

ÉTAT DES PRATIQUES

La gestion du sevrage dans les services
de réadaptation en dépendance : regard
sur les pratiques d'ici et d'ailleurs

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)
Direction des services sociaux



La gestion du sevrage dans les services de réadaptation en dépendance : regard sur les pratiques d'ici et d'ailleurs

Rédigé par

Claude Boutin

Isabelle Linteau

Marie-Claude Sirois

Coordination scientifique

Micheline Lapalme

Sous la direction de

Sylvie Desmarais

Marie-Claude Sirois



Membres de l'équipe projet

Auteurs principaux

Claude Boutin, M. Ps.
Isabelle Linteau, Ph. D

Collaborateurs internes

Sira Camara, M. Sc.
Carole-Line Nadeau, M.A.
Marc Pelletier, M. Sc. (jusqu'en août 2018)

Collaboratrice externe

Céline Perras, M. Ps.

Adjointe à la direction

Marie-Claude Sirois, M. Sc. ps. Ed., M. Sc. adm.

Coordonnatrice scientifique

Micheline Lapalme, Ph. D.

Directrice

Sylvie Desmarais, M. Sc.

Repérage d'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Traitement et analyse des données médico-administratives

Frédérique Baril, M. Sc.
Mike Benigeri, Ph. D.

Soutien administratif

Jocelyne Bleau

Équipe de l'édition

Patricia Labelle
Denis Santerre
Hélène St-Hilaire

Sous la coordination de
Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de
Micheline Lampron, révision linguistique
Debby Dubrofsky, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019
Bibliothèque et Archives Canada, 2019
ISSN 1915-3104 INESSS (PDF) ISBN 978-2-550-83903-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2019

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). La gestion du sevrage dans les services de réadaptation en dépendance : regard sur les pratiques d'ici et d'ailleurs. État des pratiques rédigé par Claude Boutin et Isabelle Linteau. Québec, Qc : INESSS ; 2019. 73 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Comité de travail

Pour ce rapport, les membres du comité de travail sont :

M^{me} Marie Lehoux, chef de l'administration des programmes – Interne et ambulatoire en dépendance adulte, CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean

M. Pierre Noël, chef de service des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS de l'Estrie–CHU de Sherbrooke

M. David Luckow, chef médical, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal — Institut universitaire, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M. Martin Lafortune, directeur, Maison L'Exode (certifié ASRI)

M^{me} Nathalie Néron, coordonnatrice du continuum dépendance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Sophie Boudreau, coordonnatrice en réadaptation de la dépendance, CISSS de la Côte-Nord

M^{me} Manon Léonard, directrice de la performance, de l'amélioration continue et de la qualité, CISSS des Laurentides

M. Michel Proulx, directeur adjoint des programmes santé mentale et dépendance, CISSS de la Montérégie-Ouest

M^{me} Rachel Perreault, chef de service, CISSS de la Montérégie-Ouest

M. Joël Tremblay, directeur scientifique et chercheur (RISQ), UQTR

M. Patrice Boudreault, remplacé par Marie-Louise Beaulieu-Bourgeois, Direction des dépendances et de l'itinérance, ministère de la Santé et des Services sociaux

Lecteurs externes

Pour ce rapport, la lectrice externe est :

M^{me} Karine Hudon-Gatien, chargée de projet, Institut universitaire sur les dépendances, Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué aux travaux :

M. Martin Camiré, chef de service, Direction des programmes de santé mentale et dépendance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Julie Leduc, pilote d'orientation du SIC-SRD, Direction des dépendances et de l'itinérance, ministère de la Santé et des Services sociaux

Comité d'excellence clinique en services sociaux (Jeunes – Santé mentale – Dépendance – Itinérance)

Présidence

M^{me} Lesley Hill, directrice programme jeunesse, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Membres

D^{re} Evangelia-Lila Amirali, pédopsychiatre, CUSM

M^{me} Marie-Ève Bouthillier, éthicienne

M^{me} Julie Brassard, infirmière clinicienne, CISSS des Laurentides

M. Serge Brochu, directeur scientifique, Institut universitaire sur les dépendances

D^{re} Pascale Cholette, médecin de famille, CIUSSS de la Capitale-Nationale

M^{me} Johanne Dion, psychologue, CISSS de la Côte-Nord

M. Simon Legault, criminologue, CISSS de la Montérégie-Est

M. Jean-Marc Ménard, directeur clinique (RISQ), CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

M^{me} Danielle Nadeau, psychologue-chercheure, CIUSSS de la Capitale-Nationale ; professeure associée, École de service social et École de psychologie ; chercheure régulière au JEFAR (Centre de recherche sur les jeunes et les familles à risque)

M. Michel Perreault, chercheur, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal ; professeur agrégé, Université McGill

M. Martin Robert, chef de programme, CIUSSS de l'Estrie–CHUS

M^{me} Helen-Maria Vasiliadis, économiste, Montérégie

Membres citoyens

M^{me} Marie-Elyse Lafaille-Magnan

M. Alexis Rheault-Campeau

Déclaration d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts déclaré ou ayant requis la mise en place de modalités de gestion.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	I
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	IX
GLOSSAIRE.....	XI
INTRODUCTION.....	1
1. PRINCIPAUX RÉFÉRENTIELS.....	3
1.1 Sevrage : symptômes, intensité, risques et objectifs de sa gestion.....	3
1.2 Référentiel retenu pour réaliser l'état des pratiques en matière de gestion du sevrage dans les services de réadaptation au Québec.....	4
1.3 Offre de service en gestion du sevrage au Québec.....	6
2. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DU PORTRAIT.....	8
2.1 Comité de travail.....	9
2.2 Recension des pratiques de gestion du sevrage.....	10
2.2.1 Sources des données.....	10
2.2.2 Entrevues téléphoniques et en personne.....	11
2.3 Repérage et sélection des guides.....	12
3. DONNÉES D'UTILISATION DES SERVICES DE GESTION DU SEVRAGE.....	13
3.1 Séjours dans un service de gestion du sevrage dans les établissements avec une mission CRD.....	13
3.2 Visites à l'urgence liées à un syndrome de sevrage à l'alcool.....	16
3.3 Séjours hospitaliers liés à un syndrome de sevrage en 2016-2017.....	17
4. RECENSION DES PRATIQUES DE GESTION DU SEVRAGE EN LIEN AVEC LES ÉNONCÉS DE PRATIQUE DU GUIDE DE PRATIQUE FQCRPAT [2008].....	21
4.1 Modèles et approches.....	22
4.2 Clientèles.....	25
4.3 Évaluation.....	28
4.4 Traitement.....	31
4.5 Organisation des services de gestion du sevrage.....	35
5. SYNTHÈSE DES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS PUBLIÉES DEPUIS LA PARUTION DU GUIDE DE PRATIQUE FQCRPAT [2008].....	42
5.1 Modèles et approches.....	43
5.1.1 Modèles privilégiés.....	43
5.1.2 Approches privilégiées.....	44
5.1.3 Individualisation des interventions.....	46
5.2 Clientèles.....	46
5.2.1 Profils de risque.....	46
5.2.2 Clientèles particulières.....	47

5.3	Évaluation	48
5.3.1	Dimensions d'évaluation	48
5.3.2	Outils d'évaluation	49
5.3.3	Plan d'intervention ou de soins	51
5.3.4	Processus continu	51
5.4	Traitement.....	51
5.4.1	Niveaux de service de gestion du sevrage	51
5.4.2	Admissibilité aux services	52
5.4.3	Durée de la gestion du sevrage	54
5.4.4	Nature des interventions	55
5.5	Organisation des services	55
5.5.1	Planification des services après la gestion du sevrage	55
5.5.2	Modèles d'organisation des services	56
5.5.3	Partenariat et transition entre les services.....	56
5.5.4	Protocoles en cas d'urgence.....	57
6.	CONCLUSION.....	58
	ANNEXE 1 – ÉTABLISSEMENTS VISÉS PAR LE PORTRAIT.....	61
	ANNEXE 2 – CANEVAS D'ENTREVUES.....	62
	ANNEXE 3 – LISTE DES SITES WEB CONSULTÉS.....	65
	ANNEXE 4 – LISTE DES GUIDES DE PRATIQUE ET LIGNES DIRECTRICES RETENUS	
	RÉFÉRENCES.....	69

RÉSUMÉ

Au Québec, comme ailleurs dans le monde, la consommation de substances psychoactives (SPA) fait partie des habitudes de vie d'une partie des adolescents et des adultes. Chez certains, l'abus de substances peut causer des problèmes ayant des répercussions personnelles, interrelationnelles et sociales.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes révèle que 3,9 % de la population québécoise de 15 ans et plus présentait un trouble lié à l'utilisation de substances (alcool ou drogues) dans les 12 mois précédant l'étude, menée en 2012. Plus précisément, 2,7 % d'entre eux avaient un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool, 1,4 % au cannabis et 0,5 % à d'autres substances psychoactives (SPA).

Le trouble lié à l'usage d'une substance (TUS) est défini par le DSM-5 comme la manifestation d'un « ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer la substance malgré des problèmes significatifs liés à cela » [APA, 2015, p. 572]. Le sevrage, qui figure parmi les critères diagnostiques d'un TUS associé aux symptômes physiologiques, se définit comme « un syndrome qui se produit lorsque les concentrations sanguines ou tissulaires d'une substance diminuent à la suite d'une consommation massive et prolongée » [APA, 2015, p. 574].

Bien que les critères du DSM-5 pour définir le sevrage soient spécifiques à chaque SPA, trois caractéristiques communes se dégagent : 1) l'apparition de signes physiologiques, cognitifs et comportementaux problématiques suivant l'arrêt ou la réduction d'une consommation prolongée d'une SPA; 2) la présence d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement de la personne dans des domaines importants de sa vie et 3) des symptômes qui ne peuvent pas être expliqués par une autre affection médicale ou par un autre trouble mental [APA, 2015].

C'est pourquoi la gestion du sevrage exige des modalités cliniques sécuritaires qui tiennent compte de l'ensemble des conditions médicales et psychologiques d'un individu, tout en assurant la surveillance de complications qui pourraient survenir en cours de sevrage. Au Québec, la gestion du sevrage sécuritaire s'inscrit dans un continuum d'interventions auquel contribuent de nombreux acteurs de diverses disciplines. Ces derniers agissent à la fois en complémentarité et en collaboration, afin de répondre aux besoins des personnes qui demandent de l'aide ainsi qu'à ceux d'individus qui éprouvent des symptômes de sevrage dans un contexte non planifié.

Le MSSS a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat de dresser un portrait de la gestion du sevrage dans les services de réadaptation en dépendance pour la clientèle adulte, au Québec. Le présent état des pratiques rend compte de l'utilisation des services relatifs à la gestion du sevrage dans les établissements publics, en lien avec les énoncés de pratique présentés dans le guide de pratique de la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT) [2008].

La collecte des informations pour produire cet état des pratiques a été effectuée avant que le MSSS ne diffuse son Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet (PAID). Par conséquent, et bien que certains éléments du PAID 2018-2028 figurent dans le présent document, ce portrait n'établit pas de liens directs entre les pratiques de gestion du sevrage recensées dans le réseau et le plan d'action interministériel publié en 2018.

Objectifs et sources de données

La réalisation de cet état des pratiques visait trois objectifs, soit :

- décrire l'utilisation des services de gestion du sevrage au sein des établissements publics du Québec qui offrent ce service;
- recenser les pratiques des services de réadaptation en dépendance en gestion du sevrage en lien avec les énoncés de pratique présentés dans le guide de pratique FQCRPAT [2008];
- faire une synthèse des principales recommandations énoncées dans divers guides de pratique et lignes directrices depuis la parution du guide FQCRPAT [2008].

Un comité de travail composé de 9 personnes a été constitué pour accompagner la réalisation de l'état des pratiques. Ce comité comptait cinq gestionnaires d'équipes spécialisées en dépendance, une directrice de la performance, de l'amélioration continue et de la qualité provenant de CISSS et CIUSSS, un directeur d'une ressource certifiée pour l'aide et le soutien à la désintoxication, un chercheur spécialisé en dépendance et codirecteur du RISQ et un représentant de la direction des services en dépendance et en itinérance du MSSS.

Afin de décrire l'utilisation des services, les données pour l'année 2016-2017 ont été extraites des banques de données locales du système d'information sur la clientèle des services de réadaptation en dépendance (SIC-SRD); de la banque de données commune des urgences (BDCU) et de la base Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO).

La recension des pratiques s'appuie sur des entrevues menées auprès de représentants des CISSS/CIUSSS ayant une mission de centre de réadaptation en dépendance (CRD) et auprès de deux établissements non fusionnés, le CHUM et le CUSM, qui disposent de lits pour la gestion du sevrage et de personnel spécialisé en dépendance. Les entrevues visaient à documenter les modèles et les approches, les clientèles, l'évaluation, le traitement ainsi que l'organisation des services de gestion du sevrage.

Enfin, le lecteur trouvera une synthèse des plus récentes recommandations sur la gestion du sevrage recensées dans divers guides de pratique et lignes directrices. Au total, 14 documents publiés entre 2012 et 2017 dans divers pays, dont le Canada, ont été recensés.

Aperçu de l'utilisation des services de gestion du sevrage en 2016-2017

L'analyse des données extraites des banques clinico-administratives indique qu'en 2016-2017 :

- 2 877 personnes âgées de 18 ans et plus ont été admises dans un des 10 CISSS/CIUSSS ayant une mission CRD et offrant des services de sevrage avec hébergement, pour un total de 3 307 séjours. La durée moyenne des séjours rapportée pour l'occupation d'un lit de sevrage est de 7,2 jours;
- 411 personnes âgées de 18 ans et plus ont reçu des services externes de gestion du sevrage dans un des 4 CISSS/CIUSSS ayant une mission CRD et offrant ces services sur une base externe. Ces personnes ont reçu un total de 1 124 interventions, pour une moyenne de 2,7 interventions par personne et une durée moyenne de 39 minutes par intervention;
- 4 571 visites ont été effectuées dans les urgences du Québec en raison d'un syndrome de sevrage à l'alcool. Les trois quarts de ces visites ont été faites par des hommes, et un peu plus de la moitié des usagers qui se sont présentés à l'urgence avaient entre 40 et 64 ans;
- 3 233 personnes, totalisant 3 862 séjours, ont été hospitalisées dans un centre hospitalier du Québec en raison d'un syndrome de sevrage. Les trois quarts de ces séjours ont été effectués par des hommes, de même que par des personnes âgées entre 40 et 64 ans, dans un peu plus de la moitié des cas. Quatre séjours hospitaliers sur cinq (82 %) ont été faits en raison d'un sevrage à l'alcool, avec une durée moyenne de 11,9 jours dans l'ensemble du Québec.

Ce portrait, mis en lien avec les énoncés de pratique présentés dans le guide de pratique de la FQCRPAT [2008], a de plus mis en lumière certaines pratiques plus répandues et d'autres plus variables d'une région à l'autre. Parmi les pratiques les plus courantes, les représentants des établissements rapportent entre autres :

- la composition multidisciplinaire des équipes qui présuppose le modèle mixte (médical-psychosocial);
- les approches d'intervention s'intéressent à la motivation (approche motivationnelle), aux cognitions et aux comportements (approche cognitivo-comportementale), ainsi qu'à la prévention de la rechute et à la réduction des méfaits;
- le modèle hiérarchique d'intensité de sevrage (ASAM 2001), qui se base sur l'évaluation des risques pour la personne;
- l'utilisation des outils cliniques standardisés, tels que le Niveau de désintoxication-évaluation médicale (NiD-ÉM), le Niveau de désintoxication-évaluation psychosociale (NiD-ÉP), le Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Revisited (CIWA-AR) et l'Indice de gravité de la toxicomanie (IGT).

Pour ce qui est des pratiques plus variables d'une région à l'autre, les représentants des établissements rapportent entre autres :

- des services de gestion du sevrage externes intensifs (2-GS) dans une minorité des établissements avec une mission CRD, mais des services de gestion du sevrage avec hébergement non hospitalier (3.2-GS ou 3.7-GS) dans la majorité d'entre eux;
- des services de sevrage planifié par une minorité des établissements avec une mission CRD en milieu hospitalier, pour le niveau d'intensité le plus sévère (4-GS);
- une durée de la gestion du sevrage basée sur des critères liés aux symptômes de sevrage, qui peuvent varier selon les régions;
- des établissements qui offrent des services de gestion du sevrage et de réadaptation d'une manière intégrée au sein de l'établissement, et d'autres qui offrent un service intégré comprenant un partage de responsabilités entre l'établissement et une ressource privée ou communautaire.

Synthèse des plus récentes connaissances

Afin de rendre compte des plus récentes connaissances en matière de gestion du sevrage, une synthèse des principales recommandations publiées dans divers guides de pratique et lignes directrices ces dernières années a été réalisée. Au total, 14 documents publiés entre 2012 et 2017 ont été retenus. Parmi ceux-ci, 3 proviennent du Canada, 2 des États-Unis, 2 du Royaume-Uni, 1 de l'Allemagne, 1 de la France, 3 de l'Australie/Nouvelle-Zélande et 2 d'organisations internationales.

Les recommandations recensées portent, notamment, sur les approches à privilégier, l'importance de l'individualisation des interventions, le profil de la clientèle qui requiert des services en gestion du sevrage, notamment les femmes enceintes, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et les personnes âgées. D'autres recommandations soulignent l'importance d'une évaluation multidimensionnelle à l'aide d'outils standardisés, tandis que certaines touchent le traitement, incluant l'admissibilité, les niveaux de service de gestion du sevrage, leur durée et la nature des interventions offertes. Enfin, quelques recommandations concernent l'organisation des services, dont les partenariats, la transition après le sevrage, ainsi que les protocoles en cas d'urgence.

SUMMARY

In Quebec, as elsewhere in the world, psychoactive substance use plays a part in the lives of certain adolescents and adults. Sometimes, however, substance abuse can lead to problems that have personal, interrelational and social consequences.

The 2012 Canadian Community Health Survey showed that 3.9% of Quebecers 15 years of age and older presented substance use disorders (alcohol or drugs) in the 12 months prior to the survey. More specifically, 2.7% had a problem with alcohol abuse or dependence, 1.4% with cannabis abuse or dependence and 0.5% with abuse of or dependence on other psychoactive substances.

According to the DSM-5 “the essential feature of a substance use disorder is a cluster of cognitive, behavioral and physiological symptoms indicating that the individual continues using the substance despite significant substance-related problems” [APA, 2013, p. 483]. The DSM-5 defines withdrawal, one of the diagnostic criteria of a substance use disorder, as “a syndrome that occurs when blood or tissue concentrations of a substance decline in an individual who had maintained prolonged heavy use of the substance” [APA, 2013, p. 484].

Though the DSM-5 provides withdrawal criteria sets specific to each psychoactive substance, there are three common criteria: 1) development of maladaptive physiological, cognitive or behavioral effects after stopping or reducing prolonged use of the psychoactive substance; 2) presence of clinically significant distress or impairment in important areas of functioning; and 3) symptoms that cannot be readily explained by another mental disorder or attributed to another medical condition [APA, 2013].

For these reasons, there must be safe clinical procedures for withdrawal management put into place that take into account all of an individual’s medical and psychological conditions and monitor complications that may arise during withdrawal. In Quebec, safe withdrawal management is part of a continuum of care provided by various professionals who work in different disciplines collaborating and offering complementary services to meet the needs of those who have asked for help or are experiencing an unplanned withdrawal.

The Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS, Quebec Ministry of Health and Social Services) commissioned Quebec’s Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS, Institute of Excellence in Health and Social Services) to report on withdrawal management in adult addiction rehabilitation service centres across Quebec. This state of practice report describes the use of withdrawal management services in public institutions relating to the best practice statements in the practice guide issued by the Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT, the Quebec federation of rehabilitation centres for alcohol and drug addiction) [2008].¹

¹ In 2008, the FQCRPAT published a best practices guide for withdrawal management services in addiction rehabilitation centres (*Les services de désintoxication dans les Centres de réadaptation en*

The information for this report was collected before the MSSS published its 2018-2028 interdepartmental addiction action plan for preventing, reducing and treating the consequences of psychoactive substance use, gambling disorder and Internet addiction (PAID, Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet). As a result, though some elements of the 2018–2028 PAID plan are examined in this report, direct links are not made between documented withdrawal management practices in the healthcare system and the interdepartmental action plan published in 2018.

Objectives and sources of information

There were three objectives in preparing this state of practice report:

- To describe the use of withdrawal management services in public institutions in Quebec offering such services;
- To document withdrawal management practices of addiction rehabilitation centres relating to the best practice statements in the FQCRPAT practice guide [2008];
- To collate the main recommendations of practice guides and guidelines issued since the publication of the FQCRPAT practice guide [2008].

A nine-member working committee was established to guide the preparation of this state of practice report. The committee members were: five managers of teams specializing in addiction, one CISSS/CIUSSS director of performance, continuous improvement and quality, one director of a certified centre providing detoxification help and support, one researcher specializing in addiction and co-director of RISQ and one representative from the MSSS addiction/homelessness program-service.

To describe service use, data for the year 2016–2017 was extracted from local information-system databanks on users of addiction rehabilitation services (SIC-SRD), the shared emergency databank (BDCU) and the hospital users study data maintenance and operation database (MED-ÉCHO).

