussi importants. En plus de la famille des troubles psychotiques, de tels symptômes d'agitation peuvent aussi se manifester dans plusieurs autres diagnostics psychiatriques (ex : syndrome confusionnel aigu, des troubles cognitifs, dans certains troubles affectifs, induit par d'autres affections médicales, en présence de troubles de stress post-traumatique ou de trouble de personnalité, trouble factice, sevrage d'alcool, de benzodiazépines ou de GHB, etc.). L'utilisation d'outils validés d'évaluation clinique peut être d'une aide précieuse dans ce cas-ci pour s'assurer d'obtenir certaines informations de façon systématique. Ces outils peuvent permettre notamment de déterminer la gravité des symptômes psychotiques (par exemple : PANSS, PSYRATS, Clinician-rated dimensions of psychosis symptom severity, brief psychiatric rating scale), au même titre que l'intensité d'usage de stimulants et des modalités de consommation associées (utiliser, par exemple, un tableau de consommation auto-rapportée comme le questionnaire *Timeline Follow Back – TLFB* en combinaison des critères du DSM-5).

Pour la majorité des personnes qui présentent des symptômes psychotiques en contexte de consommation de stimulants, trois scénarios potentiels peuvent expliquer les symptômes psychotiques.

- 1) L'intoxication aiguë aux stimulants avec troubles perceptuels. Dans ce contexte, les signes et symptômes psychotiques surviennent pendant l'intoxication et se résorbent en même temps que la résolution des effets psychoactifs de la substance consommée, pouvant aller des quelques minutes à plusieurs heures (variabilité selon la quantité consommée, le mode de consommation, les comorbidités, les autres substances consommées, etc.). La personne possède habituellement une certaine capacité autocritique (parfois que partielle) sur sa propre condition et les symptômes se résorbent complètement à l'intérieur de 24h.
- 2) Trouble psychotique induit par les stimulants : ce scénario survient généralement lorsque les symptômes psychotiques sont déclenchés par un épisode d'intoxication (ou de sevrage) au-delà de la période d'intoxication ou de sevrage attendue pour la substance. Il est toutefois attendu que les symptômes s'estomperont pour se résoudre complètement à l'intérieur d'un mois.
- 3) Trouble psychotique primaire : présence d'un trouble psychiatrique (ex : schizophrénie, maladie affective bipolaire) indépendant de la prise de substance. La consommation de substance peut toutefois avoir contribué à l'exacerbation des symptômes psychotiques mais ceux-ci demeurent présents même en l'absence de consommation.

La distinction entre le trouble psychotique induit par les stimulants et la présence d'un trouble psychotique primaire demande une évaluation rigoureuse des symptômes incluant la sévérité de ceux-ci, de leur moment d'apparition, de leur fluctuation et de leur temporalité. Le Tableau 1 résume les indices pouvant aider à distinguer ces deux situations. Encore une fois, l'information collatérale, l'exploration des antécédents en portant une importance particulière aux périodes de diminution ou d'arrêt de la consommation et de l'influence sur les symptômes, constituent des éléments clés à évaluer qui pourront orienter le diagnostic. L'évolution dans le temps est aussi primordiale. Il faut garder en tête que certaines personnes auront tendance à minimiser certains symptômes ou à en mettre de l'avant selon leur désir de quitter rapidement ou non l'hôpital. Dans certaines situations, il est difficile de statuer entre les deux troubles à l'urgence. De plus, le fait d'avoir eu un épisode de trouble psychotique induit par une substance augmente significativement les risques de développer éventuellement un trouble primaire. Des données tirées d'une étude réalisée sur une population danoise ont démontré que jusqu'à 20% et 32% des individus inclus dans la population à l'étude et ayant vécu un épisode psychotique induit par la consommation de cocaïne ou d'amphétamine, respectivement, finissent par développer une schizophrénie ou un trouble bipolaire dans un horizon temporel de 20 ans (Starzer, Nordentoft, and Hjorthøj 2018).

Tableau 1. Indices cliniques permettant de distinguer une situation de trouble psychotique induit par une substance d'un trouble psychotique primaire.

Critères	Trouble psychotique induit	Trouble psychotique primaire
Début des symptômes	Immédiatement après la consommation de la substance	Pas de lien direct avec la consommation de substances
Historique de consommation de substances	Présence confirmée de consommation récente de substances	Pas de consommation de substances ou consommation non associée
Type de symptômes	Hallucinations et délires souvent en rapport avec la substance	Hallucinations et délires non liés à une substance spécifique
Durée des symptômes	Symptômes diminuent après l'élimination de la substance	Symptômes persistants et souvent chroniques
Signes physiques	Présence de signes de toxicité ou de sevrage (ex. pupilles dilatées, tremblements)	Pas de signes spécifiques de toxicité ou de sevrage
Réponse au traitement	Symptômes s'améliorent rapidement après l'arrêt de la substance	Nécessite souvent un traitement psychiatrique à long terme
Antécédents médicaux	Antécédents de consommation problématique de substances	Souvent des antécédents familiaux de troubles psychotiques

Bramness et al. (2012). BMC Psychiatry. 12:221. doi: 10.1186/1471-244X-12-221.