Practices were identified based on interviews with representatives of CISSS/CIUSSS with an Addiction Rehabilitation Centre (ARC) mission and two institutions that were not amalgamated but have beds for withdrawal management and staff specialized in the treatment of addiction (CHUM and the MUHC). The goal of the interviews was to document models, approaches, clientele, evaluation and treatment procedures and the organization of withdrawal management services.

The report closes with a summary of the most recent withdrawal management recommendations in a variety of practice guides and guidelines. A total of 14 documents published between 2012 and 2017 in different countries, including Canada, were examined.

dépendance : meilleures pratiques et offre de service de base dans un contexte de réseau intégré de services [FQCRPAT, 2008]. This guide describes the main elements of withdrawal management (called detoxification in 2008) with respect to clinical approaches, evaluation, treatment and the organization and integration of withdrawal management services.

Summary of use of withdrawal management services in 2016–2017

Analysis of the data from the clinical and administrative databanks indicates the following for 2016–2017:

- 2,877 people 18 years of age and older were admitted for a total of 3,307 stays in one of the 10 CISSS/CIUSSS with an ARC mission offering residential withdrawal management services. An average length of stay was 7.2 days.
- 411 people 18 years of age and older received outpatient withdrawal management services in one of the four CISSS/CIUSSS with an ARC mission offering withdrawal management services on an external basis. These people received a total of 1,124 interventions, an average of 2.7 per person, each lasting an average of 39 minutes.
- 4,571 visits were made to Québec emergency rooms due to alcohol withdrawal syndrome. Three-quarters of these visits were by men, and just over half were by people between 40 and 64 years of age.
- 3,233 people were hospitalized for withdrawal syndrome in Québec, for a total of 3,862 stays. Three-quarters of these stays were by men, and just over half were by people between 40 and 64 years of age. Four out of every five hospital stays (82%) were for alcohol withdrawal, and the average length of stay for the province as a whole was 11.9 days.

In addition, these data, together with the practice statements in the FQCRPAT guide [2008], highlighted certain practices that are more widespread and others that vary from one region to the next. Among the more widespread practices reported by institution representatives are the following:

- Multidisciplinary teams which suggest a mixed-model approach (medical and psychosocial);
- Interventional approaches based on motivation (motivational approach) and cognition and behaviour (cognitive-behavioural approach) as well as relapse prevention and harm reduction;
- A hierarchical model of withdrawal severity (ASAM 2001) based on patient risk assessment;
- Use of standardized clinical tools, such as the Niveau de désintoxication-évaluation médicale, (NiD-ÉM, a medical withdrawal level assessment tool), the Niveau de désintoxication-évaluation psychosociale (NiD-ÉP, a psychosocial withdrawal assessment tool), the Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol, Revised (CIWA-AR) and the Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT).

Among the practices that are more variable from one region to the next, the institution representatives reported the following:

- Intensive outpatient withdrawal management services (2-GS) in a minority of institutions with an ARC mission, but non-hospital residential withdrawal management services (3.2-GS or 3.7-GS) in most such institutions;
- Inpatient planned withdrawal services for the highest severity level (4-GS) offered in a minority of institutions with an ARC mission;
- Duration of withdrawal management based on withdrawal-symptoms-related criteria that vary from one region to the next;
- Some institutions offer integrated withdrawal management and rehabilitation services while others offer integrated services with responsibilities shared between the institution and a private or community resource.

Summary of most recent information

To report on the most recent information in withdrawal management, the main recommendations in various practice guides and guidelines published in recent years were compiled. A total of 14 documents published between 2012 and 2017 were included in the compilation. Of these, three are from Canada, two from the United States, two from the United Kingdom, one from Germany, one from France, three from Australia/New Zealand and two from international organizations.

The recommendations compiled report in particular on best approaches, the importance of personalizing interventions and the profile of clientele requiring withdrawal management services—specifically, pregnant women, people with mental health issues and the elderly. Other recommendations underline the importance of a multidimensional assessment using standardized tools while others look at treatment, including eligibility, levels of withdrawal management services, duration of such services and the nature of the interventions offered. Lastly, some recommendations concern service organization, including partnerships, service planning, transition after withdrawal and emergency protocols.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

24/7	24 heures par jour et 7 jours par semaine
ACRDQ	Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec
AMHO	Addictions and Mental Health Ontario
APA	American Psychiatric Association
ASAM	American Society of Addiction Medicine
ARH	Agent de relations humaines
ASD	Aide et soutien à la désintoxication
AIDQ	Association des intervenants en dépendance du Québec
ASRI	Aide et soutien à la récupération à la suite d'une intoxication
BDCU	Banque de données communes des urgences
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CIWA-AR	Clinical Institute Withdrawal for Alcohol Scale, (revised)
CQC	Care Quality Commission
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ETC	Équivalent temps complet
FQCRPAT	Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
GEDPAS	Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire
GS	Gestion du sevrage
ICRAS	Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IUD	Institut universitaire sur les dépendances
LMRSSH	Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux

MED-ECHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NiD-ÉM	Niveau de désintoxication - Évaluation par les intervenants médicaux
NiD-ÉP	Niveau de désintoxication - Évaluation par les intervenants psychosociaux
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAID	Plan d'action interministériel en dépendance
PI	Plan d'intervention
PTI	Plan thérapeutique infirmier
RISQ	Recherche et intervention sur les substances psychoactives -Québec
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SFA	Société française d'alcoologie
SIC-SRD	Système d'information sur la clientèle des services de réadaptation en dépendance
SPA	Substances psychoactives
TUS	Trouble de l'usage d'une substance
UNODC-WHO	United Nations Office on Drugs and Crime/World Health Organization
VA/DoD	Department of Veterans Affairs/Department of Defense
WHO	World Health Organization

GLOSSAIRE²

Aide et soutien à la désintoxication (ASD)

Ensemble d'interventions destinées à faciliter le processus de désintoxication, notamment en surveillant l'évolution des symptômes de sevrage des personnes hébergées et en assurant leur sécurité, en leur fournissant des informations sur les dépendances et la démarche de thérapie dans son ensemble ainsi que sur les ressources disponibles pour les aider, et enfin en soutenant leur motivation à s'y engager [IUD, 2016, p. 46-47].

Aide et soutien à la récupération à la suite d'une intoxication (ASRI)

Type d'interventions visant à venir en aide « [...] à ceux qui sont à risque d'un quelconque méfait sous l'état d'intoxication aux substances psychoactives. Ces personnes peuvent également être recommandées par les urgences hospitalières » [IUD, 2016, p. 56].

Approche motivationnelle

L'approche motivationnelle repose largement sur les travaux de Miller et Rollnick [2013] sur l'entretien motivationnel, que l'on définit comme : « [...] une approche d'intervention centrée sur l'individu qui vise à augmenter la motivation intrinsèque au changement d'un comportement ciblé en favorisant chez la personne l'exploration et la résolution de son ambivalence » [ACRDQ, 2010, p. 40].

Centre de réadaptation (CR)

Centre de réadaptation en dépendance (CRD)

La mission d'un CR est « [...] d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou à cause de leur dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ou de toute autre dépendance, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes » (art. 84 LSSSS). Les CR sont regroupés en cinq classes selon les clientèles desservies, à savoir : 1) les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement; 2) les personnes ayant une déficience physique; 3) les personnes ayant une dépendance; 4) les jeunes en difficulté d'adaptation; 5) les mères en difficulté d'adaptation (art. 86 LSSSS).

Dans le cadre du présent Avis, il est question exclusivement des Centres de réadaptation en dépendance (CRD) dont la mission « comprend les services du programme régional d'évaluation spécialisée, les services de réadaptation externes et avec hébergement, la

² Les définitions suivantes sont tirées partiellement ou intégralement des documents cités en référence. Elles intègrent des éléments en provenance de diverses sources et des précisions basées sur une connaissance tacite.

réinsertion sociale, la gestion de l'intoxication, les services externes intensifs de gestion du sevrage et les services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision psychosociale, ainsi que le soutien à l'entourage des personnes dépendantes » [MSSS, 2018a].

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS)

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)

Établissement issu de la fusion de tous les établissements publics d'une même région sociosanitaire, ou d'une partie de ceux-ci, et de l'agence de la santé et des services sociaux, le cas échéant (art. 3 et 4 LMRSSS³). Lorsqu'un Centre intégré se trouve dans une région sociosanitaire où une université offre un programme complet d'études prédoctorales en médecine ou lorsqu'il exploite un Centre désigné institut universitaire dans le domaine social, il peut utiliser dans son nom les mots « Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux » (CIUSSS) [MSSS, 2017, p. 2].

Établissement non fusionné

Établissement n'ayant pas fait l'objet d'une fusion avec d'autres établissements en vertu de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales (art. 8).

Établissement privé

L'article 99 de la LSSSS mentionne qu'un établissement est privé lorsqu'il : 1) est non constitué en personne morale; 2) est constitué en personne morale à but lucratif; 3) est constitué en personne morale sans but lucratif et exerce des activités propres à la mission d'un Centre hospitalier, d'un Centre d'hébergement de soins de longue durée ou d'un Centre de réadaptation pourvu que les installations maintenues ne puissent permettre d'héberger plus de 20 usagers. Tous les établissements privés détiennent un permis du MSSS pour exploiter un établissement. Le mode de financement des établissements privés est, pour ceux ayant signé une convention de financement avec le MSSS, dit « conventionné ». Pour les autres, il s'agit plutôt d'établissements privés dont le mode de financement n'est pas prévu dans une convention de financement [MSSS, 2017, p. 1].

Gestion du sevrage

Ensemble des services (médicaux et psychosociaux) visant à soutenir et à aider la personne lors de son sevrage. Auparavant, de tels services étaient décrits comme des services de désintoxication [ASAM, 2013, p. 433].

³ Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2). Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/O-7.2/>.

Intoxication par une substance

Selon le DSM-5, l'intoxication par une substance se caractérise par : « [...] le développement d'un syndrome réversible spécifique dû à la prise récente de cette substance (critère A). Les changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs, qui sont associés à l'intoxication (p. ex. agressivité, labilité de l'humeur, altération du jugement) sont imputables aux effets physiologiques de la substance sur le système nerveux central et se développent pendant ou peu après la consommation de la substance (critère B). [...] L'intoxication par une substance est fréquente chez les sujets présentant un trouble de l'usage d'une substance, mais survient aussi fréquemment chez les sujets sans trouble de l'usage d'une substance » [APA, 2015, p. 576].

Plusieurs niveaux d'intoxication sont possibles (léger, modéré, sévère, mortel). Il importe également de distinguer l'intoxication aiguë (ponctuelle) de l'intoxication chronique (prolongée) [Léonard et Ben Amar, 2002, cité dans IUD, 2016].

Meilleures pratiques

Pratiques basées sur les meilleurs savoirs disponibles, c'est-à-dire les savoirs scientifiques, contextuels et expérientiels (adaptation de la définition de l'American Psychological Association [2005]).

Niveau de service de gestion du sevrage

Intensité distincte de services de soutien clinique et de dispositifs de soins offerts au sein d'un établissement [ASAM, 2013, p. 421]. L'ASAM regroupe, par exemple, les services de gestion du sevrage en cinq niveaux : les services externes non intensifs (1-GS); les services externes intensifs (2-GS); les services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision psychosociale (3.2-GS); les services avec hébergement sous supervision médicale (3.7-GS); les services de gestion du sevrage avec hospitalisation (4-GS) [ASAM, 2013]. Cette hiérarchisation des services est établie « [...] en fonction de l'intensité des services requis consécutivement à l'évaluation des risques de complication de sevrage et des conditions médicales et psychologiques associées » [FQCRPAT, 2008, p. 12].

Pharmacothérapie

Forme de traitement impliquant la prise d'une médication.

Plan d'intervention (PI)

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), l'élaboration d'un PI constitue une obligation légale pour l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux :

Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement [...], un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être

fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement (art. 102 LSSSS).

Le PI doit être élaboré en collaboration avec l'utilisateur et contenir un échéancier relatif à son évaluation et à sa révision. Toutefois, il peut être modifié en tout temps pour tenir compte d'éléments nouveaux (art. 104 LSSSS).

Plan thérapeutique infirmier (PTI)

Note d'évolution à caractère obligatoire qui regroupe au dossier les décisions cruciales ou prioritaires de l'infirmière liées au suivi clinique du patient. Déterminé et ajusté par l'infirmière à partir de son évaluation clinique et consigné au dossier du patient, le PTI dresse le profil clinique évolutif des problèmes et des besoins prioritaires du patient. Il fait également état des directives infirmières données en vue d'assurer le suivi clinique du patient et qui portent, notamment, sur la surveillance clinique, les soins et les traitements. L'infirmière doit déterminer un PTI pour tout patient hospitalisé, hébergé ou pour lequel elle effectue un suivi clinique en soins ambulatoires ou à domicile ; elle doit ajuster le PTI, au besoin, selon l'évolution de la situation de santé du patient. L'exécution du PTI peut être confiée à toute personne habilitée à l'exécuter, soit les professionnels et les non-professionnels [OIIQ, 2016, p. 18-19].

Réadaptation

La réadaptation « vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer ses habiletés. Elle est utilisée, entre autres, auprès des personnes souffrant de problèmes significatifs de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement. Elle peut s'insérer dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou de soutien [...] » [Comité de travail interordres, 2018, p. 14].

Sevrage

Selon le DSM-5, le sevrage est « [...] un syndrome qui se produit quand les concentrations sanguines ou tissulaires d'une substance diminuent à la suite d'une consommation massive et prolongée. Après avoir développé des symptômes de sevrage, la personne peut consommer la substance pour soulager ces symptômes. Les symptômes de sevrage varient fortement selon les classes de substances [...]. Des signes physiologiques nets et habituellement faciles à détecter sont fréquents avec l'alcool, les opioïdes et les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques. Des signes et des symptômes de sevrage sont souvent présents, mais peuvent être moins évidents avec les stimulants (amphétamines et cocaïne), comme avec le tabac et le cannabis » [APA, 2015, p. 574-5].

Substances psychoactives (SPA)

Terme utilisé pour désigner l'alcool et les autres drogues. Une SPA est une substance qui, lorsqu'elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l'affect. Les SPA comprennent les médicaments à risque d'abus et de dépendance [OMS, 2018].

Trouble de l'usage d'une substance (TUS)

Selon le DSM-5, le trouble de l'usage d'une substance se manifeste par : « [...] un ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer la substance malgré des problèmes significatifs liés à cela » [APA, 2015, p. 572].

Une caractéristique importante de ce trouble est : « [...] un changement sous-jacent dans les circuits cérébraux qui peut persister au-delà de la désintoxication, particulièrement chez les sujets présentant des troubles graves. Les effets comportementaux de ces changements cérébraux peuvent se manifester par des rechutes répétées et une envie impérieuse de consommer la substance lorsque les individus sont exposés à des stimuli en rapport avec la substance » [APA, 2015, p. 572].

INTRODUCTION

Au Québec, comme dans plusieurs régions du monde, l'utilisation de substances psychoactives fait partie des habitudes de vie d'une partie des adolescents et des adultes. Pour certains d'entre eux, cette consommation deviendra abusive et entraînera des problèmes ayant des répercussions personnelles, interrelationnelles et sociales. L'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* révèle qu'en 2012, 3,9 % de la population québécoise de 15 ans et plus présentait un trouble lié à l'utilisation de substances (alcool ou drogues) dans les 12 derniers mois précédant cette étude. Plus précisément, 2,7 % de cette population avait un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool, 1,4 % au cannabis et 0,5 % à d'autres substances psychoactives (SPA) [Statistique Canada, 2018].

Le DSM-5 définit le trouble lié à l'usage d'une substance (TUS) par la manifestation d'un « ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que le sujet continue à consommer la substance malgré des problèmes significatifs liés à cela » [APA, 2015, p. 572]. Parmi les critères diagnostiques d'un TUS associés davantage aux symptômes physiologiques, on retrouve le sevrage. Le sevrage se définit comme « un syndrome qui se produit lorsque les concentrations sanguines ou tissulaires d'une substance diminuent à la suite d'une consommation massive et prolongée » [APA, 2015, p. 574]. Les critères que le DSM-5 utilise pour le sevrage sont spécifiques à chaque SPA. Néanmoins, trois caractéristiques sont communes : la première est l'apparition de signes physiologiques, cognitifs et comportementaux problématiques suivant l'arrêt ou la réduction d'une consommation prolongée d'une SPA; la seconde est la présence d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement de la personne dans des domaines importants de sa vie; la troisième renvoie aux symptômes qui ne peuvent pas être expliqués par une autre affection médicale ou par un autre trouble mental [APA, 2015].

La gestion du sevrage exige des modalités cliniques sécuritaires, qui doivent tenir compte de l'ensemble des conditions médicales et psychologiques présentes chez un individu, tout en assurant la surveillance de complications qui pourraient émerger en cours de sevrage. Au Québec, afin d'assurer une gestion du sevrage sécuritaire, celle-ci s'inscrit dans un continuum d'interventions qui implique de multiples acteurs provenant de diverses disciplines du réseau de la santé et des services sociaux. Ceux-ci agissent à la fois en complémentarité et en collaboration, afin de répondre aux besoins des personnes qui demandent de l'aide ainsi qu'à celles qui éprouvent des symptômes de sevrage dans le contexte d'une gestion de sevrage non planifiée.

Dans le but d'harmoniser la gestion du sevrage dans les centres de réadaptation en dépendance (CRD) et d'encourager la mise en œuvre des meilleures pratiques, la Fédération des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQCRPAT) a publié en 2008 un guide de pratique intitulé : *Les services de*

*désintoxication*⁴ dans les centres de réadaptation en dépendance : meilleures pratiques et offre de service de base dans un contexte de réseau intégré de services⁵ [FQCRPAT, 2008]. Ce guide présente les principaux éléments qui caractérisent la gestion du sevrage (que l'on appelait « désintoxication » en 2008), en intégrant une recension des meilleures pratiques liées aux approches cliniques, à l'évaluation, au traitement, à l'organisation et à l'intégration des services en matière de gestion du sevrage.

Le MSSS a confié à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le mandat de réaliser un état des pratiques au regard de la gestion du sevrage dans les services de réadaptation en dépendance pour la clientèle adulte, au Québec.

L'état des pratiques présenté ici rend compte de l'utilisation des services relatifs à la gestion du sevrage dans les établissements publics du Québec ayant une mission de centre de réadaptation en dépendance (CRD), en lien avec les énoncés de pratique du guide de pratique FQCRPAT [2008].

Au moment où les informations pour produire cet état des pratiques ont été recueillies, le MSSS n'avait pas encore diffusé le *Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet (PAID)*. Bien que certains éléments du PAID soient soulignés dans le présent document, la section 4 portant sur la recension des pratiques de gestion du sevrage [2008] ne fait pas de liens directs avec ce plan d'action.

Le présent document n'émet aucune recommandation et ne constitue pas un Avis. Il expose un état des pratiques selon les énoncés du Guide de pratique FQCRPAT [2008], qui ne reflète pas l'état actuel des connaissances, ni les nouvelles orientations ministérielles en la matière. Cependant, le lecteur trouvera à la section 5 une synthèse des principales recommandations publiées dans divers guides de pratique à travers le monde depuis la parution du guide de pratique FQCRPAT [2008].

⁴ Les termes « désintoxication » et « sevrage » sont souvent utilisés de manière interchangeable dans la littérature et par les milieux de pratique. À l'instar de l'ASAM, qui a adopté la terminologie « withdrawal management » dans la troisième édition de son guide intitulé *The ASAM criteria : Treatment criteria for addictive, substance-related, and co-occurring conditions* [ASAM, 2013], il a été décidé d'utiliser l'expression « gestion du sevrage » dans le présent document.

⁵ Pour alléger le texte, cette publication est désignée par « Guide de pratique FQCRPAT [2008] » dans la suite du document.

1. PRINCIPAUX RÉFÉRENTIELS

1.1. Sevrage : symptômes, intensité, risques et objectifs

Les symptômes occasionnés par le sevrage diffèrent selon la substance consommée. De même, l'intensité et la durée varient selon chaque symptôme en cause ainsi que selon la sévérité des complications médicales ou psychologiques présentes chez l'individu en sevrage. Pour la majorité des personnes vivant une telle situation, l'intensité des symptômes physiologiques demeure légère : le sevrage créera au plus de l'inconfort (ex. : nausées, pression artérielle élevée, augmentation de la fréquence cardiaque), qui s'accompagnera d'affects négatifs (ex. : anxiété, humeur dysphorique) [Queensland Health, 2012; Dumont, 2009]. Toutefois, il arrive que les symptômes liés au sevrage soient plus sévères, ce qui complique sa gestion sur le plan clinique en raison des risques accrus pour la personne qui en souffre.

Dans les cas de sevrage qui entraîne des réactions plus sévères, des complications médicales peuvent aller jusqu'à mettre en péril la vie de la personne, en l'absence d'interventions appropriées. C'est le cas, par exemple, de certains sevrages liés à l'alcool qui restent les plus fréquemment observés au sein des services spécialisés dans la gestion du sevrage [SAMHSA, 2016]. Les sevrages les plus sévères associés à l'alcool peuvent provoquer des convulsions ou un syndrome confusionnel, appelé *delirium tremens*⁶. Le taux de mortalité chez les personnes présentant l'une de ces deux conditions est relativement élevé lorsque les soins appropriés ne sont pas dispensés (certaines estimations allant au-delà de 10 %) [Myrick, 2015]). Un risque accru de mortalité est aussi présent chez les personnes qui ne présentent pas de symptômes sévères de sevrage, mais dont la condition médicale est susceptible de se détériorer très rapidement si de tels symptômes devaient émerger. C'est le cas, par exemple, des personnes qui ont des maladies cardiovasculaires [NICE, 2010].

Généralement, la gestion du sevrage poursuit trois objectifs principaux. Le premier consiste à offrir à la personne en traitement un sevrage sécuritaire [FQCRPAT, 2008]. Pour ce faire, l'évaluation de l'intensité des symptômes de sevrage prévisibles doit alors s'accompagner d'une évaluation de l'état de santé général de la personne [Queensland Health, 2012]. Dans le plan d'action interministériel en dépendance (PAID), on mentionne à cet égard l'importance d'assurer l'accès à un

⁶ « Syndrome aigu et grave dû au sevrage brutal d'une personne souffrant d'alcoolisme chronique » (Larousse Médical 2006, <https://www.larousse.fr/archives/medical/page/261>). Dans le DSM-5, on parle plutôt d'un « état confusionnel dû au sevrage d'une substance » [APA, 2015, p. 705]. Plusieurs signes et symptômes sont associés au *delirium tremens*, notamment : de la tachycardie, une pression artérielle élevée, une faible fièvre, des sueurs abondantes, des tremblements, des hallucinations visuelles ou tactiles (ex. : « fourmis rampant sur moi »). L'apparition du *delirium tremens* culmine généralement dans les deux jours suivant l'arrêt de l'alcool et diminue dans les quatre à cinq jours.

environnement sécuritaire et à des services qui soutiennent les personnes dans le processus de gestion du sevrage [MSSS, 2018a].

Le second objectif de la gestion du sevrage est de diminuer l'inconfort physique et la détresse psychologique associés au syndrome du sevrage en adoptant une approche compatissante [FQCRPAT, 2008]. Il importe donc de veiller à atténuer les conséquences d'une intoxication ponctuelle ou d'un TUS sur l'état de santé physique et psychologique de la personne en sevrage [MSSS, 2018a].

Le troisième objectif vise à préparer l'individu à s'engager dans une démarche de réadaptation en dépendance.

La gestion du sevrage s'inscrit alors à l'intérieur d'une stratégie globale de traitement [FQCRPAT, 2008; SAMHSA, 2006]. Le PAID précise l'importance de saisir l'occasion de renforcer la motivation d'un usager en période de sevrage à s'engager dans une telle démarche. Il s'ajoute aussi un quatrième objectif, soit : de permettre aux personnes ayant des préoccupations liées à l'usage de substances psychoactives d'obtenir l'aide appropriée pour les soutenir dans leur réflexion, les outiller en vue d'amorcer un changement d'habitudes répondant à leur besoin et, le cas échéant, les orienter vers le service qui convient [MSSS, 2018a].

1.2. Référentiel retenu pour réaliser l'état des pratiques en matière de gestion du sevrage dans les services de réadaptation au Québec

Déjà, en 2006, l'importance d'une offre de service en gestion du sevrage était soulignée dans le Plan d'action interministériel en toxicomanie déposé par le Ministère [MSSS, 2006].

En 2007, le MSSS diffuse l'Offre de service 2007-2012 - Programme-services Dépendances : Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Les services en gestion du sevrage sont considérés comme l'un des éléments essentiels pour assurer l'amélioration de l'accès à des services spécialisés en dépendance au Québec. Ces orientations liées au programme-services Dépendances précisent l'offre de service à mettre en place pour la gestion du sevrage dans les établissements à mission de centre hospitalier (CH) ou de CLSC (se retrouve dans la fiche 5 de l'Offre de service) et dans les établissements à mission CRD (se retrouve dans la fiche 9 de l'Offre de service) [MSSS, 2007]⁷.

En accord avec ces orientations ministérielles [MSSS, 2007], un guide de pratique sur les services de désintoxication a été rédigé par la FQCRPAT pour soutenir les centres de réadaptation en dépendance [FQCRPAT, 2008]. Ce guide s'appuie en grande partie sur la deuxième édition révisée des critères de l'*American Society of*

⁷ Pour alléger le texte, cette publication est désignée par « Offre de service en dépendance 2007-2012 du MSSS » dans la suite du document.

Addiction Medicine [ASAM, 2001]⁸, dont le modèle se décline en cinq niveaux de service (voir le tableau 1) et qui répond au niveau de risque que présente la personne aux six dimensions suivantes : 1) l'état d'intoxication/le risque de sevrage; 2) la santé physique; 3) la santé psychologique; 4) l'attitude vis-à-vis le traitement; 5) le potentiel de rechute; 6) les caractéristiques de l'environnement de la personne.

Tableau 1 Hiérarchie des niveaux de service relatifs à la gestion du sevrage selon l'ASAM [2001], tel que rapporté dans le guide de pratique FQCRPAT [2008]

NIVEAUX DE SERVICE	DESCRIPTION DU SERVICE*
I-D Désintoxication externe sans soins intensifs	Il s'agit généralement de consultations médicales en externe qui accompagnent le processus de sevrage. Le sevrage est ici qualifié de léger.
II-D Désintoxication externe avec soins intensifs	Ce niveau de service implique un suivi quotidien par du personnel médical. Le sevrage est ici qualifié de léger à modéré.
III.2-D Désintoxication avec hébergement sous supervision du personnel psychosocial	Ce type de service de désintoxication, géré par du personnel détenant une formation psychosociale, est caractérisé par l'accent mis sur le rôle des pairs et le soutien social. Il y a possibilité de consultation et de supervision clinique spécialisée pour les problèmes biomédicaux et émotionnels/comportementaux. Les protocoles utilisés pour déterminer la nature des interventions médicales requises (ex. : la nécessité de soins infirmiers ou médicaux ou le transfert vers une ressource de type III.7-D ou un centre hospitalier) sont élaborés et soutenus par des professionnels compétents. Le sevrage est qualifié de léger ou modéré, mais un besoin d'hébergement peut être présent.
III.7-D Désintoxication avec hébergement sous supervision du personnel médical	Ce type de services de désintoxication est offert par du personnel infirmier et médical, sans que soient disponibles toutes les ressources propres à un hôpital général (ex. : les services de cardiologie, de pneumologie, de radiologie, de chirurgie, etc.). Entre autres caractéristiques, le personnel infirmier est présent 24 heures/7 jours, et un médecin est disponible, selon des ententes préétablies pour évaluer les usagers rapidement, au besoin. Le sevrage peut être modéré ou sévère, sans qu'il y ait de facteurs aggravants nécessitant l'ensemble des soins hospitaliers.
IV-D Désintoxication avec hébergement hospitalier sous responsabilité médicale	Ce type de services de désintoxication est offert par du personnel infirmier et médical, dans un hôpital général offrant l'ensemble des soins appropriés ou associés à un sevrage sévère. Le sevrage est sévère et nécessite une intervention hospitalière.

*Extrait tiré du guide de pratique FQCRPAT [2008, p. 12-13].

⁸ La première édition des critères de l'ASAM a été publiée en 1991 et la deuxième en 1996 [ASAM, 1996; 1991].

Depuis la parution du guide de pratique FQCRPAT [2008], un changement de terminologie a progressivement été adopté dans les milieux de pratique et de la recherche. Le terme « désintoxication » a en effet été délaissé et remplacé par l'expression « gestion du sevrage ». Cette nouvelle terminologie apparaît dans la troisième édition des critères de l'ASAM [2013]. Celle-ci a par ailleurs renommé les cinq niveaux de service comme suit.

- 1-GS : services externes non intensifs;
- 2-GS : services externes intensifs;
- 3.2-GS : services avec hébergement sous supervision psychosociale;
- 3.7-GS : services avec hébergement sous supervision médicale;
- 4-GS : services de gestion du sevrage avec hospitalisation.

Dans le présent document, les termes « gestion du sevrage » ont été retenus. Nous utiliserons également le nouveau libellé des niveaux de service de l'ASAM⁹.

1.3. Offre de service en gestion du sevrage au Québec

Le réseau de la santé et des services sociaux est responsable de l'offre de service de gestion du sevrage, en partenariat avec des ressources privées ou communautaires.

Ainsi qu'il est spécifié dans le Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 : « *L'accessibilité à ces services repose sur le partage de responsabilités entre les services des missions CLSC, CRD et CH des CISSS et CIUSSS, des établissements non fusionnés détenant une mission de centre hospitalier, en partenariat avec les cliniques médicales et les ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (Éditeur officiel du Québec, 2017, 1^{er} septembre) concernées au sein du réseau territorial de services. Dans ce contexte, les CISSS et CIUSSS ont la responsabilité de s'assurer que la population de leur territoire a accès aux services de gestion de l'intoxication et de gestion du sevrage adaptés à leur condition, et ce, toujours en assurant un parcours fluide, simplifié et sécuritaire pour l'utilisateur* » (PAID 2018, p. 99).

Les centres hospitaliers fournissent des soins aigus aux personnes qui présentent des symptômes sévères de sevrage ou des complications médicales sévères. Les hospitalisations s'y font le plus souvent dans le contexte d'un sevrage de crise, lorsqu'une personne intoxiquée est dirigée vers les services d'urgence pour des symptômes demandant une intervention rapide, ou encore dans le contexte d'un sevrage non planifié quand des symptômes émergent lors d'une intervention médicale pour d'autres conditions de santé.

⁹ D'autres changements observés dans la troisième édition des critères de l'ASAM [2013] sont examinés plus en détail à la section 5.

Outre la mission hospitalière, les CISSS et CIUSSS détenant la mission de centre de réadaptation en dépendance (CRD) offrent des services d'accompagnement ou de supervision des personnes en épisode de sevrage de SPA.

Deux établissements non fusionnés dispensent aussi des services spécialisés en gestion du sevrage, soit le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) et le Centre universitaire de santé McGill (CUSM).

Les ressources privées ou communautaires assurent des services en lien avec la gestion du sevrage : certaines sont certifiées pour offrir de « l'aide et du soutien à la désintoxication » (ASD) et d'autres pour donner de « l'aide et du soutien à la récupération à la suite d'une intoxication » (ASRI)¹⁰.

En complémentarité avec l'offre de service en gestion du sevrage, d'autres médecins et professionnels œuvrant dans la communauté peuvent offrir un traitement ou un accompagnement aux personnes qui présentent des signes légers de sevrage, mais qui ne requièrent pas de prise en charge par les services spécialisés.

¹⁰ La certification est octroyée en vertu du Règlement sur la certification des ressources communautaires ou privées offrant de l'hébergement en dépendance (chapitre S-4.2, r. 0.1). Disponible à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-4.2,%20r.%200.1/>.

2. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE

Plusieurs sources de données et d'information ont été considérées afin de documenter l'utilisation des services relative à la gestion du sevrage et des pratiques ayant cours au sein des établissements publics du Québec.

Étant donné l'importance clinique et organisationnelle de la prise en charge de la gestion du sevrage, il est apparu nécessaire de dresser un état des pratiques en cours, une décennie après la première version des énoncés de pratique formulés dans le guide de pratique FQCRPAT [2008] et sur lesquelles de nombreuses équipes s'appuient pour établir leur offre de service. Ainsi, le présent état des pratiques a pour objectifs de :

1

décrire l'utilisation des services de gestion du sevrage au sein des établissements publics du Québec qui offrent ce service;

2

recenser les pratiques des services de réadaptation en dépendance en gestion du sevrage, en lien avec les énoncés de pratique du guide de pratique FQCRPAT [2008];

3

produire une synthèse des principales recommandations publiées dans divers guides de pratique et lignes directrices depuis la parution du guide de pratique FQCRPAT [2008].

Établissements visés

Les établissements visés par cet état des pratiques sont les CISSS et les CIUSSS qui ont une mission CRD ainsi que deux établissements non fusionnés, le CHUM et le CUSM. Bien que ceux-ci n'aient pas de mission CRD, ils sont inclus en raison de la présence de lits pour la gestion du sevrage et d'un personnel spécialisé en dépendance. La liste complète des établissements concernés se trouve à l'Annexe 1.

Pratiques visées

Les pratiques de gestion du sevrage recensées dans cet état des pratiques renvoient à l'ensemble des services de désintoxication qu'aborde le guide de pratique de la FQCRPAT [2008]. À l'instar de ce guide, le présent document n'aborde pas la pratique médicale au sein des services de gestion du sevrage, ni celle des médecins qui œuvrent dans les services de proximité dans une gestion de sevrage léger.

La gestion du sevrage liée à l'usage des opioïdes est aussi exclue puisqu'elle comporte des particularités qui la rendent difficilement comparable au sevrage des autres SPA. Le lecteur désireux d'en connaître davantage sur le sujet se référera plutôt aux lignes directrices nationales publiées en 2018 sur la gestion du trouble des opioïdes [ICRAS, 2018].



2.1 Comité de travail

Un comité de travail composé de 11 personnes a été constitué pour la réalisation de l'état des pratiques. Ce comité comptait cinq gestionnaires d'équipes spécialisées en dépendance, une directrice de la performance, de l'amélioration continue et de la qualité provenant de CISSS et CIUSSS, un directeur d'une ressource certifiée pour l'aide et le soutien à la désintoxication, un chercheur spécialisé en dépendance et codirecteur du RISQ et un représentant de la direction des services en dépendance et en itinérance du MSSS. Ces personnes avaient pour mandat d'accompagner les professionnels de l'INESSS en leur fournissant des informations et de l'expertise quant à la gestion du sevrage au Québec.

2.2 Recension des pratiques de gestion du sevrage

2.2.1 Sources des données

Des données clinico-administratives ont été examinées dans les CISSS et CIUSSS ayant une mission CRD et offrant des services de gestion du sevrage. Ces données, qui couvrent l'année 2016-2017, ont été extraites des banques de données locales du système d'information sur la clientèle des services de réadaptation en dépendance (SIC-SRD) [MSSS, 2018b]. Elles précisent le nombre de personnes différentes qui ont reçu des services de gestion du sevrage offerts par un service de réadaptation en dépendance. Pour les séjours à l'interne, ces données précisent la durée moyenne de séjour, tandis que pour les services externes, il s'agit du nombre d'heures de prestation et du nombre de rencontres individuelles par usager.

La base de données *Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière* (MED-ÉCHO) a par ailleurs permis de recenser les séjours enregistrés dans les centres hospitaliers du Québec en 2016-2017, en fonction des variables suivantes :

- le nombre et la durée des séjours hospitaliers;
- l'âge et le genre des personnes admises;
- la région sociosanitaire du CISSS/CIUSSS;
- le type de substances psychoactives associé au sevrage (excluant le tabac et les opioïdes).
 - F103/F104 : alcool
 - F123/F124 : cannabis
 - F133/F134 : sédatifs hypnotiques
 - F143/F144 : cocaïne
 - F153/F154 : autres stimulants
 - F163/F164 : hallucinogènes
 - F193/F194 : autres substances psychoactives
- les diagnostics principaux et secondaires (CIM-10-CA) associés au sevrage d'une substance psychoactive :
 - sans complications (F103, F123, F133, F143, F153, F163, F193);
 - avec complications (délirium) (F104, F124, F134, F144, F154, F164, F194).

La banque de données communes des urgences (BDCU) a permis de documenter les visites aux urgences enregistrées en 2016-2017, avec un diagnostic principal de sevrage à l'alcool :

- le nombre de visites associées à un diagnostic de sevrage à l'alcool;
- l'âge et le genre des personnes inscrites;
- la région sociosanitaire de l'urgence hospitalière;
- le code de priorité au triage;
- l'orientation à la suite du passage à l'urgence.

L'accès à ces banques de données a été rendu possible grâce à une entente tripartite entre le MSSS, la RAMQ et l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). En vertu de cette entente, un identifiant banalisé unique pour chaque patient a été créé à l'intention de l'INESSS, afin de pouvoir jumeler les informations provenant des différentes banques de données.

2.2.2 Entrevues téléphoniques et en présence

Dans le but de documenter les services de gestion du sevrage avec et sans hébergement, 23 entrevues ont été réalisées auprès de répondants désignés, intervenants et gestionnaires d'équipes spécialisées en dépendance du programme Santé mentale et dépendance des CISSS et CIUSSS ainsi que du CHUM et du CUSM. Ces entrevues ont été menées entre les mois d'octobre 2016 et d'avril 2017.

Dans un premier temps, un sondage exploratoire a été effectué auprès de gestionnaires et d'intervenants d'équipes spécialisées en dépendance, en vue d'avoir un premier éclairage sur les services offerts en gestion du sevrage. Ce sondage comptait 14 questions sur le sujet et pouvait être rempli à l'aide de la plateforme « Survey Monkey ». La plupart des régions du Québec y ont participé. Par la suite, et à partir de ce premier éclairage, deux canevas d'entrevue semi-structurée ont été élaborés (annexe 2), l'un portant sur les services de gestion du sevrage avec hébergement, et l'autre sur les services sans hébergement.

Les canevas d'entrevue ont par la suite été testés en simulant une entrevue réelle auprès de deux membres du comité de travail, puis ont été approuvés par l'ensemble des membres du comité. Enfin, les canevas ont été transmis aux répondants désignés, afin qu'ils puissent se préparer en prévision d'une entrevue téléphonique ou en personne.

Les thèmes principaux explorés dans les entrevues portaient sur les orientations du guide de pratique FQCRPAT [2008] visant les modèles et approches, la clientèle, l'évaluation, le traitement ainsi que l'organisation des services.

Les données ont été recueillies auprès de 17 établissements (15 avec une mission CRD et deux non fusionnés) répartis dans 15 régions sociosanitaires du Québec. Ces entrevues, d'une durée d'environ 90 minutes, se sont déroulées en un ou deux entretiens réalisés au téléphone ou en personne. Elles ont été enregistrées, puis résumées et transmises au répondant pour validation. La presque totalité des participants ont donné une rétroaction sur les éléments d'information retenus dans les résumés. Bien que 17 établissements aient participé aux entrevues, il s'avère que deux d'entre eux (CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et du Bas-Saint-Laurent) n'offraient pas, en 2016-2017, des services de gestion du sevrage prodigués par des équipes spécialisées en dépendance comparables à ceux retrouvés dans les établissements visés par cet état des pratiques. Leurs réponses aux questions

n'ont donc pas été conservées pour le présent état des pratiques; Celui-ci repose essentiellement sur les réponses de 15 répondants désignés par leur établissement respectif.

Certaines réponses aux questions ouvertes posées dans le cadre des entrevues ne permettent pas toujours de documenter de façon précise un énoncé de pratique spécifique. Par conséquent, il est possible que certaines pratiques de gestion du sevrage ne soient pas abordées dans le présent document.

2.3 Repérage et sélection des guides

Le troisième objectif est de produire une synthèse des principales recommandations publiées dans divers guides de pratique et lignes directrices depuis la parution du guide de pratique FQCRPAT [2008]. Pour ce faire, une stratégie de recherche documentaire a été élaborée en collaboration avec une conseillère en information scientifique de l'INESSS. Trois bases de données ont été consultées : MEDLINE, CINAHL et PsycINFO. Les mots-clés utilisés étaient associés à la problématique de dépendance (ex. : substance-related disorders, alcohol-related disorders, substance abuse, substance withdrawal syndrome, alcohol withdrawal syndrome), à l'intervention étudiée (ex. : withdrawal management, detoxification) et aux types de publication ciblés (ex. : guideline, guidance, practical guide). Des sites Web susceptibles de contenir des guides de pratique et lignes directrices sur la gestion du sevrage ont également été consultés. Ces sites sont notamment ceux d'instances gouvernementales (ex. : U.S. Department of Veterans Affairs) et de différentes sociétés, organisations et associations (ex. : National Institute for Health and Clinical Excellence). Une liste complète des sites Web consultés se trouve à l'Annexe 3.

Pour être retenus, les guides de pratique et lignes directrices devaient avoir été publiés entre les années 2012 et 2017, être rédigés en français ou en anglais et traiter de la gestion du sevrage auprès de la clientèle adulte. Les guides de pratique et lignes directrices soutenant exclusivement la pratique médicale de la gestion du sevrage ainsi que ceux portant exclusivement sur le sevrage des opioïdes ont été exclus. Au total, 14 documents ont été retenus, provenant du Canada (3), de l'Australie/Nouvelle-Zélande (3), des États-Unis (2), du Royaume-Uni (2), de l'Allemagne (1), de la France (1), de l'Organisation mondiale de la Santé (1) et de l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (1). La liste de ces documents se trouve à l'Annexe 4.

3 DONNÉES D'UTILISATION DES SERVICES DE GESTION DU SEVRAGE

Un portrait sommaire de l'utilisation des services de gestion du sevrage en 2016-2017 est présenté pour les établissements ayant une mission CRD, à partir des données des banques locales SIC-SRD. Ce portrait est complété par les données concernant les visites dans les urgences hospitalières et les séjours hospitaliers associés à un diagnostic de sevrage au cours de la même période.