Wilson et al. (2017). Schizophr Res. 197:78-86. doi: 10.1016/j.schres.2017.11.001.

Puisque ces deux situations (trouble psychotique induit vs. trouble psychotique primaire) se présentent de manière très semblable à l'urgence, il importe de faire preuve de prudence dans l'évaluation initiale afin d'envisager la meilleure manière d'arrimer la personne avec le ou les bons services à l'extérieur de l'hôpital, en plus de conditionner le choix de traitement et de suivi par l'équipe traitante. Une évaluation minutieuse permet une bonne prise en charge et contribuera à élaborer une stratégie pour offrir un suivi approprié et pour prévenir le [phénomène de porte tournante à l'urgence](#), avec comme point focal de plus [grands bénéfices pour la personne](#).

Afin que le processus soit collaboratif et bénéfique, les bases des rencontres à l'urgence devraient reposer sur une approche sensible aux traumatismes, de même que sur l'écoute empathique, l'attitude bienveillante, l'adoption d'un langage non stigmatisant et l'observation attentive (Becker 2024). Ces attitudes devraient également être transférées et appliquées à la prise en charge médicale et psychosociale.

2. Prise en charge aiguë bio-psycho-sociale

La prise en charge de personnes vivant un épisode psychotique sous l'effet de stimulants peut représenter un défi de taille lorsqu'elles se présentent à l'urgence, surtout si elles y ont été amenées contre leur gré suite à l'émission d'une ordonnance d'évaluation psychiatrique ou suite à l'application de la loi P38 par les policiers. Il existe différentes techniques psycho-sociales de même que certaines solutions pharmacologiques pour composer avec l'agitation. Les options

visant à stabiliser la personne devraient progresser de méthodes non-pharmacologiques vers l'usage de molécules pharmaceutiques uniquement lorsque nécessaire (Wolfe and McCoin 2024). L'intervention auprès d'une personne agitée devrait comprendre quatre objectifs, soit :

- 1) assurer la sécurité de la personne, du personnel et des autres individus à proximité ;
- 2) aider la personne à gérer ses émotions et sa détresse, tout en maintenant ou en regagnant le contrôle de ses comportements ;
- 3) éviter l'utilisation de la contention (physique ou pharmacologique) autant que possible ;
- 4) éviter les interventions coercitives qui pourraient avoir comme conséquence de faire escalader l'agitation.

Suivant un ordre progressif et de manière non exhaustive, certaines des mesures qui pourraient être exploitées incluent notamment les suivantes :

- Désescalade non-coercitive

Bien que la gestion de comportements agités, agressifs ou violents repose souvent sur l'utilisation de méthodes de contention physique ou pharmacologiques, tenter de désescalader la situation de manière pacifique devrait être un point focal primaire de l'intervention (Richmond et al. 2012). Le personnel du corps médical avec une expérience particulière en la matière a constaté que si ce type d'interventions est appliqué avec un véritable engagement, des résultats bénéfiques sont obtenus plus rapidement et plus fréquemment qu'attendu (Wolfe and McCoin 2024; Richmond et al. 2012). L'Association Américaine d'Urgence Psychiatrique (traduction libre de l'*American Association for Emergency Psychiatry*) fournit à ce propos un guide pratique permettant d'encadrer ce genre d'approche (projet BETA : *Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation*). Les lignes directrices proposent une méthode en trois étapes qui incluent 10 actions de bases permettant d'appliquer ces étapes : 1) engager la personne verbalement (actions : respecter l'espace personnel, ne pas provoquer, établir un contact verbal), 2) établir une relation collaborative (actions : adopter un discours concis, établir les besoins et les émotions de la personne, l'écouter avec attention, accepter de ne pas être d'accord), et 3) désescalader la personne verbalement hors de la zone d'agitation (actions : rappeler la loi et définir des limites claires, offrir des choix et faire preuve d'optimisme, compte-rendu à la personne concernée et au personnel) (Richmond et al. 2012; Holloman and Zeller 2012). Il existe à cet effet le [programme de formation Omega](#) qui permet à toute personne de développer la capacité de gérer l'agressivité verbale et/ou physique dans le cadre de sa pratique professionnelle. À noter que l'utilisation des techniques de désescalade verbale et non verbale ne devrait toutefois pas retarder l'offre d'une médication permettant de traiter l'agitation lorsqu'elle est indiquée, tel que recommandé dans [le guide pratique](#) de l'*American Society of Addiction Medicine* et l'*American Academy of Addiction Psychiatry* ("The ASAM/AAAP Clinical Practice Guideline on the Management of Stimulant Use Disorder" 2024).

- Sécurisation physique

Lorsque les tentatives d'interventions non-coercitives décrites ci-dessus ne fonctionnent pas, il se peut que des méthodes de contrainte physique soient utilisées de manière temporaire, ce qui se produit généralement dans un très faible pourcentage des cas des visites à l'urgence, dont les plus fréquents sont toutefois des situations d'intoxication aux stimulants (Wong et al. 2019). Il existe plusieurs types de méthodes permettant d'exercer une contrainte physique pour immobiliser ou sécuriser une personne agitée, mais la description de celles-ci dépasse le cadre du présent avis (voir la [plateforme gouvernementale ENA](#) pour la formation « Standardisation de la prise en charge du patient agité (code blanc) »). Les techniques appliquées devraient cependant faire l'objet d'une procédure standardisée et éprouvée et elles devraient être cessées le plus rapidement possible dès que l'intégrité physique de la personne et de son entourage est sécurisée.

Il importe de souligner dans ce contexte la nécessité de prendre en compte l'impact psychologique de l'utilisation de mesures de contention en santé. Le respect de l'autonomie des personnes visées par ces interventions doit être une priorité, et celles-ci doivent être incluses dans le processus décisionnel autant que possible. Les individus ayant vécu de telles situations rapportent souvent des taux élevés de détresse psychologique après l'utilisation de mesures courantes telles que les contentions physiques, l'isolement ou la prise de médicaments forcée (Wolfe and McCoin 2024). Ces expériences peuvent avoir des répercussions sur les futures interactions avec le système de santé, en générant de la méfiance ou en dissuadant la personne de rechercher des soins dans le futur.

- Options pharmacologiques

Lorsque les méthodes non-pharmacologiques échouent à calmer l'agitation de la personne, certaines options pharmacologiques peuvent être considérées. Lorsque la personne présente des symptômes psychotiques, une médication peut également lui être offerte (voir recommandation #59 dans ASAM 2024). La classe de molécules généralement utilisée pour ce type d'intervention comprend notamment les antipsychotiques typiques, les antipsychotiques atypiques et les benzodiazépines. Les benzodiazépines sont généralement utilisées en monothérapie lorsque la nature de l'agitation est incertaine, lorsqu'elle est soupçonnée d'être causée par l'usage de substances psychoactives ou de symptômes de sevrage et qu'il n'est pas clair si la personne présente des symptômes psychotiques. Dans un contexte d'intoxication aux stimulants, l'utilisation d'une benzodiazépine en monothérapie semble être le choix le plus sécuritaire. Les antipsychotiques peuvent, de manière secondaire, être considérés ; les molécules de deuxième génération par voie orale sont habituellement privilégiées étant donné le profil d'effets secondaires extra pyramidaux plus favorable. Lorsqu'un antipsychotique par voie intramusculaire est nécessaire, si un antipsychotique typique est

utilisé, il est habituellement combiné à une médication permettant de limiter le risque de réaction extrapyramidale aiguë (par exemple une benzodiazépine). Dans tous les cas, le choix de la voie d'administration et du type de molécule doit ultimement reposer sur le jugement éclairé du personnel hospitalier autorisé à prendre cette décision.

La combinaison d'un antipsychotique et d'une molécule de benzodiazépine tend à donner des résultats plus concluants qu'un agent pharmacologique utilisé seul (Wolfe and McCoin 2024). La multitude de conséquences physiologiques possibles, de molécules et de combinaisons de molécules, de dosages et de voies d'administration rend cependant difficile l'élaboration d'une conclusion unique et renvoie davantage au jugement et à l'expérience de la personne clinicienne. Il existe également certaines données sur l'utilisation de la kétamine comme agent pharmacologique de première ligne pour l'agitation (Baumgardner, Bauerle, and Eilertson 2020; Corwell et al. 2022), stratégie notamment recommandée par l'*American College of Emergency Physicians* aux États-Unis (Agitation et al. 2024). L'utilisation de cette stratégie pharmacologique demeure toutefois contentieuse en médecine d'urgence au Québec.

3. Offre d'interventions intégrée et orientation au congé de l'hôpital

Un accent particulier pourrait être mis sur les interventions psychosociales

Des interventions psychosociales peuvent conjointement être appliquées pour soutenir les personnes présentant des symptômes psychotiques sous l'effet de stimulants et réduire les comportements à risque. Elles devraient viser autant le trouble psychotique que le trouble d'usage aux stimulants, ainsi que tout autre diagnostic concomitant. Outre les stratégies visant à atténuer l'agitation de la personne et les options pharmacologiques permettant d'agir sur certains des symptômes associés à l'état de psychose, dans une perspective d'évitement du phénomène de porte-tournante à l'urgence, des approches d'intervention psychosociales peuvent être mises en place à l'urgence ou si la personne nécessite une admission sur une unité de soins. Un avis scientifique produit par le CECTC [détaille les meilleures approches à privilégier dans ce contexte](#). La base de ces stratégies devrait s'appuyer sur le développement d'une confiance envers le personnel hospitalier afin de créer une alliance thérapeutique. Une démarche agile, personnalisée, respectueuse et ouverte qui s'arrime aux besoins de l'individu devrait être privilégiée. L'utilisation d'une approche centrée sur la personne où les objectifs individualisés sont pris en compte et offrant un processus de décisions partagées est de mise. Cela évite aussi de limiter les situations de confrontation qui augmentent souvent la résistance au changement.

Approche sensible aux traumatismes

L'approche sensible aux traumatismes, l'utilisation, même brève, de techniques d'entretien motivationnel, la stimulation du sentiment d'efficacité personnelle, l'éducation psychologique, l'adoption d'une attitude exempte de jugement et centrée sur la personne et ses objectifs, tout en tenant compte du stade de changement auquel elle se trouve, sans oublier l'implication, si

possible, des organismes communautaires, représentent toutes des stratégies pouvant être combinées avec créativité afin d'intervenir judicieusement (voir l'[avis scientifique du CECTC](#) sur le sujet). L'utilisation des stratégies décrites dans l'intervention brève peut aider ces interventions dans un contexte d'urgence où le temps disponible est souvent restreint.