3.1. Services de gestion du sevrage dans les établissements avec une mission CRD

Services de gestion du sevrage avec hébergement : Le tableau 2 présente le nombre d'usagers et de séjours effectués dans les 10 CISSS et CIUSSS ayant une mission CRD et offrant des services de gestion du sevrage avec hébergement. Dans les autres régions du Québec, les établissements ayant une telle mission offrent de l'hébergement uniquement pour des services de réadaptation et ont des ententes de services avec des ressources communautaires ou privées. Selon les données du SIC-SRD présenté au tableau 2, les établissements avec une mission CRD offrant des services de gestion du sevrage avec hébergement ont admis, en 2016-2017, 2 877 personnes âgées de 18 ans et plus, pour un total de 3 307 séjours¹¹. La durée moyenne des séjours rapportée pour l'occupation d'un lit de sevrage est de 7,2 et varie de 4,2 à 13,2 jours, selon les établissements.

¹¹ Un séjour est défini comme une admission comportant au moins une occupation de lit en gestion du sevrage, au sein d'une ressource publique offrant de l'hébergement.

**Tableau 2 CISSS et CIUSSS ayant une mission CRD offrant des services
de gestion du sevrage avec hébergement en 2016-2017**

RÉGION ADMINISTRATIVE DES CISSS ET DES CIUSSS		NOMBRE D'USAGERS DISTINCTS	NOMBRE DE SÉJOURS	DURÉE MOYENNE DES SÉJOURS (JOURS)
02	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	285	360	5,6
04	CIUSSS Mauricie et Centre du Québec ¹²	322	352	13,2
05	CIUSSS de l'Estrie	167	185	5,8
06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de- Montréal	853	936	8,4
07	CISSS de l'Outaouais	306	387	6,6
11	CISSS de la Gaspésie	74	79	4,4
12	CISSS de Chaudière-Appalaches	255	333	4,2
13	CISSS de Laval	229	258	6,3
15	CISSS des Laurentides	386	417	5,6
16	CISSS de la Montérégie-Ouest ¹³	---	---	---
Total pour l'ensemble du Québec		2 877	3 307	7,2

Services externes de gestion du sevrage : Les données du SIC-SRD sur les services externes de gestion du sevrage offerts par les établissements ayant une mission CRD sont présentées au tableau 3. Celles-ci indiquent que seulement trois des centres de réadaptation offrant des services de gestion du sevrage, avec hébergement, offrent aussi des services de gestion du sevrage sur une base externe en 2016-2017. À ceux-ci s'ajoutent le CISSS de Lanaudière, qui offre uniquement des services de gestion du sevrage sur une base externe. Au total, les quatre centres ont desservi 411 usagers âgés de 18 ans et plus. Ces usagers ont reçu en moyenne 2,7 interventions, d'une durée moyenne de 39 minutes.

¹² Selon le CIUSSS de la Mauricie et du Centre du Québec, la durée moyenne des séjours est surestimée, en raison d'enjeux liés à la saisie des données dans SIC-CRD. La durée moyenne des séjours serait, dans la réalité, près de deux fois plus courte.

¹³ Les données 2016-2017 ne sont pas disponibles en raison d'enjeux liés à la saisie des données.

**Tableau 3 CISSS et CIUSSS ayant une mission CRD offrant des services
externes de gestion du sevrage en 2016-2017**

RÉGION ADMINISTRATIVE DES CISSS ET DES CIUSSS		NOMBRE USAGERS DISTINCTS	NOMBRE TOTAL INTERVENTIONS (MOYENNE PAR USAGER)	DURÉE TOTALE INTERVENTIONS HH:MM (MOYENNE PAR INTERVENTION MM : SS)
02	CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean	110	296 (27)	177 : 09 (3630)
04	CIUSSS Mauricie et Centre du Québec ¹⁴	0	0	---
05	CIUSSS de l'Estrie *	0	0	---
06	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de- Montréal	15	44 (29)	24 : 22 (3320)
07	CISSS de l'Outaouais	64	282 (44)	153 : 52 (3310)
11	CISSS de la Gaspésie	0	0	---
12	CISSS de Chaudière-Appalaches *	0	0	---
13	CISSS de Laval ¹⁵	0	0	---
14	CISSS de Lanaudière	222	502 (23)	373 : 39 (4500)
15	CISSS des Laurentides *	0	0	---
16	CISSS de la Montérégie-Ouest ¹⁶	---	---	---
Total pour l'ensemble du Québec		411	1124 (27)	729:02 (3930)

Il est à noter que les données recueillies auprès des gestionnaires et intervenants lors des entrevues suggèrent que les services de gestion du sevrage avec hébergement offerts par les établissements ayant une mission CRD sont sous-représentés dans la banque SIC-SRD. Cette sous-représentation pourrait être liée au fait que certains établissements ayant une telle mission ont établi des partenariats avec des ressources privées ou communautaires, afin d'offrir des services de gestion du sevrage avec hébergement à leur population. Or, les

¹⁴ Pratiquement aucun sevrage ne se fait en externe au CIUSSS de la Mauricie Centre du Québec, sauf dans de très rares cas où les conditions favorables sont réunies.

¹⁵ Aucune présence médicale pour soutenir le sevrage en externe ou pour valider les ordonnances collectives. La clientèle ayant besoin d'un service de sevrage est systématiquement référée au service d'hébergement.

¹⁶ Les données 2016-2017 ne sont pas disponibles.

admissions associées à certains de ces partenariats (ex. : lorsqu'il y a des achats de places) pourraient ne pas figurer parmi les données extraites du SIC-SRD. Des enjeux liés à la saisie des données pourraient également contribuer à sous-estimer les services de gestion du sevrage offerts par les établissements avec une mission CRD.

3.2 Visites à l'urgence liées à un syndrome de sevrage à l'alcool

Les données sur les visites effectuées dans les urgences du Québec en 2016-2017 ont été extraites de la banque BDCU et sont présentées au tableau 4. Il est à noter que l'alcool est la seule substance pour laquelle un diagnostic de sevrage est enregistré dans la banque BDCU.

Ces données indiquent qu'en 2016-2017, 4 571 visites ont été effectuées dans les urgences du Québec en raison d'un syndrome de sevrage à l'alcool. Les trois quarts de ces visites ont été faites par des hommes, et un peu plus de la moitié des usagers qui se sont présentés à l'urgence étaient âgés entre 40 et 64 ans.

Lors du passage à l'urgence, 20 % des cas de sevrage à l'alcool ont été évalués comme requérant une prise en charge immédiate (P1) ou rapide (P2). Dans la majorité des cas, les symptômes présentés ont été évalués comme étant importants, mais ne menaçant pas la vie de la personne (P3) ou étant de gravité mineure (P4). Ces proportions sont similaires à celles observées lors de l'orientation, où le quart des visites se sont soldées par une hospitalisation, et les trois quarts par un retour au domicile.

Tableau 4 Visites à l'urgence liées à un diagnostic de sevrage à l'alcool en 2016-2017

		N	%
Total des visites liées à un diagnostic de sevrage en 2016-2017		4 571	100
Par genre	Hommes	3 431	75
	Femmes	1 139	25
Par groupes d'âge	18 – 24 ans	321	7
	25 – 39 ans	1 202	26
	40 – 64 ans	2 507	55
	65 ans et plus	540	12
Par région CISSS/CIUSSS			
01	Bas-Saint-Laurent	32	1
02	Saguenay–Lac-Saint-Jean	128	3
03	Capitale-Nationale	868	19
04	Mauricie	318	7
05	Estrie	164	4
06	Montréal	1 445	32
07	Outaouais	201	4
08	Abitibi-Témiscamingue	93	2
09	Côte-Nord	105	2
11	Gaspésie	44	1
12	Chaudière-Appalaches	148	3
13	Laval	65	1
14	Lanaudière	166	4
15	Laurentides	244	5
16	Montréal	550	12
Priorité de la prise en charge au triage	P1 – immédiate	55	1
	P2 – rapide (15 minutes)	855	19
	P3 – 30 minutes	2 124	46
	P4 – 60 minutes	1 258	28
	P5 – 120 minutes	279	6
Orientations	Admission CH	1 079	24
	Transfert	103	2
	Retour domicile	3 325	73
	Départ avant prise en charge	20	0,4
	Référence/réorienté	43	0,9
	Décès	1	0,02

3.3 Séjours hospitaliers liés à un syndrome de sevrage en 2016-2017

Selon la banque de données MED-ECHO, 33 020 personnes de 18 ans et plus auraient effectué 44 344 séjours hospitaliers en 2016-2017, en raison d'un trouble lié à une substance psychoactive. De ce nombre, ainsi qu'il a été présenté au tableau 5, 3 233 personnes, totalisant 3 862 séjours, ont été hospitalisées à cause

d'un diagnostic de sevrage¹⁷. Les hospitalisations associées à un tel diagnostic représentent moins de 1 % de tous les séjours hospitaliers enregistrés au Québec en 2016–2017 pour les personnes de 18 ans et plus (n = 568 693)¹⁸.

Tableau 5 Séjours hospitaliers liés à un diagnostic de sevrage en 2016-2017

		N	%	Durée Séjour (jrs)
Total des séjours hospitaliers liés à un diagnostic de sevrage¹⁹		3 862	100	11,9
Par genre	Hommes	2 860	74	11,6
	Femmes	982	25	13,2
Par groupes d'âge	18 – 24 ans	101	3	4,8
	25 – 39 ans	518	13	6,9
	40 – 64 ans	2 058	53	10,2
	65 ans et plus	1 165	30	18,1
Par régions CISSS/CIUSSS	01 Bas-Saint-Laurent	183	5	9,4
	02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	163	4	13,2
	03 Capitale-Nationale	396	10	13,2
	04 Mauricie	288	8	9,1
	05 Estrie	213	6	11,4
	06 Montréal	912	24	14,4
	CHUM	(133)	---	(14,5)
	CUSM	(109)	---	(11,0)
	07 Outaouais	167	4	10,5
	08 Abitibi-Témiscamingue	85	2	11,7
	09 Côte-Nord	89	2	9,3
	10 Nord-du-Québec	12	0,3	6,4
	11 Gaspésie	81	2	8,3
	12 Chaudière-Appalaches	196	5	8,2
	13 Laval	118	3	13,4
	14 Lanaudière	198	5	14,0
	15 Laurentides	273	7	12,9
	16 Montérégie	448	12	11,7
	17 Nunavik	17	0,4	1,9
	18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	23	0,6	1,6
Par type de substances				
Alcool		3 166	82	11,4

¹⁷ Les séjours associés à un sevrage aux opioïdes et au tabac sont exclus.

¹⁸ Les séjours en obstétrique et les chirurgies d'un jour sont exclus.

¹⁹ Les données sur le genre et l'âge manquent pour 20 séjours hospitaliers.

		N	%	Durée Séjour (jrs)
	Cannabis	73	2	6,9
	Sédatif-hypnotique	203	5	17,2
	Stimulants	46	1	6,4
	Cocaïne	30	0,8	18,9
	Drogues multiples	339	9	13,4
	Autres substances	5	0,1	4,2
Sevrage avec complications	Avec delirium	1 045	27	18,3
	Sans delirium	2 817	73	9,5
Diagnostic de sevrage	Diagnostic principal	1 566	41	7,1
	Diagnostic secondaire	2 296	59	15,1

Portrait global

Le tableau 5 permet de constater que les trois quarts des séjours liés à un diagnostic de sevrage sont effectués par des hommes (74 %) et par des personnes âgées entre 40 et 64 ans, dans un peu plus de la moitié des cas (53 %). Les séjours hospitaliers liés à un diagnostic de sevrage à l'alcool sont les plus fréquents (82 %). Leur durée moyenne est de 12 jours, pour l'ensemble du Québec. Les durées moyennes de séjour les plus longues sont rapportées pour les personnes âgées de 65 ans et plus (18,1 jours), pour les sevrages liés à la consommation de cocaïne (18,9 jours) et pour la région de Montréal.

Les données présentées au tableau 5 indiquent également que 27 % des séjours hospitaliers enregistrés en 2016-2017 étaient associés à un diagnostic de sevrage compliqué par la présence d'un delirium. Pour ces cas de sevrage avec complications, la durée moyenne de séjour est de 18,3, comparativement à une moyenne de 9,5 jours en l'absence de delirium. Les données permettent également de constater que pour la plupart des séjours le sevrage est secondaire à une autre condition (59 %) et qu'il est le motif principal dans une moins grande proportion (41 %). On note par ailleurs que la durée moyenne des séjours est deux fois plus longue lorsque le sevrage est secondaire à une autre condition (15,1 jours) que lorsqu'il est le motif principal de l'hospitalisation (7,1 jours). Enfin, il est intéressant de noter que c'est dans la région de la Mauricie que l'on rapporte la plus grande proportion de séjours avec un diagnostic principal de sevrage (61 %, 177/288 personnes), et dans celle de Laval que l'on observe la plus faible (25 %, 29/118 personnes) (données non présentées dans le tableau).

Données pour le CHUM et le CUSM

Le CHUM et le CUSM sont les deux établissements de la région de Montréal ayant une mission hospitalière et des équipes spécialisées en dépendance. Les données présentées au tableau 5 indiquent que 27 % (242) des hospitalisations de la région de Montréal, en raison d'un syndrome de sevrage, y ont été effectuées. La durée moyenne de ces séjours est de 14,5 jours pour le CHUM et de 11,0 jours pour le CUSM.

L'analyse des données pour ces deux centres (données non présentées dans le tableau 5) indique que la proportion de séjours effectués par des personnes âgées entre 40 et 64 ans est plus élevée au CUSM qu'au CHUM (66 % et 59 %, respectivement), de même que la proportion de séjours liés à un sevrage à l'alcool (89 % et 79 %, respectivement). La proportion de séjours pour des sevrages avec complications est relativement similaire au CHUM (35 %) et au CUSM (33 %).

4. RECENSION DES PRATIQUES DE GESTION DU SEVRAGE EN LIEN AVEC LES ÉNONCÉS DE PRATIQUE DU GUIDE DE PRATIQUE FQCRPAT [2008]

Les énoncés de pratique relatifs à la gestion du sevrage que l'on retrouve dans le guide de pratique FQCRPAT [2008] recouvrent les cinq thèmes suivants :

- les modèles et approches;
- la clientèle;
- l'évaluation;
- le traitement;
- l'organisation des services.

Regroupés sous chacun de ces thèmes, tous les énoncés de pratique²⁰ du guide de pratique FQCRPAT [2008] sont présentés dans cette section. Un bref complément d'information les accompagne, et une recension des principales pratiques québécoises de gestion du sevrage en lien avec ceux-ci est présentée.

Le but de cet état des pratiques n'est pas de comparer les établissements entre eux ni de porter un jugement sur la qualité des pratiques en place. Il vise plutôt à tracer un état de situation en matière de gestion du sevrage au Québec. Aussi, la recension des pratiques rapportées offre une vue d'ensemble, sans pour autant associer l'établissement concerné à une pratique spécifique de gestion du sevrage. Par conséquent, tout au long du présent document, le lexique suivant est retenu afin de mettre en lien les pratiques québécoises et les énoncés de pratique du guide de pratique FQCRPAT 2008.

Établissement(s)	Interprétation pour ce portrait
Tous	15 établissements ²¹
Une large majorité	11 à 14 établissements
Une majorité	8 à 10 établissements
Une minorité	2 à 7 établissements
Un seul	1 établissement
Aucun	0 établissement

²⁰ Afin de faciliter la lecture des recommandations du guide de pratique FQCRPAT [2008], le mode indicatif remplace la forme subjonctive dans ce portrait.

²¹ Rappel : les deux services de gestion du sevrage (Foster et Le Virage) offerts au sein du CISSS en Montérégie-Ouest sont regroupés et ne comptent que pour un seul établissement dans ce portrait.

4.1 Modèles et approches

Énoncé de pratique 1 (FQCRPAT, 2008)

Le modèle de référence des CRD pour les services de la gestion du sevrage est médical et psychosocial, comme il est inscrit dans l'offre de service des CRD.

Complément d'information

Afin d'offrir des services de gestion du sevrage de qualité, la FQCRPAT souligne que les établissements doivent favoriser l'utilisation d'un modèle mixte, qui met l'accent d'abord sur un modèle social attribué à des services de soutien psychologique et social aux usagers et leur famille, combiné à un modèle médical offert par des médecins et du personnel infirmier en milieu hospitalier ou en cabinet privé.

Pratiques québécoises en lien avec l'énoncé de pratique 1

La recension des pratiques permet de réaliser qu'une large majorité des établissements mentionnent adopter un modèle de gestion du sevrage qui se caractérise par la combinaison de services médicaux et psychosociaux, et ce, peu importe le niveau de service offert. Compte tenu de la nature des collaborations rapportées dans les services psychosociaux et médicaux, il est difficile de statuer sur la prépondérance du service psychosocial par rapport au service médical. Selon les répondants, la complémentarité de ces services s'ajuste selon les besoins de la clientèle.

Sans exclure l'apport d'un service psychosocial, une minorité de répondants disent s'appuyer avant tout sur un modèle médical pour la gestion du sevrage, dans leur établissement. Dans ces établissements, le personnel responsable serait composé exclusivement d'infirmiers ou de médecins. Toutefois, malgré la prédominance rapportée du service médical, des interventions psychosociales sont offertes à un usager qui en fait la demande, soit par du personnel infirmier ou, de manière ponctuelle, par du personnel psychosocial des services de réadaptation.

Les répondants des établissements qui utilisent le modèle mixte précisent que pour assurer la couverture médicale, ils utilisent les services des infirmiers, des médecins, des médecins résidents ou des psychiatres. Une large majorité des infirmiers seraient accessibles ou présents sur les lieux où le service de gestion du sevrage est rendu, tandis que les médecins et les psychiatres offriraient une disponibilité et une accessibilité plus variables, allant d'une présence ou garde 24/7 à une présence ou garde qui ne serait requise qu'au besoin. Pour assurer des services de nature psychosociale, plusieurs types d'intervenants sont mentionnés par les répondants. On retrouve parmi ceux-ci des éducateurs, des psychoéducateurs, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des agents de relations humaines (ARH) et d'intervention, des assistants en réadaptation, des

auxiliaires et, enfin, des bénévoles. Il est à noter que l'accessibilité du service psychosocial est parfois rendue possible en vertu d'une entente de service avec certains organismes communautaires. La composition multidisciplinaire des équipes apparaît, pour plusieurs répondants, comme un élément essentiel des services de gestion du sevrage, où le modèle mixte est implanté.

Énoncé de pratique 2 (FQCRPAT, 2008)

Les approches sont multiples, allant de la pharmacothérapie aux approches psychosociales.

Complément d'information

Le guide de pratique FQCRPAT [2008] favorise le recours à la pharmacothérapie, pour atténuer les symptômes du sevrage ou rendre le sevrage plus confortable, en complémentarité avec un traitement global qui inclut des approches psychosociales (les approches cognitives comportementales et motivationnelles, méthodes d'apprentissage aux habiletés sociales et de prévention de la rechute ainsi que les approches d'appui communautaire).

Pratiques québécoises en lien avec l'énoncé de pratique 2

En complément des approches psychosociales utilisées dans le cadre de la gestion du sevrage, tous les établissements recourent aussi à la pharmacothérapie. Une minorité d'entre eux utilisent les ordonnances collectives, afin de faciliter la fluidité du service. Celles-ci permettent aux personnes visées de bénéficier d'une médication ou d'un traitement approprié sans devoir obtenir, au préalable, une ordonnance médicale individuelle.

Lorsqu'on s'intéresse au traitement global du sevrage, les réponses d'une large majorité de répondants confirment l'utilisation d'approches multiples dans les services de gestion du sevrage, soit : l'approche motivationnelle, l'approche cognitivo-comportementale, la réduction des méfaits, les approches orientées vers les solutions, l'art-thérapie, l'approche psychodynamique, la psychoéducation, les thérapies de la réalité ou portant sur la dialectique du comportement. Enfin, un seul établissement rapporte utiliser le modèle de nursing centré sur les besoins fondamentaux de Virginia Henderson [1978].

Les modalités d'intervention et les techniques utilisées issues des approches psychosociales rapportées sont également variées. Que ce soit lors de rencontres individuelles ou de groupe, les usagers peuvent notamment apprendre à développer leurs habiletés sociales (ex. : qualité de la communication) ou à retrouver de saines habitudes de vie (ex. : meilleure alimentation, savoir vivre avec les autres). La pleine conscience, l'art-thérapie et un accompagnement à la réinsertion sociale font aussi partie des stratégies thérapeutiques utilisées.

Énoncé de pratique 3 (FQCRPAT, 2008)

L'approche motivationnelle fait partie intégrante de la *gestion du sevrage* pour favoriser, chez l'usager, la continuité dans le processus de réadaptation.

Complément d'information

Le troisième énoncé de pratique du guide FQCRPAT [2008] mise sur l'approche motivationnelle pour que l'usager poursuive, en continuité du sevrage, sa réadaptation en lien avec son trouble d'utilisation de substance.

Pratiques québécoises en lien avec l'énoncé de pratique 3

Une large majorité des établissements mentionnent s'appuyer sur l'approche motivationnelle lors d'une gestion du sevrage.

L'approche motivationnelle, qui vise l'engagement de la personne dans un processus de changement, est souvent associée à l'entretien motivationnel, une forme d'intervention élaborée par Miller et Rollnick [2013].