Selon les objectifs de la personne, des stratégies de prévention de la rechute visant autant les symptômes psychotiques que l'utilisation de stimulants peuvent être explorées. Ces approches peuvent inclure également des stratégies de réduction des méfaits.

Interventions brèves et gestion des contingences

Il conviendrait effectivement de prôner certaines interventions brèves qui découlent des principes de réduction des méfaits (Peele 2016; Werb et al. 2016). Les personnes en situation d'hospitalisation en lien avec des troubles d'usage de stimulants expriment fréquemment le désir de recevoir des services de réduction des méfaits (McNeil et al. 2016), une approche qui pourrait également s'intégrer aux autres interventions suggérées précédemment. Par exemple : se renseigner sur les modes d'administration utilisés et fournir de l'éducation selon la situation de la personne (ex. : éviter de partager le matériel d'inhalation ou d'injection, utiliser des embouts pour la bouche sur les pipes, utiliser une barrière protectrice pour la peau comme de la gelée de pétrole, mélanger la substance avec de l'eau stérile pour l'insertion rectale, utiliser des seringues stériles, nettoyer la peau et le matériel avant l'injection ou l'inhalation, distribution de matériel de prévention varié, utiliser les services de consommation supervisée, etc.). Fournir des trousseaux de naloxone et de l'éducation sur les surdoses aux opioïdes pourrait également s'avérer utile et bénéfique (Priest et al. 2023). Plus spécifiquement en lien avec les risques de récurrences de symptômes psychotiques, l'impact du manque de sommeil et des stratégies pour favoriser celui-ci peuvent être explorés.

Des données obtenues par plusieurs équipes de recherche indépendantes suggèrent que la gestion des contingences, basée sur un système de récompense agissant à titre de renforcement positif à l'égard de comportements spécifiques, constitue l'option la plus prometteuse (Ronsley et al. 2020). Cette approche, bien que peu étudiée en milieu hospitalier, semble donner des résultats préliminaires concluants dans le contexte du trouble lié à l'utilisation de stimulants (Bach et al. 2020), quoique peu applicable au contexte de l'urgence.

Ne pas négliger l'importance de l'entourage

L'implication des proches, lorsque possible et sécuritaire, sera aidante à toutes les étapes du processus. Les informations collatérales aideront à préciser le diagnostic et l'orientation. Le partage de l'éducation psychologique avec eux et leur participation à l'élaboration du plan de congé et d'un plan de prévention de la rechute est également bénéfique. Il arrive toutefois que la personne se présentant à l'urgence refuse que de l'information soit transmise à ses proches où qu'ils soient contactés. Tel que mentionné précédemment, les limites légales et le respect de l'autonomie de la personne mènent parfois à des départs hâtifs de l'urgence pouvant amener une certaine incompréhension, voire une frustration de la part de l'entourage. Un volet éducatif

général et empathique devrait être offert aux proches sur ces limites légales, ainsi que sur la conduite en cas d'urgence et les ressources disponibles, y compris celles visant à offrir un soutien à l'entourage dans leur région. Les inquiétudes des proches sur le risque de rechute ou de récidence des comportements sont souvent justifiées et ne doivent pas être minimisées.

Options pharmacologiques pour le trouble lié à l'utilisation de stimulant

Il n'existe actuellement pas de traitement pharmacologique approuvé par Santé Canada ni recommandé par des guides de pratique canadiens pour le traitement du trouble d'usage aux stimulants. Il existe toutefois certaines recommandations formulées dans le guide de pratique clinique publié par l'*American Society of Addiction Medicine* et l'*American Academy of Addiction Psychiatry* (ASAM-AAAP 2024). Ces recommandations incluent des options de molécules de type psychostimulant et non-psychostimulant. Concernant par exemple le trouble lié à l'utilisation de la cocaïne, le guide clinique recommande l'utilisation possible de bupropion ou topiramate. Note importante dans le cas du bupropion : la fenêtre thérapeutique de la molécule étant étroite, avec risque de surdose létale et potentiel d'usage problématique, ces aspects doivent être pris en compte avant de considérer son utilisation. Dans les situations de trouble lié à l'utilisation de stimulant de type amphétamine, le bupropion pourrait être utilisé si la consommation se situe entre légère et modérée (< 18 jours d'usage / mois), une combinaison de bupropion et naltrexone pourrait également être envisagée (à considérer s'il existe une problématique concomitante de trouble lié à l'utilisation de l'alcool ou de nicotine, ou s'il existe une condition concomitante de trouble dépressif), au même titre que le topiramate ou la mirtazapine. Dans le cas des recommandations d'options pharmacologiques appartenant à la classe des stimulants, l'ASAM et l'AAAP précisent que cette option devrait uniquement être appliquée par des médecins spécialistes formés en médecine des toxicomanies ou en psychiatrie des toxicomanies, en plus de posséder la formation appropriée, les compétences et la capacité d'assurer un suivi étroit de la personne traitée. Lorsqu'une molécule de psychostimulant est prescrite, la personne clinicienne ayant émis la prescription devrait assurer un niveau de suivi proportionnel au profil de risque de la molécule et de la personne traitée. Dans le cas du trouble lié à l'utilisation de cocaïne, la prescription de modafinil pourrait contribuer à réduire la quantité de cocaïne consommée et à augmenter la rétention au traitement. Spécifiquement dans le cadre du trouble d'usage de cocaïne, une combinaison de topiramate et de sels mixtes d'amphétamine à action prolongée pourrait être prescrite afin de diminuer l'usage de cocaïne et le *craving*. Il pourrait également être envisagé de prescrire une amphétamine à action prolongée seule, ce qui pourrait avoir comme conséquence de promouvoir l'abstinence de cocaïne. Finalement, la prescription de méthylphénidate à action prolongée pourrait être envisagée pour réduire l'usage d'amphétamine chez les gens qui vivent avec un trouble d'usage d'amphétamine.

Si ces molécules sont considérées, les limites scientifiques devraient être discutées avec la personne, en décrivant les points positifs et négatifs, de même que les objectifs thérapeutiques bien documentés et réévalués périodiquement. Dans cette optique, il est peu probable que ces molécules soient considérées dans un contexte d'urgence, mais plutôt en vue du congé de l'hôpital et dans le contexte d'un suivi en ambulatoire. La discussion sur la médication dans un

contexte d'urgence touchera donc principalement la prescription d'antipsychotique ou la médication en lien avec d'autres complications médicales de la consommation de stimulants. Le volet éducatif et l'élaboration du plan de prévention de la rechute personnalisé devraient aussi inclure une discussion sur le rôle de la médication. Il faut également rappeler l'importance d'évaluer et de traiter, lorsque possible, les troubles d'usage pour d'autres substances psychoactives, outre les stimulants, si la présence d'un trouble concomitant est détectée chez la personne et de choisir les options pharmacologiques appropriées en ce sens.

Dans les cas où les symptômes psychotiques semblent être principalement secondaires à une intoxication et où les symptômes psychotiques sont rapidement résolus, il n'est habituellement pas recommandé de maintenir une médication antipsychotique. La médication antipsychotique est une des pierres angulaires du traitement des troubles psychotiques primaires et devrait donc être maintenue s'il a été possible de clarifier le diagnostic. Étant donné les taux de conversion important de trouble psychotique induit vers un trouble psychotique primaire, les lignes directrices canadiennes mentionnent qu'une approche prudente serait de traiter un trouble psychotique induit ayant persisté de façon prolongée comme s'il s'agissait d'un épisode de trouble psychotique primaire (D. Addington et al. 2017; J. Addington et al. 2017).

Suivi et évaluation de l'orientation optimale de la personne

Cette évolution dans le temps du diagnostic souligne également la nécessité d'assurer un suivi approprié. Lorsqu'une personne répond aux critères des cliniques de premier épisode psychotiques, elle devrait y être référée en priorité et ne devrait pas être exclue en raison de son trouble d'usage (CPA 2017). L'orientation est parfois plus complexe dans les autres situations. L'approche devrait être individualisée selon les objectifs de la personne concernée, ses besoins et les ressources disponibles dans votre région. Les ressources médicales incluant les services d'hospitalisation et de suivi externe de psychiatrie, les cliniques de médecine familiale, les guichets d'accès en santé mentale adulte (GASMAs), les équipes de proximités et de suivi dans le milieu, les centres de réadaptation en dépendance, les pairs aidants et les organismes communautaires peuvent entre autres être mis à contribution.

Certains outils peuvent aider à obtenir les informations nécessaires pour déterminer l'orientation la plus optimale. Entre autres, l'évaluation selon les critères de l'ASAM peut être très aidante à cet effet. L'utilisation des critères de l'*American Society of Addiction Medicine* (ASAM) peut permettre d'orienter les décisions de prise en charge. Ces critères ont été développés sur la base de données probantes pour évaluer l'état d'une personne et soutenir la prise de décision quant au niveau de soins le plus approprié à apporter à celle-ci ([ASAM 2022](#)). L'utilisation de cette approche multidimensionnelle permet de déterminer avec précision les besoins biologiques, émotionnels et sociaux de la personne et ainsi, prévoir la meilleure marche à suivre pour l'accompagner vers une amélioration de sa situation. Tenant compte des besoins, forces, ressources, soutien social et atouts de la personne, cette stratégie peut permettre de déterminer le niveau de soin qui convient tout au long du continuum de traitement. Les dimensions considérées dans cette évaluation sont : **1) intoxication aiguë et potentiel de sevrage**

(exploration passée et présente de l'utilisation de substances, historique de symptômes de sevrage) ; **2) dimension biomédicale** (besoins médicaux et historique de santé) ; **3) conditions émotionnelle, comportementale ou cognitive et complications** ; **4) disposition au changement** (évaluer la volonté et la disposition de la personne à modifier ses habitudes de consommation) ; **5) rechute, utilisation continue ou potentiel de problèmes chroniques** (déterminer les besoins de la personne qui pourraient influencer son potentiel à rechuter) ; **6) environnement de vie et rétablissement** (évaluer comment la situation de vie d'une personne peut aider ou entraver ses efforts d'amélioration). Un guide pratique d'entrevue permettant de se servir de ces critères pour évaluer une personne est disponible sur le site de l'ASAM ([anglais seulement](#)). Le résultat de l'évaluation multidimensionnelle permettra ensuite de cerner le niveau de soins à apporter à la personne, de l'hospitalisation jusqu'au retour à la maison en rétablissement, en passant par les différentes options de suivi en communauté ([ASAM 2022](#)).