Les réponses données précisent qu'un entretien motivationnel peut avoir lieu lors de la gestion du sevrage.

Bien que la question posée aux répondants dans le cadre des entrevues ne visait pas à documenter l'utilisation d'interventions basées sur l'approche motivationnelle en tant que telle, les répondants ont rapporté des pratiques inspirées de cette approche.

Énoncé de pratique 4 (FQCRPAT, 2008)

L'intervention s'adapte à l'unicité de chaque personne, donc les traitements associés à la gestion du sevrage sont adaptés aux besoins de chaque usager.

Complément d'information

Le quatrième énoncé de pratique souligne qu'il est essentiel d'ajuster les services et les approches à l'individu, puisqu'il n'existe pas de formule unique applicable à tous et que le sevrage sera différent selon les capacités biologiques et psychologiques de chacun.

Pratiques québécoises en lien avec l'énoncé de pratique 4

Tous les établissements rapportent adapter les services de gestion du sevrage et les approches qu'ils utilisent à l'unicité de chaque usager. Ainsi, plusieurs disent s'assurer que cette gestion est adaptée aux capacités biologiques et psychologiques de l'usager. Pour ce faire, ils instaurent des pratiques souples généralement basées sur une évaluation ou une réévaluation régulière du fonctionnement de l'usager en cours de sevrage. En réponse à cette question, une large majorité des répondants illustrent, par des exemples, comment ils adaptent leurs services aux besoins des usagers. Parmi ces exemples, on retrouve :

- une évaluation globale et multidimensionnelle (ex. : nursing, médicale, psychosociale, occupationnelle);
- la revue du dossier de l'usager par une équipe interdisciplinaire (en début, mi et fin de période de sevrage), ciblant les ajustements nécessaires;
- un horaire d'activités planifié, mais non obligatoire; la liberté de participer ou non aux activités prescrites;
- une durée de sevrage et une fréquence des rencontres variables en fonction de l'évaluation faite par du personnel infirmier;
- un service qui peut offrir le sevrage et la réadaptation, mais qui laisse la possibilité à l'usager d'utiliser un seul service (sevrage) ou les deux (sevrage et réadaptation);
- la prise en compte des souhaits, attentes et besoins des usagers;
- une plus grande souplesse dans l'accessibilité, pour rencontrer un médecin dans le cadre d'un suivi médical;
- l'accès à une chambre adaptée, pour répondre aux personnes qui présentent des contraintes (ex. : de mobilité);
- des diètes alimentaires adaptées aux problèmes de santé et allergies des usagers;
- l'intégration progressive des usagers aux activités proposées, selon leur état et leur capacité.

4.2 Clientèles

Énoncé de pratique 5 (FQCRPAT, 2008)

Les CRD adoptent le modèle hiérarchique d'intensité de sevrage (léger, modéré et sévère) de l'ASAM, afin de bien catégoriser les besoins de chaque personne.

Complément d'information

Le modèle hiérarchique d'intensité de sevrage (léger, modéré et sévère) dépend de l'évaluation des risques de complication et des conditions médicales et psychologiques associées. Les usagers avec un niveau d'intensité de sevrage qualifié de « léger à modéré » sont référés aux services externes intensifs de gestion du sevrage ou aux services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision psychosociale, si un tel besoin d'hébergement est présent. Les usagers ayant un niveau d'intensité de sevrage qualifié de « modéré à sévère » sont, quant à eux, dirigés vers les services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision médicale, à moins que des facteurs aggravants requièrent des soins hospitaliers. Les usagers présentant une intensité de sevrage qualifiée de « sévère » et nécessitant une intervention hospitalière sont référés aux hôpitaux [FQCRPAT, 2008, p. 12-13].

Pratiques québécoises en lien avec l'énoncé de pratique 5

Selon les répondants, le modèle hiérarchique d'intensité de sevrage est adopté par tous les établissements.

Plusieurs modes d'évaluation de l'usager sont mentionnés par les répondants, et plusieurs outils cliniques validés en soutien à l'évaluation sont rapportés être utilisés, afin de procéder à une bonne catégorisation des besoins de l'usager en lien avec le modèle hiérarchique d'intensité de sevrage.

En ce sens, une large majorité des répondants confirment utiliser le questionnaire d'évaluation portant sur le Niveau de désintoxication-Évaluation par les intervenants médicaux (NiD-ÉM), ou sur le Niveau de désintoxication-Évaluation par les intervenants psychosociaux (NiD-ÉP), afin d'évaluer l'intensité anticipée du sevrage (léger, modéré et sévère). Ces deux outils cliniques, qui aident à déterminer l'orientation de la personne en fonction de l'intensité prévue de son sevrage, intègrent le modèle hiérarchique proposé par l'ASAM et sont le plus souvent administrés par un infirmier avant l'admission d'un usager.

L'évaluation des risques de complication et des conditions médicales et psychologiques associés au sevrage s'appuie sur le NiD-ÉP ou le NiD-ÉM, en complémentarité avec des évaluations préadmission, pour une large majorité des répondants. Ces évaluations sont remplies notamment par des infirmiers, des infirmiers de liaison, des médecins, des éducatrices, des travailleurs sociaux, des agents de relations humaines (ARH) et des intervenants psychosociaux.

Enfin, comme il est recommandé par l'ASAM, un usager sera orienté vers un niveau de soins supérieur au niveau de soins recommandé, lorsque ce dernier n'est pas accessible. À titre d'exemple, un usager ayant des besoins de niveau externe intensif (2-GS) serait dirigé vers un service d'hébergement non hospitalier sous supervision psychosociale (3.2-GS) si le niveau 2-GS n'était pas disponible. Une minorité d'établissements rapportent accueillir au sein de leurs services des usagers qui pourraient bénéficier d'un niveau de service moins élevé.

Énoncé de pratique 6 (FQCRPAT, 2008)

Les CRD assurent les services de gestion du sevrage pour les clientèles requérant les niveaux 2-GS et 3-GS de l'ASAM²², et privilégient particulièrement les femmes enceintes et les parents de jeunes enfants, les jeunes en difficulté et les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

²² La codification des niveaux de service utilisée dans le guide de pratique FQCRPAT [2008] est celle de l'ASAM [2001]. Elle a été remplacée par celle de l'ASAM [2013] en raison de leur grande similitude (ASAM [2013] : GS = gestion du sevrage par rapport à ASAM [2001] : D = désintoxication).

Complément d'information

L'offre de service en dépendance (2007-2012) du MSSS précise le partage de responsabilité en gestion du sevrage entre les établissements ayant une mission CRD et ceux ayant une mission CLSC ou hospitalière. Ainsi, les établissements ayant une mission CRD sont responsables des services de gestion du sevrage externe intensif (2-GS) ainsi que des services en gestion du sevrage avec hébergement non hospitalier (3-GS), qui s'offrent sous supervision psychosociale (3.2-GS) ou médicale (3.7-GS).

Conformément à l'Offre de service en dépendance 2007-2012, le guide de pratique FQCRPAT [2008] recommande, pour la priorisation au service de gestion du sevrage, les mêmes clientèles, en plus d'y ajouter les parents des jeunes enfants.

Pratiques québécoises en lien avec l'énoncé de pratique 6

En considérant les réponses des répondants, on note que seule une minorité d'établissements ayant une mission CRD offrent le service de gestion du sevrage externe intensif (2-GS), comme il est décrit par l'ASAM. Toutefois, une large majorité d'établissements proposeraient des services avec hébergement non hospitalier (3.2-GS ou 3.7-GS).

Quant à la priorisation d'accès aux services de gestion du sevrage pour certaines clientèles, de toutes celles identifiées dans le guide de pratique FQCRPAT [2008], la priorisation des femmes enceintes est la seule à être rapportée par une large majorité de répondants. Les parents de jeunes enfants, les personnes qui présentent un problème de santé mentale (trouble concomitant) et les jeunes en difficulté seraient priorisés par une minorité d'établissements seulement.

Dans les rares établissements où il n'y a pas de priorisation, des répondants précisent que le besoin de priorisation y est inexistant, puisque les services sont rapidement disponibles, quelle que soit la clientèle en cause.

Les clientèles suivantes ont été mentionnées par une minorité de répondants comme faisant partie d'un processus de priorisation :

- les personnes en provenance de milieux hospitaliers ou autres CRD;
- les personnes de 55 ans et plus avec problème de santé physique;
- les personnes présentant un état de santé détérioré;
- les personnes en situation d'itinérance ou de vulnérabilité;
- les personnes présentant des idéations suicidaires;
- les personnes hospitalisées en attente d'un transfert;
- les utilisateurs de drogues injectables ou de dépresseurs.

En ce qui a trait à la clientèle réorientée

Une minorité d'établissements ont indiqué que les personnes présentant les caractéristiques suivantes sont réorientées en fonction de leurs besoins :

- une histoire de mauvais fonctionnement lors d'une intervention précédente (ex. : nuisible au groupe, violence);
- des idéations suicidaires;
- un niveau de soins requis trop élevé pour le service offert;
- un risque de sevrage trop sévère;
- des antécédents de délirium tremens;
- la présence d'une comorbidité physique grave (ex. : des plaies ouvertes);
- un danger de santé physique ou psychologique lié directement au sevrage;
- un environnement non propice à une désintoxication ambulatoire;
- un âge inférieur à 18 ans;
- une consommation d'opioïdes, de benzodiazépines ou de GHB.

Il est à noter que les critères doivent plutôt être interprétés comme des critères de gestion du risque, plutôt que d'exclusion. Les mécanismes de référence et de prise en charge de ces personnes n'ont toutefois pas été précisés.

4.3 Évaluation

Énoncé de pratique 7 (FQCRPAT, 2008)

Toute personne bénéficie d'un plan d'intervention à partir d'une évaluation systématique sur les plans de la santé et du fonctionnement psychosocial.

Complément d'information

Le septième énoncé de pratique souligne que le plan d'intervention (PI) s'appuie sur une évaluation systématique, qui est d'abord centrée sur la sévérité prévue du sevrage et un questionnaire à propos de la présence de comorbidité médicale ou psychiatrique, en raison des possibles complications médicales qui en découlent.

Pratiques québécoises en lien avec l'énoncé de pratique 7

Comme il a été mentionné précédemment, une large majorité des établissements indiquent que l'évaluation est d'abord centrée sur la sévérité prévue du sevrage (par l'entremise de l'utilisation du NiD-ÉP et du NiD-ÉM).

Il est précisé qu'un plan d'intervention doit être élaboré à partir d'une évaluation systématique de la santé et du fonctionnement psychosocial d'un usager. Une minorité d'établissements auraient ainsi recours à un PI, alors qu'une large majorité utiliseraient le plan thérapeutique infirmier (PTI) en guise de PI. Lorsque les répondants mentionnent utiliser un PI à proprement parler, on observe qu'ils en font l'élaboration à des moments variables de la gestion du sevrage (ex. : en début de sevrage ou suivant quelques rencontres), mais généralement à l'amorce de la phase de réadaptation. En revanche, les réponses données par les répondants ne permettent pas de conclure que ledit PI a été élaboré sur la base d'une évaluation systématique de la santé et du fonctionnement psychosocial de l'usager.

Aussi, une minorité de répondants emploient l'expression « plan d'action » plutôt que PI. Ces *plans d'action* peuvent cibler de mêmes objectifs pour tous les usagers (ex. : se reposer), ou être centrés sur les besoins plus spécifiques de l'usager (ex. : trouver des façons personnalisées de ne pas consommer pendant le sevrage).

Énoncé de pratique 8 (FQCRPAT, 2008)

Les CRD mesurent les six dimensions propres à l'évaluation en gestion du sevrage, telles que définies par l'ASAM.

Complément d'information

Pour déterminer le niveau de soins requis en fonction des particularités de chaque personne, l'évaluation doit couvrir les six dimensions recommandées de l'ASAM, soit : l'état d'intoxication/le risque de sevrage, la santé physique, la santé psychologique, l'attitude vis-à-vis le traitement, le potentiel de rechute, les caractéristiques de l'environnement de la personne.

Pratiques québécoises en lien avec l'énoncé de pratique 8

Les réponses données ne permettent pas de préciser si l'évaluation initiale, centrée sur les risques liés au sevrage, est complétée par la prise d'information additionnelle pourtant sur d'autres dimensions définies par l'ASAM.

Par ailleurs, les outils cliniques rapportés, soit le NiD-ÉP, le NiD-ÉM et l'Indice de gravité de la toxicomanie (IGT) sont utilisés par une large majorité d'établissements et permettraient une exploration sommaire de plusieurs ou de l'ensemble des six dimensions recommandées par l'ASAM. Certaines dimensions (ex. : émotionnelle, comportementale), sans être évaluées systématiquement par un outil clinique validé, feraient parfois l'objet d'une évaluation par le biais d'un entretien clinique.

Or, la prudence est de mise dans les conclusions à tirer lorsqu'une des dimensions de l'ASAM ne *semble pas* avoir été évaluée. On ne peut conclure qu'une dimension n'est pas couverte du seul fait qu'elle ne se retrouve pas dans un instrument clinique utilisé pour fin d'évaluation. En ce sens, le guide de pratique FQCRPAT [2008] prend soin de préciser l'importance du jugement clinique.

Énoncé de pratique 9 (FQCRPAT, 2008)

Toute personne en gestion du sevrage fait l'objet d'une évaluation à partir d'outils actuellement validés et reconnus dans la pratique de l'évaluation en gestion du sevrage, notamment le Niveau de désintoxication-évaluation médicale (NiD-ÉM), le Niveau de désintoxication-évaluation psychosociale (NiD-ÉP) et le Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Revisited (CIWA-AR).

Complément d'information

Cet énoncé de pratique précise les outils qui servent principalement à déterminer le niveau de service requis par la condition médicale et psychosociale de la personne. Selon le guide, le NiD-ÉM est administré par le personnel médical, et le NiD-ÉP est adapté pour qu'il soit administré par du personnel psychosocial puis validé par du personnel infirmier. Ces deux outils incluent le CIWA-AR, qui permet de suivre, par des mesures répétées, la sévérité des symptômes liés à un sevrage à l'alcool tout au long de ce sevrage.

Pratiques québécoises en lien avec l'énoncé de pratique 9

Comme il a été mentionné précédemment, une large majorité des établissements du Québec ayant une mission CRD utiliseraient l'une ou l'autre des versions NiD-ÉP et NiD-ÉM dans le cadre d'une évaluation systématique. Il faut cependant savoir que la majorité des utilisateurs de l'un ou l'autre de ces outils d'évaluation rapportent en faire des adaptations « maison » et ne pas nécessairement utiliser la version la plus récente de chacun des deux. Les répondants précisent que le CIWA-AR n'est pas utilisé systématiquement puisqu'il ne serait pas indiqué pour leur clientèle avant une admission, ou que l'expérience clinique et l'utilisation prophylactique de benzodiazépines rendraient son utilisation moins nécessaire.

Une minorité d'établissements utiliseraient le *Clinical Opiate Withdrawal Scale* (COWS) (pour les troubles opioïdes), et un seul aurait recours au CIWA-B (pour les benzodiazépines). Aucune équipe n'a utilisé d'outils standardisés pour mesurer la sévérité prévue d'un sevrage aux amphétamines ou au cannabis.

Une majorité d'établissements ont mentionné utiliser en plus la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (GEDPAS), de Lavoie et ses collaborateurs [2012]. D'autres outils validés évaluant le fonctionnement social, la cognition, la dépression ou le trouble d'attention seraient également utilisés, sans pour autant faire partie d'une pratique répandue dans les établissements offrant le service de gestion du sevrage.

4.4 Traitement

Énoncés de pratique 10 et 11 (FQCRPAT, 2008)

Les CRD adoptent la hiérarchisation des niveaux de service de gestion du sevrage, telle que définie par l'ASAM et reprise dans l'Offre de service en dépendance du MSSS.

Les CRD, selon les principales caractéristiques propres à chacun des niveaux de service, souscrivent aux lignes directrices de pratique en gestion du sevrage.

Complément d'information

L'Offre de service pour le programme Dépendance de 2007-2012 du MSSS [2007] s'appuie sur les lignes directrices de l'ASAM [2001].

Il est suggéré dans le guide de pratique FQCRPAT [2008] que les CRD souscrivent aux lignes directrices de pratique en gestion du sevrage en fonction des caractéristiques propres à chaque niveau de service. Ces lignes directrices sont traduites et adaptées de l'ASAM [2001] et se retrouvent en annexe du guide de pratique FQCRPAT [2008].

Pratiques québécoises en lien avec les énoncés de pratique 10 et 11

Ces énoncés de pratique stipulent que *les CRD adoptent la hiérarchisation des niveaux de service de gestion du sevrage telle que définie par l'ASAM*. Les répondants confirment dans une large majorité l'adoption de ce mode de hiérarchisation des niveaux de service. En ce sens, et comme il est mentionné précédemment, la plupart des établissements du Québec ayant une mission CRD évaluent le niveau de sévérité du sevrage pour orienter l'individu vers le bon niveau de service.

À titre de rappel, les établissements ayant une mission CRD sont responsables des services de gestion du sevrage externe intensif (2-GS) ainsi que des services en gestion du sevrage avec hébergement non hospitalier (3-GS), qui sont offerts sous supervision psychosociale (3.2-GS) ou médicale (3.7-GS).

En considérant les réponses des répondants, on note que seule une minorité d'établissements ayant une mission CRD offrent le service de gestion du sevrage externe intensif (2-GS), tel que décrit par l'ASAM. Toutefois, une large majorité d'établissements proposeraient des services en gestion du sevrage avec hébergement non hospitalier (3.2-GS ou 3.7-GS).

Survol des pratiques par niveau de service de gestion du sevrage

Les services externes non intensifs (1-GS)

Une minorité d'établissements avec une mission CRD définissent des procédures permettant d'orienter les personnes dont le niveau de sévérité du sevrage est jugé

de faible intensité vers des médecins de famille ou des infirmiers en CLSC. Une autre minorité d'établissements mettraient à profit leurs équipes spécialisées, afin d'assurer ces services de gestion du sevrage externes non intensifs.

Les services externes intensifs (2-GS)

Les services externes intensifs (2-GS) ne seraient disponibles que dans une minorité d'établissements. Ils seraient offerts dans les cas de sevrage léger à modéré. Le canevas d'entrevue n'a pas permis de détailler les activités et l'encadrement offerts pour l'ensemble de ces services externes intensifs. Toutefois, on sait que parmi les établissements qui offriraient le service 2-GS, certains proposeraient la présence accrue d'une infirmière pour suivre l'évolution du sevrage sur une base quotidienne.

Les services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision psychosociale (3.2-GS)

L'organisation des services pour couvrir les services de gestion du sevrage avec hébergement sous supervision psychosociale (3.2-GS) serait variable d'un établissement à l'autre. Une minorité d'établissements disent disposer d'une installation consacrée au niveau de service 3.2-GS. Une majorité d'établissements concluraient des ententes donnant à leurs usagers accès à des places au sein de ressources privées ou communautaires, ou ils orientent simplement les usagers vers de telles ressources. La plupart de ces dernières sont certifiées pour offrir de l'aide et du soutien à la désintoxication (ASD) ou de l'aide et du soutien à la récupération, à la suite d'une intoxication (ASRI). Aussi, certaines des ententes précisent que la ressource d'hébergement est responsable d'offrir le logis, tandis que le personnel du CISSS ou CIUSSS spécialisé en dépendance a la responsabilité du suivi ou de la supervision de la clientèle assignée à la ressource. Dans le cadre d'une seule entente, il est précisé que la ressource privée ou communautaire assure la prise en charge de la personne en sevrage le weekend, tandis que l'établissement s'occupe de la gestion du sevrage pendant la semaine.

Les services avec hébergement sous supervision médicale (3.7-GS)

Une large majorité des établissements rapportent offrir le niveau de service avec hébergement sous supervision médicale (3.7-GS). Ce niveau de service serait donc accessible à un très large pan de la population québécoise, et serait en partie attribuable à la présence d'installations ou d'ententes de services entre les CISSS et les CIUSSS qui soutiennent un territoire voisin. Les établissements offriraient généralement des services 3.7-GS à une clientèle présentant des niveaux de sevrage prévu d'intensité modérée. Cependant, parmi eux, une majorité accueillerait aussi une clientèle présentant des niveaux de sevrage prévu de plus faible intensité.

Les services de gestion du sevrage avec hospitalisation (4-GS)

Les unités hospitalières sont une composante importante de l'offre de service en gestion du sevrage au Québec. En large majorité, les établissements ayant une

mission CRD orienteraient leurs usagers qui présentent un sevrage sévère prévu vers les services hospitaliers (comprenant des services spécialisés en dépendance, avec une admission planifiée et d'urgence). Cependant, seule une minorité d'établissements ayant la mission CRD disent pouvoir fournir un sevrage planifié en milieu hospitalier pour le niveau d'intensité le plus sévère.

Énoncés de pratique 12 et 13 (FQCRPAT, 2008)

La durée de la gestion du sevrage requise pour un individu repose d'abord sur ses besoins médicaux et psychosociaux et s'appuie sur des pratiques éprouvées.

Les CRD visent à optimiser les durées de séjour en gestion du sevrage en fonction des six dimensions à évaluer définies par l'ASAM.