En somme, la coordination des soins avec d'autres services et spécialistes revêt une importance de premier plan afin de permettre une prise en charge adéquate de la personne suite à son passage à l'urgence. L'ensemble des personnes intervenantes devrait pouvoir se concerter pour offrir un éventail de solutions planifiées et structurées afin d'augmenter l'efficacité des stratégies pouvant être mises en place. L'efficacité de la coordination des soins entre services après les interventions en salle d'urgence sera d'autant plus grande si un individu de confiance dans l'équipe d'intervention joue le rôle d'intervenant pivot surtout pour les personnes aux prises avec des situations plus complexes et instables. La personne qui assure cette fonction sera chargée, en plus d'intervenir directement auprès de la personne, d'assurer la liaison avec d'autres programmes, services ou acteurs du réseau de la santé et du milieu communautaire, lui permettant de s'assurer que toutes les informations nécessaires soient disponibles pour tous les intervenants impliqués.

4. Perspectives à long terme et conclusion

Les situations de personnes qui se présentent à l'urgence dans un état psychotique et sous l'effet aigu et intense de psychostimulants se manifestent de manière diversifiée et complexe, ce qui représente un défi de taille pour le personnel hospitalier, qui n'est toutefois pas pour le moins insurmontable. Les troubles d'usage de stimulants doivent d'abord être considérés comme des problèmes persistants qui nécessitent la mise en place d'une ou plusieurs approches complémentaires et à long terme. Le contexte de la salle d'urgence et la nature éphémère du séjour potentiel à l'hôpital peuvent limiter les possibilités d'application de stratégies d'intervention plus étoffées. Si le suivi à long terme ne semble pas toujours compatible avec le contexte d'intervention, il n'est pas sans rappeler que plusieurs stratégies peuvent toutefois être mises en place directement en salle d'urgence. En démarrant par la caractérisation du niveau de danger, suivi par la précision du diagnostic, il devient possible d'identifier rapidement des mesures à mettre en place pour intervenir de manière plus optimale. En procédant systématiquement et de façon intégrée, l'efficacité et la pertinence des interventions en seront bonifiées. La psychose et le trouble lié à l'utilisation de stimulants peuvent s'exprimer de manière concomitante chez une même personne. L'efficacité des interventions reçues pourra par conséquent être augmentée

si les différents services de santé mentale et de toxicomanie sont mis en commun et coordonnés de manière concertée et planifiée. En somme, malgré le contexte d'interventions ponctuelles limitées dans le temps, de multiples actions préventives peuvent être proposées pour agir en amont et diminuer notamment le phénomène de porte tournante tout en augmentant la sécurité de tous.

Rédigé par :

Simon Dubreucq, MD, FRCPC, MSc

Chercheur clinicien, Centre de recherche du CHUM
Chef, Service de médecine des toxicomanies, CHUM
Département de psychiatrie

Véronique Plante

Travailleuse sociale
Coordonnatrice du programme d'avis scientifiques du CECTC

François-Olivier Hébert, PhD biologie

Associé de recherche, CR-CHUM, Axe Neurosciences
Rédacteur scientifique, CECTC
Chargé de sessions cliniques, Programme de certificat en dépendance, Département de psychiatrie et de neurosciences, Université Laval, Québec

Révisé par :

Catherine De Montigny, MD

Médecin
Département de psychiatrie, Service de médecine des toxicomanies, CHUM
Chargée d'enseignement clinique, Université de Montréal, Montréal

Alexandre Larocque, MD, FRCPC

Spécialiste en médecine d'urgence
Toxicologue - Centre antipoison du Québec
Médecin-conseil (toxicologie) - Direction régionale de santé publique de Montréal

Didier Jutras-Aswad, M.D., M.Sc., FRCPC

Chef, Département de psychiatrie du CHUM
Chercheur-clinicien FRQS, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Professeur titulaire, Département de psychiatrie et d'addictologie, Université de Montréal
Président du CECTC

Avertissement

Il est possible que le contenu de cet avis nécessite des révisions dans un avenir plus ou moins rapproché, selon les données scientifiques qui seront éventuellement disponibles. Il faut aussi noter que cet avis contient des renseignements fournis à titre d'information et d'éducation et ne remplace aucunement le jugement professionnel et la responsabilité engagée d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé.

Références

- ACEP. Clinical Policy: Critical Issues in the Evaluation and Management of Adult Out-of-Hospital or Emergency Department Patients Presenting With Severe Agitation Approved by the ACEP Board of Directors, October 6, 2023. *Ann. Emerg. Med.* **83**, e1–e30 (2024).
- Addington, Donald, Sabina Abidi, Iliana Garcia-Ortega, William G. Honer, and Zahinoor Ismail. 2017. "Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders." *The Canadian Journal of Psychiatry* 62 (9): 594–603. <https://doi.org/10.1177/0706743717719899>.
- Addington, Jean, Donald Addington, Sabina Abidi, Thomas Raedler, and Gary Remington. 2017. "Canadian Treatment Guidelines for Individuals at Clinical High Risk of Psychosis." *The Canadian Journal of Psychiatry* 62 (9): 656–61. <https://doi.org/10.1177/0706743717719895>.
- Agitation, American College of Emergency Physicians Clinical Policies Subcommittee (Writing Committee) on Severe, Molly E W Thiessen, Steven A Godwin, Benjamin W Hatten, Jessica A Whittle, Jason S Haukoos, Deborah B Diercks, et al. 2024. "Clinical Policy: Critical Issues in the Evaluation and Management of Adult Out-of-Hospital or Emergency Department Patients Presenting With Severe Agitation." *Annals of Emergency Medicine* 83 (1): e1–30. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2023.09.010>.
- ASAM/AAAP. 2024 Clinical Practice Guideline on the Management of Stimulant Use Disorder. *Journal of Addiction Medicine* 18(15):p 1-56. | DOI: 10.1097/ADM.0000000000001299
- Au, Ruby Tszwai, Elizabeth Hotham, and Vijayaprakash Suppiah. 2023. "Guidelines and Treatment for Illicit Drug Related Presentations in Emergency Departments: A Scoping Review." *Australasian Psychiatry* 31 (5): 625–34. <https://doi.org/10.1177/10398562231191671>.
- Bach, Paxton, Emma Garrod, Kaye Robinson, and Nadia Fairbairn. 2020. "An Acute Care Contingency Management Program for the Treatment of Stimulant Use Disorder: A Case Report." *Journal of Addiction Medicine* 14 (6): 510–13. <https://doi.org/10.1097/adm.0000000000000643>.
- Baumgardner, Joshua L., William L. Bauerle, and Kirsten Eilertson. 2020. "Estimating Optimal Daily Nitrate, Potassium, and Water Requirements of Cannabis Sativa 'Cherry Wine' during the Vegetative Phase." *Journal of Plant Nutrition*, 1–11. <https://doi.org/10.1080/01904167.2020.1867741>.
- Becker, Ina. 2024. "The Emergency Psychiatric Interview." *Emergency Medicine Clinics of North America* 42 (1): 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2023.06.020>.
- Bunting, Philippa J, Gordian W O Fulde, and S Lesley Forster. 2007. "Comparison of Crystalline Methamphetamine ('Ice') Users and Other Patients with Toxicology-related Problems

- Presenting to a Hospital Emergency Department.” *Medical Journal of Australia* 187 (10): 564–66. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01417.x>.
- Corwell, Brian N., Sergey M. Motov, Natalie L. Davis, and Hong K. Kim. 2022. “Novel Uses of Ketamine in the Emergency Department.” *Expert Opinion on Drug Safety* 21 (8): 1009–25. <https://doi.org/10.1080/14740338.2022.2100883>.
- Canadian Psychological Association (CPA)/Société canadienne de psychologie. Canadian Code of Ethics for Psychologists. — 4th ed. ISBN 978-1-926793-11-5
- Glasner-Edwards, Suzette, and Larissa J. Mooney. 2014. “Methamphetamine Psychosis: Epidemiology and Management.” *CNS Drugs* 28 (12): 1115–26. <https://doi.org/10.1007/s40263-014-0209-8>.
- Goodwin, J. Shawn, Gaynor A. Larson, Jarod Swant, Namita Sen, Jonathan A. Javitch, Nancy R. Zahniser, Louis J. De Felice, and Habibeh Khoshbouei. 2009. “Amphetamine and Methamphetamine Differentially Affect Dopamine Transporters in Vitro and in Vivo *.” *Journal of Biological Chemistry* 284 (5): 2978–89. <https://doi.org/10.1074/jbc.m805298200>.
- Gray, Suzanne D, Daniel M Fatovich, David L McCoubrie, and Frank F Daly. 2007. “Amphetamine-related Presentations to an Inner-city Tertiary Emergency Department: A Prospective Evaluation.” *Medical Journal of Australia* 186 (7): 336–39. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb00932.x>.
- Hollis, Chris, Qi Chen, Zheng Chang, Patrick D Quinn, Alexander Viktorin, Paul Lichtenstein, Brian D’Onofrio, Mikael Landén, and Henrik Larsson. 2019. “Methylphenidate and the Risk of Psychosis in Adolescents and Young Adults: A Population-Based Cohort Study.” *The Lancet Psychiatry* 6 (8): 651–58. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30189-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30189-0).
- Holloman, Garland H., and Scott L. Zeller. 2012. “Overview of Project BETA: Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation.” *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health* 13 (1): 1–2. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6865>.
- Jones, Rikki, Cindy Woods, and Kim Usher. 2018. “Rates and Features of Methamphetamine-related Presentations to Emergency Departments: An Integrative Literature Review.” *Journal of Clinical Nursing* 27 (13–14): 2569–82. <https://doi.org/10.1111/jocn.14493>.
- McKetin, Rebecca, Dan I. Lubman, Jake M. Najman, Sharon Dawe, Peter Butterworth, and Amanda L. Baker. 2014. “Methamphetamine Use and Violence.” *Addiction* 109 (5): 798–806. <https://doi.org/10.1111/add.12474>.
- McKetin, Rebecca, Jennifer McLaren, Dan I. Lubman, and Leanne Hides. 2006. “The Prevalence of Psychotic Symptoms among Methamphetamine Users.” *Addiction* 101 (10): 1473–78. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01496.x>.