Complément d'information

Les énoncés de pratique 12 et 13 portant sur la durée de la gestion du sevrage proposent d'ajuster la durée en fonction des besoins médicaux et psychosociaux de l'individu et réitèrent l'importance d'évaluer les six dimensions proposées par l'ASAM. Le guide de pratique FQCRPAT [2008] souligne la variabilité des durées standards recommandées dans la littérature, lesquelles diffèrent notamment selon la substance en cause.

Pratiques québécoises en lien avec les énoncés de pratique 12 et 13

Selon ces deux énoncés de pratique, la durée de la gestion du sevrage requise pour un individu doit être déterminée en fonction des six dimensions à évaluer et définies par l'ASAM. Elle doit avant tout être fonction de ses besoins médicaux et psychosociaux et s'appuyer sur des pratiques éprouvées. Le guide de pratique FQCRPAT [2008] prend toutefois soin de souligner la variabilité des durées standards recommandées dans la littérature, lesquelles diffèrent notamment selon la substance en cause.

Conformément à l'énoncé de pratique du guide de pratique FQCRPAT [2008] qui veut que l'intervention liée au sevrage s'adapte à l'unicité de chaque personne, une majorité d'établissements déterminent la durée du sevrage selon des critères qui varient. Ces critères sont :

- l'évolution de l'utilisateur;
- la disparition des symptômes;
- l'état de santé et le milieu de vie de l'utilisateur;
- les besoins de l'utilisateur;
- l'arrêt de la médication;
- le score au CIWA-AR;
- la condition médicale ou psychiatrique de l'utilisateur;
- la prise en charge de l'utilisateur par une autre ressource;

- l'information contenue dans un protocole de sevrage prescrit par un médecin de l'urgence;
- une autorisation de prolongation donnée par un médecin ou une infirmière.

Pour une minorité d'établissements, la durée du séjour lors de la phase plus spécifique associée à la gestion du sevrage serait déterminée par un protocole de sevrage. Pour une autre minorité de répondants, la durée du sevrage serait fixe et déterminée à l'avance. Cependant, cela ne permet pas de conclure que ces établissements ne font pas preuve de souplesse ou qu'ils n'adaptent pas la durée du sevrage en fonction des besoins d'un usager donné. En effet, plusieurs établissements s'assurent que le sevrage est ajusté selon les capacités biologiques et psychologiques de l'usager, en instaurant des pratiques souples qui ont souvent pour base une évaluation ou une réévaluation régulière du fonctionnement de l'usager en cours de sevrage. Le lecteur intéressé trouvera des statistiques au sujet de la durée des séjours de sevrage dans la section de ce document intitulée *Utilisation des services de gestion du sevrage* (p. 13)

Énoncé de pratique 14 (FQCRPAT, 2008)

Outre les services médicaux, les personnes peuvent, au moment opportun, bénéficier d'activités psychosociales (rencontres individuelles, ateliers thématiques, etc.).

Complément d'information

Au sujet de cet énoncé de pratique, le guide de pratique FQCRPAT [2008] mentionne qu'une période centrée sur les besoins médicaux puisse être nécessaire avant d'introduire des activités psychosociales. On y souligne également l'importance pour les intervenants d'avoir de la souplesse, afin que la personne en sevrage bénéficie d'activités psychosociales en temps opportun.

Pratiques québécoises en lien avec l'énoncé de pratique 14

La grande majorité des établissements donneraient accès ou offriraient des activités psychosociales pendant le sevrage d'un usager. Sans pouvoir le quantifier, en raison du canevas de l'entrevue, il semble exister une règle implicite répandue visant à respecter le « moment opportun » avant d'offrir une telle activité. Plusieurs répondants précisent que l'introduction des activités psychosociales se ferait selon l'évolution du sevrage (diminution des symptômes) et la stabilisation de l'état psychologique de la personne, parfois avec l'approbation d'un médecin. Les 24 à 48 premières heures du sevrage seraient ainsi davantage allouées à la récupération physique, au repos et aux besoins de base. Par ailleurs, bien qu'une minorité d'établissements exigeraient une période de repos obligatoire à ses usagers avant qu'ils puissent participer à des activités psychosociales, une autre minorité d'établissements donnerait dès le début du sevrage la possibilité de participer à des rencontres individuelles ou de groupe, à de la marche ou à une

activité visant à soutenir ou stimuler la motivation d'un usager (ex. : groupe de soutien A.A.). Ces activités s'offriraient parfois dans le cadre d'un programme intégré de sevrage et de réadaptation.

Les activités psychosociales offertes en période de sevrage sont très diversifiées. Elles se déclinent de la façon suivante :

- une ou des rencontres individuelles;
- une ou des rencontres de groupe de soutien à la motivation et de prévention de la rechute;
- des groupes d'information sur les substances psychoactives, la qualité du sommeil, l'alimentation ou autre;
- des activités supervisées;
- du yoga ou de la relaxation;
- des groupes d'entraide ou de discussion;
- de la marche, de l'activité physique ou des activités de loisir;
- des ateliers de nursing;
- etc.

4.5 Organisation des services de gestion du sevrage

Énoncé de pratique 15 (FQCRPAT, 2008)

La trajectoire de services en gestion du sevrage, telle que définie dans l'offre de service en dépendance du MSSS, est déployée dans l'ensemble des régions du Québec.

Complément d'information

Cet énoncé de pratique s'appuie sur l'Offre de service en dépendance 2007-2012 du MSSS [2007] pour définir la trajectoire à déployer en gestion du sevrage dans toutes les régions du Québec. Il recommande un partage de responsabilité entre les CSSS (CLSC et centres hospitaliers) et les CRD, selon : « l'histoire d'intoxication, son intensité, les quantités et les types de SPA utilisés ».

Pratiques québécoises en lien avec l'énoncé de pratique 15

En lien avec cet énoncé de pratique, l'Offre de service en dépendance pour la gestion du sevrage [MSSS, 2007] n'était pas déployée totalement dans l'ensemble des régions du Québec, comme en témoigne la sélection des établissements retenus²³ au moment de tracer ce portrait. Parmi les établissements non retenus parce qu'ils n'avaient pas, au moment du portrait, d'équipes spécialisées pour la gestion du sevrage, l'un d'eux déploie tout de même une offre de service qui

²³ Les CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, du Bas-Saint-Laurent, tout comme les établissements desservant une population nordique et autochtone, n'offraient pas en 2016-2017 des services de gestion du sevrage prodigués par des équipes spécialisées en dépendance comparables à ceux retrouvés dans les établissements visés par ce portrait. Ils ne sont donc pas inclus.

couvre l'ensemble des niveaux de service. Il y parviendrait par le biais de corridors de service établis avec d'autres établissements ayant une mission CRD de régions adjacentes, des CH et des infirmières spécialisées en santé mentale formées pour la gestion du sevrage. Les autres établissements non retenus pour ce portrait nous ont rapporté offrir des services, au cas par cas, non spécialisés en gestion du sevrage. Il est à noter que les régions dans lesquelles se retrouvent ces établissements ne comportent pas de ressources privées ou communautaires certifiées en aide et soutien à la désintoxication (ASD). Une de ces régions compterait toutefois sur une ressource certifiée pour l'aide et le soutien pour la récupération suite à une intoxication (ASRI).

Toutes les régions du Québec ont des CH qui gèrent des épisodes de sevrage, mais seule une minorité d'établissements (le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM) et le Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Par conséquent, il offre le plus haut niveau de service (4-GS) et le rend disponible pour plusieurs autres régions qui ne disposent pas d'équipes spécialisées pour donner ce niveau service.

En ce qui a trait au niveau de service 3-GS, celui-ci serait déployé dans toutes les régions desservies par les établissements retenus pour ce portrait selon différents modèles de service. Ceux-ci sont présentés plus en détail à l'énoncé de pratique 18.

Le déploiement de l'offre de service pour les usagers qui pourraient bénéficier d'un niveau de service 2-GS serait partiel. En réalité, une minorité d'établissements offrirait ce niveau de service. Les données recueillies auprès des répondants ne permettent pas de savoir avec certitude si ces usagers seraient tous orientés vers des services 3-GS.

Comme cet état des pratiques ne s'attarde pas aux établissements ayant une mission CLSC (qui possèdent la responsabilité d'assurer le niveau de service 1-GS selon l'Offre de service en dépendance 2007-2012 du MSSS [2007]), il n'est pas possible de statuer sur l'état du déploiement de ce niveau de service.

Énoncé de pratique 16 (FQCRPAT, 2008)

Dès l'amorce de la gestion du sevrage, l'organisation des services est planifiée en fonction d'une poursuite dans un processus de réadaptation.

Complément d'information

Cet énoncé de pratique porte sur la nécessité de planifier des services de réadaptation dès l'amorce du sevrage, qui est souvent la première porte d'accès de la personne aux services d'aide en dépendance. Le guide de pratique FQCRPAT [2008] rappelle l'importance de déterminer les options de traitement à la suite du sevrage, pour favoriser le rétablissement et réduire les risques de rechute.

Pratiques québécoises en lien avec l'énoncé de pratique 16

Pour favoriser le rétablissement et réduire les risques de rechute, cet énoncé de pratique insiste sur l'importance d'avoir une organisation des services qui favorise la planification, dès l'amorce du sevrage, des services de réadaptation à offrir après la période de gestion du sevrage. Dans les établissements sondés, une majorité de répondants rapportent une intégration des services de réadaptation à ceux offerts pendant la période de gestion du sevrage. À ce chapitre, dès l'admission ou suivant une courte période de stabilisation (avec la recommandation de l'infirmière ou avec l'aide d'un intervenant pivot en externe), l'usager en période de sevrage amorcerait rapidement les activités offertes dans le cadre de la réadaptation. Cette combinaison de la gestion du sevrage et de la réadaptation est perçue, d'emblée par les répondants, comme un moyen efficace pour favoriser la poursuite du suivi de la personne en vue de son rétablissement.

Une minorité de répondants rapporteraient cependant des services non intégrés de gestion du sevrage et de réadaptation, qui se donnent parfois au sein du même établissement. Dans ce cas, et selon le besoin, l'usager est référé au service de réadaptation à la fin de la gestion du sevrage. Une minorité d'établissements offrent à un usager qui en ressent le besoin la possibilité de prolonger son séjour, en attendant que la prise en charge pour la réadaptation soit amorcée. Une autre minorité d'établissements proposeraient simplement que l'usager termine son séjour par une prise de rendez-vous formelle avec l'intervenant chargé de son suivi en réadaptation.

Dans les ressources qui ne proposent pas de réadaptation intégrée au service de sevrage, les processus pour favoriser la poursuite d'une démarche de réadaptation par un usager sont adaptés selon le type d'organisation, et des niveaux de service offerts. Les moyens mis en place sont, notamment :

- la possibilité pour un usager d'exprimer ses besoins en termes de réadaptation et d'être immédiatement inscrit pour recevoir les services désirés;
- le recours aux services d'une infirmière auxiliaire (parfois d'un éducateur ou d'un intervenant) pour que l'usager puisse profiter d'une rencontre d'évaluation et d'orientation, en fonction de sa motivation et de ses besoins (physiques et psychologiques), et ainsi bénéficier d'un plan de sortie personnalisé;
- le recours à divers partenaires (ex. : clinique médicale, clinique externe, ressource communautaire offrant des services post-sevrage, groupe de maintien, groupe d'entraide);
- un arrimage avec d'autres ressources d'hébergement certifiées en dépendance;
- l'utilisation de ressources intermédiaires, qui présentent parfois une forte composante de réinsertion;

- une rencontre entre un usager et un intervenant de l'externe avant la fin de la période de sevrage;
- un échange d'information (ex. : bilan de séjour) entre les ressources impliquées dans la continuation des soins d'un usager, et le maintien de liens entre elles;
- un échange soutenu d'information entre les intervenants d'une même ressource concernant l'évolution d'un usager et de son plan de sortie.

Énoncé de pratique 17 (FQCRPAT, 2008)

À la suite du sevrage, les CRD favorisent un suivi d'une durée minimale de trois mois.

Complément d'information

Cet énoncé de pratique vise à préciser la durée minimale de suivi à offrir par les CRD. En effet, selon le guide de pratique FQCRPAT [2008] un minimum de suivi de trois mois semble un seuil minimal pour que les traitements [en services externes de réadaptation] aient un effet significatif.

Pratiques québécoises en lien avec l'énoncé de pratique 17

Cet énoncé de pratique concerne principalement les services de réadaptation qui ne sont pas abordés dans le présent document.

Énoncés de pratique 18 et 19 (FQCRPAT, 2008)

Selon les caractéristiques des régions, celles-ci peuvent mettre en place trois différents modèles d'organisation de services de gestion du sevrage avec hébergement : unité de gestion du sevrage, modèle intégré de services de gestion du sevrage et de réadaptation et services de gestion du sevrage par ententes de collaboration avec un centre hospitalier.

Les CRD, pour faciliter l'accessibilité et la continuité dans un processus de réadaptation, privilégient, lorsque cela est nécessaire, le modèle intégré de services de gestion du sevrage et de réadaptation dans un service d'hébergement de court terme, de 15 à 28 jours.

Complément d'information

Les services de gestion du sevrage s'inscrivent dans un contexte de stratégie globale de traitement. Ils peuvent contribuer au taux de rétention en traitement et à l'amélioration de la qualité de vie. Ils sont une porte d'entrée pour la poursuite d'un processus de réadaptation. L'énoncé de pratique 18 propose 3 modèles d'organisation de services de gestion du sevrage avec hébergement, afin notamment de faciliter le déploiement de l'offre de service dans toutes les régions du Québec.

L'énoncé de pratique 19 privilégie le modèle intégré de services de gestion du sevrage et de réadaptation dans un service d'hébergement de court terme de 15 à 28 jours. L'analyse de l'organisation des services dans un établissement, rapportée dans le guide, souligne qu'un séjour de plus de 14 jours dans ce type de service permettrait d'accroître le taux de persistance des usagers dans les services en externe.

Pratiques québécoises en lien avec les énoncés de pratique 18 et 19

Une large majorité de répondants affirment que leur établissement offre l'un des trois modèles d'organisation proposés par le guide de pratique FQCRPAT [2008].

1. Unité de gestion du sevrage

Une minorité d'établissements offriraient des services de gestion du sevrage en court séjour (7 à 10 jours). Dans ce type de modèle, le congé d'un usager serait fonction du protocole médical et de l'évolution des symptômes de sevrage. Ces unités de gestion du sevrage se retrouveraient principalement en milieu d'hébergement, sous supervision médicale. On en retrouverait, dans une moindre mesure, en milieu d'hébergement sous supervision psychosociale et en milieu hospitalier.

2. Modèle intégré de services de gestion du sevrage et de réadaptation

Une majorité de répondants rapportent que leur établissement adopte le modèle intégré de services de gestion du sevrage et de réadaptation. Ce modèle est principalement utilisé en milieu d'hébergement et sous supervision médicale. Il est également utilisé en milieu d'hébergement sous supervision psychosociale et en milieu hospitalier. Parmi les établissements, certains adapteraient ce modèle intégré afin de pouvoir donner le choix à un usager en fin de période de sevrage de poursuivre sa réadaptation immédiatement au sein du même établissement ou en externe. D'autres offriraient une programmation prédéterminée de ce modèle intégré, qui proposerait typiquement un séjour d'une durée de 21 à 28 jours.

Pour parvenir à offrir un modèle intégré de services de gestion du sevrage et de réadaptation, deux modalités sont adoptées par les établissements :

- un service intégré entièrement offert au sein de l'établissement;
- un service intégré comprenant un partage de responsabilités entre l'établissement et une ressource privée ou communautaire, en fonction des capacités et compétences de chacun.

3. Services de gestion du sevrage par ententes de collaboration avec un centre hospitalier

Parmi les établissements ayant une mission CRD couverts par cet état des pratiques, une majorité confirme la présence d'ententes de collaboration avec au moins un centre hospitalier, afin d'y orienter les usagers ayant besoin d'un niveau supérieur de service de gestion du sevrage. Parmi eux, un établissement rapporte par ailleurs que ce modèle par ententes de collaboration couvrirait les services de

gestion du sevrage à sa population. À la suite d'une évaluation, les usagers seraient orientés vers le CH régional ou une ressource communautaire qui dispense les services de gestion du sevrage, avec l'appui du personnel de l'établissement.

Pour faciliter l'accessibilité et la continuité dans un processus de réadaptation, une majorité des établissements rapportent avoir recours au modèle intégré de gestion du sevrage et de réadaptation d'une durée de 21 à 28 jours avec hébergement. Un établissement propose, quant à lui, une programmation intégrée de 14 jours en hébergement et de 28 jours en externe.

Énoncé de pratique 20 (FQCRPAT, 2008)

Pour un meilleur repérage et une meilleure prise en charge des clientèles, des équipes de liaison hospitalière en provenance des CRD sont déployées dans l'ensemble des régions du Québec.

Complément d'information

Pour cet énoncé de pratique, le guide de pratique FQCRPAT [2008] réitère l'orientation du Ministère dans l'Offre de service en dépendance 2007-2012 [MSSS, 2007], voulant que les CRD aient des équipes de liaison assignées aux traitements des dépendances dans les urgences hospitalières. Il mentionne aussi des retombées, telles que l'augmentation du nombre d'usagers ou de la rapidité d'accès à une ressource appropriée en dépendance à la suite d'un passage à l'urgence. Au sujet de la gestion du sevrage, les équipes de liaison peuvent orienter les personnes se présentant à l'urgence hospitalière qui requièrent ce type de service.

Pratiques québécoises en lien avec l'énoncé de pratique 20

Une majorité d'établissements ayant une mission CRD rapportent avoir des équipes de liaison assignées au traitement des dépendances dans les urgences hospitalières. La nature des questions retenues pour tracer l'état des pratiques ne permet cependant pas de déterminer l'ampleur précise du déploiement des équipes de liaison au Québec.

Énoncé de pratique 21 (FQCRPAT, 2008)

Les CRD formalisent, avec les partenaires du réseau (CSSS, CH et organismes communautaires en toxicomanie certifiés par le Ministère et offrant de l'hébergement), des ententes de collaboration prévoyant, entre autres, les responsabilités de chacune des organisations ainsi que les mécanismes d'orientation, de coordination, de suivi et d'évaluation.

Complément d'information

Pour cet énoncé de pratique, le guide de pratique FQCRPAT [2008] s'appuie sur le plan d'action interministériel en dépendance 2006-2011 [MSSS, 2006], afin de souligner l'importance de l'action concertée entre les partenaires impliqués dans le continuum de services et il suggère, par conséquent, de formaliser les ententes de collaboration.

Pratiques québécoises en lien avec l'énoncé de pratique 21

Une majorité des établissements rapportent avoir des ententes de collaboration avec différents partenaires. Ces ententes favorisent notamment :

- l'élaboration de mécanismes plus fluides pour l'orientation de la clientèle vers les services requis (ex. : stabilisation, réinsertion, ASRI);
- la complémentarité des services requis pour une offre globale correspondant aux besoins de l'utilisateur (ex. : achat de places en hébergement, utilisation de personnel d'établissement ayant une mission CRD en milieu communautaire ou privé, et vice-versa, apport des services communautaires pour un soutien aux usagers vivant avec le VIH, accès aux groupes *Alcooliques anonymes*);
- une coordination entre établissements qui facilite l'orientation vers le bon niveau de service (ex. : orientation interétablissements);
- un échange fluide d'information assurant un meilleur suivi pour un usager (ex. : communication des résultats d'une évaluation);
- la possibilité d'un sevrage planifié en milieu hospitalier pour certains usagers;
- etc.

5. SYNTHÈSE DES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS PUBLIÉES DANS LES GUIDES DE PRATIQUE

Le dernier objectif de ce portrait était de produire une synthèse des principales recommandations en gestion du sevrage, publiées au cours des cinq dernières années dans divers guides de pratique et lignes directrices (ci-après « guides »), depuis la parution du guide de pratique FQCRPAT [2008]. Au total, 14 documents publiés entre 2012 et 2017 ont été retenus (voir tableau 6). Parmi ceux-ci, trois proviennent du Canada, deux des États-Unis, deux du Royaume-Uni, un de l'Allemagne, un de la France, trois de l'Australie/Nouvelle-Zélande et deux d'organisations internationales. La moitié des guides traitent exclusivement de la gestion du sevrage; l'autre moitié couvre l'ensemble des étapes liées au traitement des dépendances. Pour ces guides, seules les recommandations traitant spécifiquement de la gestion du sevrage ont été extraites²⁴.

La présente synthèse vise à vérifier si les énoncés de pratique du guide de pratique FQCRPAT [2008] sont toujours appuyés dans les guides les plus récents. Le contenu des 14 guides recensés a donc été analysé en fonction des cinq grandes thématiques abordées dans le guide de 2008, à savoir : 1) les modèles et approches, 2) la clientèle, 3) l'évaluation, 4) le traitement et 5) l'organisation des services.

Tableau 6 Liste des guides retenus pour la synthèse

AUTEURS, ANNÉE	TITRE	PAYS
Addictions and Mental Health Ontario (AMHO) 2014	Ontario provincial standards for withdrawal management services	Canada
American Society of Addiction Medicine (ASAM) 2013	The ASAM criteria: Treatment criteria for addictive, substance-related, and co-occurring conditions, Third Edition	États-Unis
British Columbia (BC), Ministry of Health 2017	Provincial guidelines for biopsychosocial withdrawal management services: Adult	Canada
Care Quality Commission (CQC) 2016	Brief guide: Substance misuse services — detoxification or withdrawal from drugs or alcohol	Royaume-Uni
Department of Veterans Affairs/Department of Defense (VA/DoD) 2015	VA/DoD Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. Version 3.0	États-Unis

²⁴ Également, puisque le présent état des pratiques cible plus particulièrement la clientèle adulte, les recommandations spécifiques aux adolescents n'ont pas été extraites, à l'exception de quelques éléments rapportés à la section 5.2.2 (clientèles particulières), qui sont en lien avec l'un des énoncés de pratique du guide de la FQCRPAT [2008].

AUTEURS, ANNÉE	TITRE	PAYS
Mann <i>et al.</i> , 2017	German guidelines on screening, diagnosis and treatment of alcohol use disorders	Allemagne
Matua Raki 2012	Substance Withdrawal Management: Guidelines for addiction and allied practitioners	Nouvelle-Zélande
Queensland Health 2012	Queensland alcohol and drug withdrawal clinical practice guidelines	Australie
Saskatchewan Ministry of Health 2012	Detox programming standards	Canada
Société française d'alcoologie (SFA) 2015	Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique	France
Turning Point Alcohol and Drug Centre (Turning Point) 2012	Alcohol and other drug withdrawal: Practice guidelines. Second Edition	Australie
UK, Department of Health 2017	Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management	Royaume-Uni
United Nations Office on Drugs and Crime/World Health Organization (UNODC-WHO) 2017	International standards for the treatment of drug use disorders	Organisation internationale
World Health Organization (WHO) 2014	Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy	Organisation internationale

5.1 Modèles et approches

5.1.1 Modèles privilégiés

Le guide de pratique FQCRPAT [2008] recommande qu'en CRD, les services de gestion du sevrage adoptent un modèle à la fois médical et psychosocial. De la même manière, la très grande majorité des guides récents préconisent un modèle mixte [BC Ministry of Health, 2017; Mann *et al.*, 2017; UNODC-WHO, 2017; SFA, 2015; AMHO, 2014; WHO, 2014; ASAM, 2013; Matua Raki, 2012; Queensland Health, 2012; Saskatchewan Ministry of Health, 2012; Turning Point, 2012]. Dans d'autres guides, on privilégie un tel modèle pour le traitement des dépendances en général, mais, au chapitre de la gestion du sevrage, les recommandations formulées sont principalement de nature médicale [UK Department of Health, 2017; VA/DoD, 2015].

Concrètement, l'adoption d'un modèle mixte se reflète principalement de trois manières dans les guides. Premièrement, en prévision de la gestion du sevrage, le processus d'évaluation recommandé couvre à la fois des questions d'ordre médical (ex. : signes et symptômes de sevrage, antécédents médicaux, condition

mentale ou physique particulière, etc.) et des questions d'ordre psychosocial (ex. : situation familiale et entourage de la personne, emploi, etc.) [BC Ministry of Health, 2017; UNODC-WHO, 2017; AMHO, 2014; ASAM, 2013; Matua Raki, 2012; Queensland Health, 2012; Saskatchewan Ministry of Health, 2012; Turning Point, 2012]. Le processus d'évaluation est examiné plus en détail à la section 5.3.

Deuxièmement, la prise en charge recommandée dans les guides comprend un amalgame d'interventions médicales et psychosociales [BC Ministry of Health, 2017; Mann *et al.*, 2017; UNODC-WHO, 2017; AMHO, 2014; WHO, 2014; ASAM, 2013; Queensland Health, 2012; Saskatchewan Ministry of Health, 2012; Turning Point, 2012]. Une description de ces interventions est donnée à la section 5.1.2.

Enfin, dans la troisième édition des critères de l'ASAM [2013], le modèle mixte se reflète également par un recours à une équipe multidisciplinaire (médecins, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, etc.). Tout dépendant du niveau de service (1-GS à 4-GS), les intervenants psychosociaux peuvent être disponibles à l'intérieur même du programme ou par l'entremise d'ententes avec d'autres organismes.

5.1.2 Approches privilégiées

Le guide de pratique FQCRPAT [2008] recommande qu'en CRD, les services de gestion du sevrage incluent de multiples approches, allant de la pharmacothérapie aux approches psychosociales. Il en va de même dans la majorité des guides récents consultés.

Tous les guides soulignent l'importance d'assurer une surveillance médicale appropriée et de recourir à la pharmacothérapie, au besoin, pour atténuer les symptômes du sevrage, prévenir ou traiter les complications et, ainsi, assurer la sécurité des usagers tout au long du processus de sevrage. En plus des interventions médicales, différentes interventions psychosociales sont recommandées. Celles-ci s'inscrivent dans une variété d'approches (approche motivationnelle, approche cognitive et comportementale, approche de réduction des méfaits, enseignement de différentes habiletés, etc.). Concrètement, les interventions psychosociales les plus fréquemment évoquées dans les guides sont une combinaison de counseling et de soutien (social, psychologique, émotionnel, etc.), et parfois d'éducation [BC Ministry of Health, 2017; UNODC-WHO, 2017; AMHO, 2014; ASAM, 2013; Queensland Health, 2012; Saskatchewan Ministry of Health, 2012; Turning Point, 2012]. Ces interventions visent, entre autres, à :

- favoriser chez la personne l'adoption de saines habitudes de vie (hygiène du sommeil, alimentation) [BC Ministry of Health, 2017; AMHO, 2014; Queensland Health, 2012];
- développer/améliorer certaines habiletés : résolution de problèmes, communication, gestion du stress, habiletés sociales, etc. [BC Ministry of Health, 2017; Saskatchewan Ministry of Health, 2012];

- aider la personne à gérer ses envies de consommer (ex. : en l'encourageant à se tenir occupé, en la rassurant et en lui signifiant que de telles envies deviendront progressivement plus faciles à gérer) [BC Ministry of Health, 2017; Queensland Health, 2012; Saskatchewan Ministry of Health, 2012];
- renseigner la personne sur les risques de rechute après le sevrage et sur des stratégies à adopter pour la prévenir [BC Ministry of Health, 2017];
- informer/conseiller la personne sur les stratégies à adopter pour réduire les méfaits liés à sa consommation [BC Ministry of Health, 2017; AMHO, 2014; Saskatchewan Ministry of Health, 2012; Turning Point, 2012];
- aider la personne à gérer son anxiété
 - a) en la rassurant et en apaisant ses peurs et préoccupations [Queensland Health, 2012; Turning Point, 2012];
 - b) en lui enseignant des techniques de relaxation : exercices de respiration, pleine conscience et méditation, bain, massage, etc. [BC Ministry of Health, 2017; Queensland Health, 2012; Turning Point, 2012];
 - c) en l'encourageant dans sa démarche et en lui reflétant ses progrès [Matua Raki, 2012; Queensland Health, 2012; Turning Point, 2012].

Certains guides soulignent aussi l'importance des interventions fondées sur une approche motivationnelle, à l'étape de la gestion du sevrage [BC Ministry of Health, 2017; UNODC-WHO, 2017; Saskatchewan Ministry of Health, 2012; Turning Point, 2012]. Il s'agit plus particulièrement de l'entretien ou du counseling motivationnel et de la *motivational enhancement therapy*. Ces interventions visent à motiver la personne à passer au travers du processus de sevrage, mais peuvent aussi l'aider à continuer dans une démarche d'aide et de soins (médicaux et psychosociaux), à la suite de cette étape.

Les thérapies cognitivo-comportementales et les programmes de soutien par les pairs (ex. : le programme en 12 étapes des AA) sont d'autres interventions psychosociales recensées dans les guides [BC Ministry of Health, 2017; UNODC-WHO, 2017; Saskatchewan Ministry of Health, 2012; Turning Point, 2012].

Dans le guide du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique [2017], on recense également des thérapies alternatives ou complémentaires qui pourraient avoir un effet bénéfique sur le bien-être physique, émotionnel et spirituel de la personne (ex. : musicothérapie, art-thérapie, acupuncture, etc.). D'autres guides soulignent toutefois le manque de preuves fiables soutenant l'efficacité de ces thérapies [Matua Raki, 2012; Turning Point, 2012].

Enfin, en plus des approches médicales et psychosociales, certains guides soulignent l'importance de contrôler l'environnement où se déroule la gestion du sevrage. Cet environnement se doit d'être calme et confortable (espace privé suffisant, température ambiante adéquate, luminosité appropriée, pollution auditive limitée, etc.) [BC Ministry of Health, 2017; Queensland Health, 2012; Turning

Point, 2012]. De cette manière, on cherche ainsi à diminuer le stress et les stimuli susceptibles d'accroître les symptômes du sevrage.

5.1.3 Individualisation des interventions

À l'instar du guide de pratique FQCRPAT [2008], la grande majorité des guides recensés soulignent l'importance d'adapter les interventions en gestion du sevrage aux besoins particuliers de chaque usager [BC Ministry of Health, 2017; Mann *et al.*, 2017; UNODC-WHO, 2017; CQC, 2016; SFA, 2015; AMHO, 2014; ASAM, 2013; Matua Raki, 2012; Queensland Health, 2012; Saskatchewan Ministry of Health, 2012; Turning Point, 2012]. Ces besoins peuvent être liés à la problématique de dépendance de la personne (ex. : substances consommées, signes et symptômes de sevrage). Ils peuvent également découler d'autres facteurs médicaux (ex. : condition mentale ou physique particulière) ou psychosociaux (ex. : situation familiale et entourage de la personne, emploi).

Conformément à cette approche individualisée, plusieurs guides recommandent d'effectuer une évaluation biopsychosociale de la clientèle et de s'appuyer sur les résultats de celle-ci, pour élaborer un plan de traitement approprié aux besoins de chaque usager. Ces recommandations sont examinées plus en détail aux sections 5.3.1 et 5.3.3.

5.2 Clientèles

5.2.1 Profils de risque

La clientèle requérant des services en gestion du sevrage est un groupe hétérogène. À cet égard, le guide de pratique FQCRPAT [2008] recommande d'adopter le modèle hiérarchique d'intensité de sevrage de l'ASAM [2001, deuxième édition révisée], afin de bien catégoriser les besoins de chaque personne. Un modèle hiérarchique est repris dans la troisième édition des critères de l'ASAM [2013]. On y regroupe la clientèle en cinq profils de risque distincts : absent/minime, léger, modéré, significatif et sévère. La répartition de la clientèle à l'intérieur de ces cinq profils de risque repose sur une évaluation multidimensionnelle, tenant compte, entre autres, de l'intensité des symptômes du sevrage, des risques de complication, de la santé physique et psychologique de la personne, de son attitude vis-à-vis le traitement et de son environnement (sur l'évaluation multidimensionnelle, voir la section 5.3.1). Ainsi, une personne présentant des symptômes de sevrage « légers » peut tout de même être considérée à risque « modéré » si, par exemple, elle présente un trouble mental concomitant pouvant complexifier la gestion du sevrage, si elle est peu réceptive au traitement ou si elle n'a aucun soutien de la part de sa famille ou de ses proches. Le niveau de risque de la personne orientera le choix du niveau de service (1-GS à 4-GS, voir section 5.4.2).

Cette classification de la clientèle en plusieurs niveaux de risque est propre aux critères de l'ASAM. Dans les autres guides consultés, aucun regroupement

particulier n'est effectué. Plusieurs guides soulignent toutefois le caractère hétérogène de la clientèle qui entre en contact avec les services de gestion du sevrage et, par conséquent, l'importance de faire une évaluation approfondie pour bien cerner les besoins et particularités de chacun (sur la question de l'évaluation, voir section 5.3).

5.2.2 Clientèles particulières

Le guide de pratique FQCRPAT [2008] recommande que les CRD privilégient particulièrement les femmes enceintes et les parents de jeunes enfants, les jeunes en difficulté et les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Dans les guides récents, aucune recommandation sur les clientèles à prioriser dans les CRD n'a été recensée. De façon générale, les guides se prononcent surtout sur les clientèles pour qui la gestion du sevrage en milieu hospitalier doit être envisagée ou apparaît préférable. Quelques guides donnent également d'autres indications pour ces clientèles, en termes de dépistage, de durée des services, de collaboration, etc. (voir plus bas).

Parmi les clientèles particulières, qui sont traitées dans les guides, les plus fréquentes sont, en ordre d'importance, les femmes enceintes, les personnes avec des problèmes de santé mentale et les personnes âgées.

Femmes enceintes. Compte tenu des risques pour la mère et le fœtus lors du sevrage, on recommande, entre autres, dans les guides :

- d'encourager la clientèle féminine à passer un test de grossesse [UK Department of Health, 2017] ou, du moins, d'en offrir la possibilité [Turning Point, 2012];
- de considérer une admission en milieu hospitalier pour assurer le bien-être et la sécurité de la mère et du fœtus [VA/DoD, 2015; WHO, 2014; Queensland Health, 2012];
- de considérer une hospitalisation prolongée lorsqu'il y a un risque de rechute important à la suite du sevrage [SFA, 2015];
- d'instaurer des politiques et procédures permettant un accès plus facile aux femmes enceintes dans les services d'aide en dépendance (incluant la gestion du sevrage) [AMHO, 2014].

Personnes avec des problèmes de santé mentale. On recommande, entre autres, dans les guides :

- de prolonger, au besoin, la durée des services en gestion du sevrage [Turning Point, 2012];
- d'effectuer, au besoin, la gestion du sevrage en milieu hospitalier (ex. : dans une unité psychiatrique) [Mann *et al.*, 2017; VA/DoD, 2015; Queensland Health, 2012];

- de travailler en étroite collaboration avec les services de santé mentale et les médecins praticiens [AMHO, 2014; Turning Point, 2012].

Personnes âgées. Les risques de complication seraient plus élevés chez les personnes âgées, entre autres, parce qu'elles métabolisent et éliminent les substances psychoactives plus lentement [AMHO, 2014], qu'elles sont susceptibles d'avoir été dépendantes aux substances sur une plus longue période [Queensland Health, 2012] et qu'elles sont plus à risque de présenter d'autres problèmes de santé [Matua Raki, 2012; Queensland Health, 2012]. Il devient donc plus fréquent, chez ces personnes, d'effectuer la gestion du sevrage en milieu hospitalier, particulièrement chez les sujets de plus de 75 ans [SFA, 2015].

D'autres clientèles sont abordées dans les guides, telles que les jeunes, les personnes avec des problèmes de santé physique importants et celles en situation d'itinérance.

Jeunes. Certains guides soulignent l'importance de faire appel au milieu le moins restrictif possible chez les jeunes. Dans la plupart des cas, la gestion du sevrage pourrait se faire de manière sécuritaire en communauté, à moins de problèmes importants sur le plan de la santé mentale ou au regard d'autres enjeux de sécurité [Matua Raki, 2012; Queensland Health, 2012].

Personnes avec des problèmes de santé physique. Pour les personnes avec des problèmes de santé physique importants (ex. : maladie coronarienne sévère, insuffisance cardiaque congestive, cirrhose du foie), l'un des guides recommande que la gestion du sevrage de l'alcool soit réalisée sous supervision médicale en milieu hospitalier [VA/DoD, 2015].

Personnes en situation d'itinérance. Pour cette clientèle, on recommande dans deux guides d'effectuer la gestion du sevrage de l'alcool en milieu hospitalier, entre autres, pour évaluer la présence de comorbidités somatiques ou psychiatriques et parce que le risque de ne pas compléter la gestion du sevrage en milieu ambulatoire est plus élevé [VA/DoD, 2015; SFA, 2015].

5.3 Évaluation

5.3.1 Dimensions d'évaluation

Le guide de pratique FQCRPAT [2008] recommande de mesurer les six dimensions propres à l'évaluation en gestion du sevrage, telles que définies par l'ASAM [2001, deuxième édition révisée], à savoir : 1) l'état d'intoxication/le risque de sevrage; 2) la santé physique; 3) la santé psychologique; 4) l'attitude vis-à-vis le traitement; 5) le potentiel de rechute; 6) les caractéristiques de l'environnement de la personne. L'importance d'une évaluation biopsychosociale, centrée sur ces six dimensions, est réitérée dans la troisième édition des critères de l'ASAM [2013]. Cette évaluation multidimensionnelle est considérée comme essentielle pour déterminer le niveau de services requis (1-GS à 4-GS) et les priorités de traitement.

De manière similaire, d'autres guides recommandent d'effectuer une évaluation approfondie de la clientèle [BC Ministry of Health, 2017; UNODC-WHO, 2017; AMHO, 2014; Matua Raki, 2012; Queensland Health, 2012; Saskatchewan Ministry of Health, 2012; Turning Point, 2012]. Les facteurs considérés comme importants couvrent, dans une large mesure, les dimensions de l'ASAM, à l'exception du potentiel de rechute (dimension 5), qui n'est pas abordé explicitement au stade de l'évaluation. Précisément, les guides soulignent l'importance d'explorer :

- les facteurs liés à la dépendance de la personne (ex. : nature et quantité de substances consommées, symptômes actuels de sevrage, expérience de sevrages antérieurs, risque de complications, etc.);
- les facteurs liés à la santé physique et mentale (ex. : antécédents médicaux, condition mentale ou physique particulière, comorbidité, etc.);
- les facteurs psychosociaux (ex. : situation familiale et entourage de l'utilisateur, emploi, etc.);
- les motivations de l'utilisateur et les buts qu'il s'est fixés, les attentes et les craintes de ce dernier, etc.

5.3.2 Outils d'évaluation

À l'instar du guide de pratique FQCRPAT [2008], la majorité des guides recensés proposent ou recommandent formellement l'utilisation d'outils standardisés lors de l'évaluation [BC Ministry of Health, 2017; UK Department of Health, 2017; CQC, 2016; VA/DoD, 2015; AMHO, 2014; WHO, 2014; ASAM, 2013; Queensland Health, 2012; Saskatchewan Ministry of Health, 2012; Turning Point, 2012].

La grande majorité des outils recensés dans les guides servent à mesurer l'intensité des symptômes du sevrage²⁵. Par une passation répétée, ils permettent ainsi de suivre leur évolution à travers le temps. Pour les symptômes liés au sevrage de l'alcool, l'outil qui revient le plus fréquemment dans les guides est le *Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Revised* (CIWA-Ar) [UK Department of Health, 2017; CQC, 2016; VA/DoD, 2015; WHO, 2014; ASAM, 2013; Queensland Health, 2012; Saskatchewan Ministry of Health, 2012; Turning Point, 2012]. Deux guides mentionnent également l'*Alcohol Withdrawal Scale* (AWS) [CQC, 2016; Queensland Health, 2012].

²⁵ À noter que les outils recensés dans les guides, et rapportés dans la présente section, n'ont pas tous été évalués sur le plan de la fidélité et de la validité.

Pour les symptômes liés au sevrage des benzodiazépines, les deux outils suivants sont nommés :

- le *Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire* (BWSQ) [Turning Point, 2012];
- le *Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale-Benzodiazepines* (CIWA-B) [Queensland Health, 2012; Turning Point, 2012].

Enfin, deux autres outils ont été recensés : l'*Amphetamine Withdrawal Questionnaire* (AWQ), pour les symptômes liés au sevrage des amphétamines, et le *Cannabis Withdrawal Assessment Scale* (CWAS), pour les symptômes liés au sevrage du cannabis [Turning Point, 2012]²⁶.

D'autres outils recensés servent plutôt à mesurer le degré de dépendance aux substances, par exemple :

- le *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire* (SADQ) [UK Department of Health, 2017; CQC, 2016];
- le *Leeds Dependence Questionnaire* (LDQ) [CQC, 2016];
- l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) [UK Department of Health, 2017; CQC, 2016].

Tout en reconnaissant l'utilité des outils standardisés, certains guides rappellent l'importance de ne pas se fonder exclusivement sur les scores obtenus pour planifier le traitement [ASAM, 2013; Queensland Health, 2012; Turning Point, 2012]. Pour reprendre les dimensions de l'ASAM, de tels outils servent à alimenter la dimension 1 (état d'intoxication/risque de sevrage). Or, les dimensions 2 à 6 (santé physique, santé psychologique, attitudes vis-à-vis le traitement, potentiel de rechute et caractéristiques de l'environnement de la personne) sont aussi considérées comme importantes pour convenir du traitement le plus approprié [ASAM, 2013].

Les outils standardisés, comme le CIWA-Ar, pourraient également s'avérer moins fiables en présence de comorbidités médicales ou psychiatriques importantes. Par exemple, les troubles anxieux sont composés de symptômes très similaires à ceux du sevrage de l'alcool, pouvant ainsi faire augmenter le score au CIWA-AR. Certains guides réitèrent donc l'importance des observations et du jugement clinique [Queensland Health, 2012; Turning Point, 2012].