- McNeil, Ryan, Thomas Kerr, Bernie Pauly, Evan Wood, and Will Small. 2016. "Advancing Patient-centered Care for Structurally Vulnerable Drug-using Populations: A Qualitative Study of the Perspectives of People Who Use Drugs Regarding the Potential Integration of Harm Reduction Interventions into Hospitals." *Addiction* 111 (4): 685–94. <https://doi.org/10.1111/add.13214>.
- Moran, Lauren V., Dost Ongur, John Hsu, Victor M. Castro, Roy H. Perlis, and Sebastian Schneeweiss. 2019. "Psychosis with Methylphenidate or Amphetamine in Patients with ADHD." *New England Journal of Medicine* 380 (12): 1128–38. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1813751>.
- NIDA. 2021. "How Is Methamphetamine Different from Other Stimulants, Such as Cocaine?" <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/methamphetamine/how-methamphetamine-different-other-stimulants-such-cocaine>.
- Peele, Stanton. 2016. "People Control Their Addictions No Matter How Much the 'Chronic' Brain Disease Model of Addiction Indicates Otherwise, We Know That People Can Quit Addictions – with Special Reference to Harm Reduction and Mindfulness." *Addictive Behaviors Reports* 4:97–101. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2016.05.003>.
- Priest, Kelsey C., Alëna A. Balasanova, Ximena A. Levander, Brian Chan, Christopher K. Blazes, John Mahan, Jessica Brown, et al. 2023. "Caring for Hospitalized Adults with Methamphetamine Use Disorder: A Proposed Clinical Roadmap." *The American Journal of Medicine* 136 (6): 507–9. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.01.012>.
- Richmond, Janet S., Jon S. Berlin, Avrim B. Fishkind, Garland H. Holloman, Scott L. Zeller, Michael P. Wilson, Muhamad Aly Rifai, and Anthony T. Ng. 2012. "Verbal De-Escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-Escalation Workgroup." *Western Journal of Emergency Medicine: Integrating Emergency Care with Population Health* 13 (1): 17–25. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>.
- Ronsley, Claire, Seonaid Nolan, Rod Knight, Kanna Hayashi, Jano Klimas, Alex Walley, Evan Wood, and Nadia Fairbairn. 2020. "Treatment of Stimulant Use Disorder: A Systematic Review of Reviews." *PLoS ONE* 15 (6): e0234809. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234809>.
- Springer, Brian. 2024. "Hyperactive Delirium with Severe Agitation." *Emergency Medicine Clinics of North America* 42 (1): 41–52. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2023.06.011>.
- Starzer, Marie Stefanie Kejser, Merete Nordentoft, and Carsten Hjorthøj. 2018. "Rates and Predictors of Conversion to Schizophrenia or Bipolar Disorder Following Substance-Induced Psychosis." *American Journal of Psychiatry* 175 (4): 343–50. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17020223>.
- Tait, Robert J., Steve Whetton, Marian Shanahan, Kimberly Cartwright, Anna Ferrante, Dennis Gray, Sharlene Kaye, et al. 2018. "Quantifying the Societal Cost of Methamphetamine Use to

Australia.” *International Journal of Drug Policy* 62:30–36.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.08.015>.

“The ASAM/AAAP Clinical Practice Guideline on the Management of Stimulant Use Disorder.”
2024. *Journal of Addiction Medicine* 18 (1S): 1–56.
<https://doi.org/10.1097/adm.0000000000001299>.

Werb, D., A. Kamarulzaman, M.C. Meacham, C. Rafful, B. Fischer, S.A. Strathdee, and E. Wood.
2016. “The Effectiveness of Compulsory Drug Treatment: A Systematic Review.” *International
Journal of Drug Policy* 28:1–9. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.12.005>.

Wolfe, Carmen, and Nicole McCoin. 2024. “Management of the Agitated Patient.” *Emergency
Medicine Clinics of North America* 42 (1): 13–29. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2023.06.010>.

Wong, Ambrose H., R. Andrew Taylor, Jessica M. Ray, and Steven L. Bernstein. 2019. “Physical
Restraint Use in Adult Patients Presenting to a General Emergency Department.” *Annals of
Emergency Medicine* 73 (2): 183–92. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.06.020>.

Zweben, Joan E., Judith B. Cohen, Darrell Christian, Gantt P. Galloway, Michelle Salinardi, David
Parent, Martin Iguchi, and Methamphetamine Treatment Project. 2004. “Psychiatric
Symptoms in Methamphetamine Users.” *The American Journal on Addictions* 13 (2): 181–90.
<https://doi.org/10.1080/10550490490436055>.

Ce document est protégé sous une licence Creative Commons : [CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).