Enfin, deux guides suggèrent de s'inspirer du contenu des outils d'évaluation standardisés pour orienter la conversation avec la personne et de consigner

²⁶ Bien que le sevrage lié aux opioïdes ne soit pas abordé dans le cadre du présent état des pratiques, soulignons que des outils standardisés spécifiques à cette catégorie de substances ont été recensés dans les guides consultés. Il s'agit du *Short Opiate Withdrawal Scale* (SOWS), de l'*Objective Opiate Withdrawal Scale* (OOWS) et du *Clinical Opiate Withdrawal Scale* (COWS) [UK Department of Health, 2017; CQC, 2016; VA/DoD, 2015; Queensland Health, 2012; Turning Point, 2012].

l'information obtenue après l'échange, plutôt que pendant [BC Ministry of Health, 2017; Turning Point, 2012].

5.3.3 Plan d'intervention ou de soins

De manière similaire au guide de pratique FQCRPAT [2008], plusieurs guides recensés soulignent l'importance d'élaborer un « plan » qui s'appuie sur les éléments relevés lors de l'évaluation biopsychosociale. Dans certains d'entre eux, il est question d'un « plan de soins » (*care plan*) [AMHO, 2014; ASAM, 2013; Turning Point, 2012]. Dans d'autres guides, il est plutôt question d'un « plan de traitement » (*treatment plan*) [UNODC-WHO, 2017; Queensland Health, 2012; Saskatchewan Ministry of Health, 2012] ou d'un « plan de rétablissement/bien-être » (*recovery/wellness plan*) [BC Ministry of Health, 2017]. Quelle que soit la terminologie utilisée, ce plan doit préciser, entre autres, le niveau de service requis et les interventions à effectuer dans le cadre de la gestion du sevrage.

Dans certains guides, l'élaboration du plan est décrite comme une démarche collaborative, où l'utilisateur est fortement impliqué [BC Ministry of Health, 2017; AMHO, 2014; Queensland Health, 2012; Saskatchewan Ministry of Health, 2012]. La participation active de l'utilisateur à cette étape favoriserait une meilleure observance du traitement, une plus grande volonté à compléter le processus de gestion du sevrage et un meilleur engagement à poursuivre dans une démarche de réadaptation à plus long terme [Queensland Health, 2012; Saskatchewan Ministry of Health, 2012].

5.3.4 Processus continu

De manière générale, le processus d'évaluation décrit dans les guides récents se veut continu. En effet, puisque la situation des personnes en sevrage peut évoluer rapidement et que les besoins sont généralement changeants, on souligne l'importance de les réévaluer régulièrement [BC Ministry of Health, 2017; UNODC-WHO, 2017; AMHO, 2014; Queensland Health, 2012; Saskatchewan Ministry of Health, 2012; Turning Point, 2012]. Cela est conforme aux lignes directrices de la FQCRPAT [2008] et de l'ASAM [2013; 2001], qui recommandent, entre autres, d'effectuer une évaluation quotidienne des progrès de l'utilisateur, tout au long de la gestion du sevrage (ou moins fréquemment, si la sévérité du sevrage est suffisamment bénigne ou stable).

5.4 Traitement

5.4.1 Niveaux de service de gestion du sevrage

Le guide de pratique FQCRPAT [2008] recommande l'adoption des cinq niveaux de service de gestion du sevrage définis par l'ASAM [2001, deuxième édition révisée]. La troisième édition des critères de l'ASAM [2013] réitère les mêmes niveaux de service. Seul un changement de terminologie est effectué : le mot

désintoxication (D) est remplacé par gestion du sevrage (GS). Pour rappel, les cinq niveaux de service sont les suivants :

- 1-GS : services externes non intensifs;
- 2-GS : services externes intensifs;
- 3.2-GS : services avec hébergement sous supervision psychosociale;
- 3.7-GS : services avec hébergement sous supervision médicale;
- 4-GS : services de gestion du sevrage avec hospitalisation.

Cette hiérarchisation des services en cinq niveaux est propre aux critères de l'ASAM. Dans les autres guides consultés, les services sont généralement regroupés en trois ou quatre niveaux [CQC, 2016; AMHO, 2014; Matua Raki, 2012; Queensland Health, 2012; Saskatchewan Ministry of Health, 2012; Turning Point, 2012]. Par exemple, deux guides regroupent les services selon qu'ils se donnent : 1) à la maison, 2) en milieu ambulatoire, 3) dans une ressource d'hébergement, 4) en milieu hospitalier [Saskatchewan Ministry of Health, 2012; Turning Point, 2012]. Les services d'hébergement en milieu non hospitalier ne sont donc pas subdivisés en deux niveaux distincts, comme le fait l'ASAM. Dans deux autres guides, les services ne sont divisés qu'en deux niveaux : résidentiel/hôpital, comparativement à « milieu ambulatoire » [Mann *et al.*, 2017; SFA, 2015].

Enfin, le guide de l'*Addictions and Mental Health Ontario* [AMHO, 2014] propose un niveau de service non abordé jusqu'à présent, soit une gestion du sevrage assistée par téléphone. Ce service cible plus particulièrement les personnes qui présentent de légers symptômes de sevrage. Ces dernières doivent d'abord être rencontrées en personne, afin de les évaluer et de s'assurer qu'elles peuvent bénéficier d'un suivi par téléphone en toute sécurité. À la suite de cette évaluation, un suivi régulier par téléphone est effectué.

5.4.2 Admissibilité aux services

Selon l'ASAM [2013], la décision d'orienter une personne vers l'un ou l'autre des niveaux de service (1-GS à 4-GS) dépend du niveau de risque qu'elle présente aux six dimensions suivantes : 1) l'état d'intoxication/le risque de sevrage; 2) la santé physique; 3) la santé psychologique; 4) l'attitude vis-à-vis le traitement; 5) le potentiel de rechute; 6) les caractéristiques de l'environnement de la personne. Pour chaque dimension, le niveau de risque peut s'avérer absent/minime, léger, modéré, significatif ou sévère.

Plus précisément, le niveau de risque à la dimension 1 indique le niveau de service approprié. Des ajustements peuvent toutefois être effectués selon l'évaluation qui est faite aux autres dimensions (2 à 6). Dans la troisième édition des critères de l'ASAM [2013], l'appariement suivant entre les niveaux de risque et les niveaux de service est suggéré :

- un niveau de risque **absent ou minime** à la dimension 1 indique qu'aucun besoin immédiat de service de gestion du sevrage n'est requis;

- un niveau de risque **léger** à la dimension 1 indique le besoin de services externes non intensifs (1-GS). Si, par exemple, la personne ne bénéficie pas d'un soutien adéquat de la part de sa famille ou d'autres proches (dimension 6), ou que l'évaluation du risque aux autres dimensions révèle un besoin d'hébergement, il convient alors d'offrir des services avec hébergement sous supervision psychosociale (3.2-GS) combinés à des services médicaux équivalant au niveau 1-GS;
- un niveau de risque **modéré** à la dimension 1 indique le besoin de services externes intensifs (2-GS). Si, par exemple, la personne ne bénéficie pas d'un soutien adéquat de la part de sa famille ou d'autres proches, ou que des difficultés de transport peuvent compromettre le succès d'une telle mesure (dimension 6), il convient alors d'offrir des services avec hébergement sous supervision psychosociale (3.2-GS) combinés à des services médicaux équivalant au niveau 2-GS;
- un niveau de risque **significatif** à la dimension 1 indique, selon le cas, le besoin de services externes intensifs (2-GS) ou de services avec hébergement sous supervision médicale (3.7-GS). Par exemple, un niveau 2-GS n'est pas approprié si certains symptômes (agitation, tremblements importants, etc.) persistent à la fin d'une journée de suivi dans un tel programme. Un niveau 2-GS n'est également pas approprié si, par exemple, le niveau d'engagement de l'utilisateur dans le processus de gestion du sevrage n'est pas élevé (dimension 4), si la famille et les proches de l'utilisateur n'offrent pas un soutien adéquat, si l'utilisateur n'a pas de transport ou s'il n'a pas un endroit sécuritaire où demeurer (dimension 6). Dans ces situations, un niveau 3.7-GS s'avère approprié;
- un niveau de risque **sévère** à la dimension 1 indique le besoin de services de gestion du sevrage dans le cadre d'une hospitalisation (4-GS). Si, par exemple, la personne présente un risque significatif ou sévère à la dimension 3 (santé psychologique), la gestion du sevrage peut alors se faire dans une unité psychiatrique.

Un changement important entre la deuxième édition révisée de l'ASAM [2001] et la troisième édition [ASAM, 2013] est que l'on considère maintenant possible de gérer, de manière sécuritaire et appropriée, le sevrage de personnes avec une symptomatologie importante, avec un risque significatif à la dimension 1, dans les services externes intensifs (2-GS). Comme il a été mentionné plus haut, cela dépend toutefois du résultat de l'évaluation aux autres dimensions. Cette orientation pour les services externes intensifs est différente de celle préconisée dans les lignes directrices du guide de pratique FQCRPAT [2008], qui s'appuie largement sur l'édition précédente des critères de l'ASAM [2001].

Par exemple, pour le sevrage de l'alcool, le guide de pratique FQCRPAT [2008] suggère d'orienter une personne vers des services externes intensifs (2-GS) lorsqu'elle présente de légers symptômes de sevrage, avec un résultat inférieur à

8 au *Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Revised* (CIWA-Ar). Dans la troisième édition des critères de l'ASAM [2013], les scores au CIWA-Ar proposés pour le niveau 2-GS sont plus élevés, soit entre 10 et 25.

D'autres guides précisent que, pour la plupart des personnes, la gestion du sevrage peut se faire de façon sécuritaire et efficace en milieu externe [BC Ministry of Health, 2017; Matua Raki, 2012], et que ce milieu doit toujours être considéré comme la première option [Queensland Health, 2012]. La gestion du sevrage en milieu externe serait toutefois contre-indiquée lorsque des symptômes et complications majeurs sont attendus [Mann *et al.*, 2017; Turning Point, 2012]. À cet égard, certains guides recommandent de considérer, et parfois même de prioriser, un milieu hospitalier pour les clientèles suivantes : les femmes enceintes, certains cas de santé mentale, les personnes âgées, les personnes avec des problèmes de santé physique importants (ex. : maladie coronarienne sévère, insuffisance cardiaque congestive, cirrhose du foie) et les personnes en situation d'itinérance (pour plus de détail, voir section 5.2.2).

Il serait difficile de comparer l'ensemble des critères d'admission de l'ASAM [2013], pour chaque niveau de service, avec ceux des autres guides consultés. En effet, comme il a été mentionné précédemment, les services n'y sont pas regroupés exactement de la même façon. De plus, les caractéristiques propres à chaque niveau de service sont rapportées de manière beaucoup plus succincte que dans le document de l'ASAM. Tout de même, les similitudes suivantes avec les critères de l'ASAM ont été relevées.

- Le choix du niveau de service doit reposer sur une évaluation approfondie, couvrant les sphères médicales et psychosociales, afin d'assurer une réponse appropriée aux particularités et besoins de chaque personne [BC Ministry of Health, 2017; Matua Raki, 2012; Turning Point, 2012].
- La présence d'un réseau de soutien (famille ou proches) est une considération importante avant d'envisager des services externes [BC Ministry of Health, 2017; Mann *et al.*, 2017; Matua Raki, 2012; Turning Point, 2012].
- La gestion du sevrage en milieu hospitalier doit être réservée aux cas les plus sévères (ex. : convulsions, délirium tremens, hallucinations, comorbidités physiques et psychiatriques sévères) et qui, par conséquent, requièrent le niveau d'assistance médicale le plus élevé [Mann *et al.*, 2017; SFA, 2015; VA/DoD, 2015; Matua Raki, 2012; Queensland Health, 2012; Turning Point, 2012].

5.4.3 Durée de la gestion du sevrage

De manière similaire au guide de pratique FQCRPAT [2008] et aux critères de l'ASAM [2013; 2001], deux guides récents soulignent l'importance d'adapter la durée de la gestion du sevrage aux besoins et particularités de chaque personne. D'abord, le guide de l'Allemagne [Mann *et al.*, 2017] mentionne que la gestion du sevrage prend généralement 21 jours, mais qu'elle peut varier d'une personne à

l'autre, selon la sévérité des symptômes du sevrage et la présence de comorbidités physiques ou mentales. De son côté, le guide du ministère de la Santé de la Saskatchewan [2012] mentionne que la durée du sevrage peut prendre de 24-48 heures à 2-3 semaines, tout dépendant de la principale substance consommée et de la sévérité de la dépendance de la personne.

Par ailleurs, dans le guide du Queensland Health [2012], on précise que, pour la clientèle dépendante aux psychostimulants, les symptômes du sevrage peuvent apparaître tardivement, plusieurs jours après l'arrêt de leur consommation et l'évaluation initiale. Par conséquent, ce guide suggère de ne pas se limiter à un traitement à court terme (1 à 2 semaines) pour cette classe de substances [Queensland Health, 2012].

5.4.4 Nature des interventions

Tout comme le guide de pratique FQCRPAT [2008], plusieurs guides récents prévoient, en plus des services médicaux, des interventions de nature psychosociale dans le cadre de la gestion du sevrage [BC Ministry of Health, 2017; Mann *et al.*, 2017; UNODC-WHO, 2017; AMHO, 2014; WHO, 2014; ASAM, 2013; Queensland Health, 2012; Saskatchewan Ministry of Health, 2012; Turning Point, 2012]. D'après les auteurs des critères de l'ASAM [2013], de telles interventions peuvent être amorcées à cette étape puisque les protocoles actuels de gestion du sevrage permettent de soulager rapidement et efficacement les symptômes de sevrage. Une description détaillée des interventions psychosociales recommandées dans les guides se trouve à la section 5.1.2.

5.5 Organisation des services

5.5.1 Planification des services après la gestion du sevrage

La gestion du sevrage est souvent la porte d'entrée dans les services d'aide en dépendance. Elle représente une occasion importante d'amener la clientèle à s'engager dans une démarche de réadaptation et prévoir des services à plus long terme [BC Ministry of Health, 2017; ASAM, 2013; Queensland Health, 2012; Saskatchewan Ministry of Health, 2012].

Ainsi, à l'instar du guide de pratique FQCRPAT [2008], plusieurs guides récents recommandent de planifier les services qui suivront la période de sevrage durant la gestion du sevrage [BC Ministry of Health, 2017; AMHO, 2014; ASAM, 2013; Queensland Health, 2012; Saskatchewan Ministry of Health, 2012; Turning Point, 2012]. Selon certains guides, cette planification doit commencer rapidement, soit lors de l'évaluation initiale ou dès que l'utilisateur est capable d'y participer activement [BC Ministry of Health, 2017; ASAM, 2013; Queensland Health, 2012; Turning Point, 2012]. Planifier d'entrée de jeu les services à plus long terme pourrait d'ailleurs aider certains usagers à réduire leur anxiété par rapport à la période qui suivra le sevrage [Turning Point, 2012].

En plus de planifier les services qui suivront la gestion du sevrage, certains guides soulignent l'importance de faciliter, au moment venu, la transition de l'utilisateur vers les nouveaux services (ex. : en effectuant les références nécessaires, en transmettant aux ressources et intervenants concernés les informations pertinentes sur l'utilisateur, avec son consentement) [BC Ministry of Health, 2017; AMHO, 2014; Queensland Health, 2012].

5.5.2 Modèles d'organisation des services

Pour faciliter l'accessibilité et la continuité dans un processus de réadaptation, le guide de pratique FQCRPAT [2008] recommande de privilégier, lorsque cela est nécessaire, le modèle intégré de services de gestion du sevrage et de réadaptation.

Dans l'ensemble, très peu de guides récents se prononcent sur les modèles d'organisation des services à privilégier pour la gestion du sevrage. Néanmoins, dans les critères de la troisième édition de l'ASAM [2013, p. 131], on mentionne que chez la clientèle adulte, le service de gestion du sevrage peut être offert séparément des autres services de traitement en dépendance. Toutefois, lorsque ces services sont donnés séparément, dans des lieux distincts, il importe d'effectuer une évaluation biopsychosociale approfondie et d'assurer la liaison avec les autres services de traitement. Cela est pour éviter que les usagers se retrouvent dans un cycle répété de stabilisation et de rechute, et donc qu'ils reviennent constamment dans les services (syndrome de la porte tournante).

Aussi, pour la clientèle dépendante aux psychostimulants, rappelons que les symptômes du sevrage peuvent apparaître tardivement, plusieurs jours après l'arrêt de la consommation et l'évaluation initiale. Dans le guide du Queensland Health [2012], on souligne donc l'importance, pour cette classe spécifique de substances, d'intégrer le service de gestion du sevrage aux autres services de traitement.

5.5.3 Partenariat et transition entre les services

Le guide de pratique FQCRPAT [2008] recommande aux CRD de formaliser, avec les partenaires du réseau, des ententes de collaboration prévoyant, entre autres, les responsabilités de chacune des organisations, les mécanismes d'orientation, de coordination, de suivi et d'évaluation. De manière similaire, quelques guides soulignent l'importance que les divers services et intervenants appelés à travailler auprès de la clientèle dépendante (police, urgences hospitalières, services en gestion du sevrage, services de traitement en dépendance, services en santé mentale, etc.) développent des liens étroits et des partenariats [BC Ministry of Health, 2017; AMHO, 2014; Matua Raki, 2012; Saskatchewan Ministry of Health, 2012].

Dans le guide du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique [2017], on souligne également l'importance que les autorités de la santé travaillent avec les urgences hospitalières de leur région, pour faciliter une transition fluide et en temps opportun de la clientèle vers les services appropriés de gestion du sevrage. Pour ce faire, on mentionne, entre autres, que le personnel des urgences doit avoir accès à de l'information précise et à jour sur les services de gestion du sevrage disponibles. On souligne également que les autorités de la santé doivent travailler conjointement avec les hôpitaux, les services de traitement en dépendance et ceux de gestion du sevrage, afin d'élaborer des protocoles pour assurer une planification et une coordination efficace des services. De tels protocoles doivent s'ajuster aux ressources et structures disponibles dans chaque région. Ils peuvent prévoir, par exemple, le recours à des intervenants de liaison.

5.5.4 Protocoles en cas d'urgence

Pour terminer, un élément non abordé dans le guide de pratique FQCRPAT [2008], mais jugé important dans certains guides recensés, est que les services de gestion du sevrage prévoient des protocoles précis en cas d'urgence (ex. : convulsions, crise cardiaque, idées suicidaires, agressions) [CQC, 2016; AMHO, 2014; Saskatchewan Ministry of Health, 2012; Turning Point, 2012].

Ces protocoles doivent être revus régulièrement et préciser, entre autres, quelles interventions sont attendues de la part du personnel et dans quelles circonstances on doit contacter les services d'urgence (9-1-1).

6. CONCLUSION

Le premier objectif de cet état des pratiques était de décrire l'utilisation des services de gestion du sevrage au sein des établissements publics du Québec qui offrent un tel service.

Des données clinico-administratives des CISSS et CIUSSS ayant une mission CRD et offrant des services de gestion du sevrage ont été examinées dans le cadre de ces travaux. Ces données, qui couvrent l'année 2016-2017, ont été extraites des banques de données locales du système d'information sur la clientèle des services de réadaptation en dépendance (SIC-SRD) [MSSS, 2018b]. Pour cette période, les établissements avec une mission CRD ont admis 2 877 personnes âgées de 18 ans et plus pour des services de gestion du sevrage avec hébergement, pour un total de 3 307 séjours. La durée moyenne de ceux-ci varie entre 4,2 et 13,2 jours, pour une moyenne provinciale de 7,2 jours. Ces données indiquent aussi que trois des établissements ayant une mission CRD ont offert des services de gestion du sevrage sur une base externe, auxquels s'ajoute le CISSS de Lanaudière, qui offre aussi des services sur une base externe.

Les données 2016-2017 sur les visites effectuées dans les urgences du Québec, extraites de la banque BDCU, dénombre 4 571 visites pour un syndrome de sevrage à l'alcool. Le quart de ces visites se sont soldées par une hospitalisation, et les trois quarts par un retour au domicile.

D'autres données, provenant cette fois de la base Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO), ont permis de rapporter le nombre de séjours hospitaliers enregistrés dans les centres hospitaliers du Québec. En 2016-2017, 3 233 personnes, totalisant 3 862 séjours, ont été hospitalisées en raison d'un syndrome de sevrage, dont les trois quarts sont effectués par des hommes et un peu plus de la moitié par des personnes âgées entre 40 et 64 ans. Les séjours liés à un syndrome de sevrage à l'alcool sont les plus fréquents (82 %), et la durée moyenne des séjours dus à un syndrome de sevrage est de 12 jours pour l'ensemble du Québec.

Le deuxième objectif était de recenser les pratiques actuelles en gestion du sevrage en lien avec les énoncés de pratique du guide de la FQCRPAT [2008]. À cet effet, certains faits saillants méritent d'être soulignés.

Au sujet des *modèles et approches*, la composition multidisciplinaire des équipes est considérée par plusieurs répondants comme un élément essentiel et présuppose le modèle mixte (médical-psychosocial), qui est largement répandu. Globalement, dans les services de réadaptation en dépendance, les approches d'intervention s'intéressent à la motivation (approche motivationnelle), aux cognitions et aux comportements (approche cognitive et comportementale), ainsi qu'à la prévention de la rechute et à la réduction des méfaits.

Pour la *clientèle*, le modèle hiérarchique d'intensité de sevrage (ASAM 2001), qui se base sur l'évaluation des risques pour la personne, est rapporté comme étant adopté par tous les établissements. Parmi les clientèles identifiées dans le guide comme prioritaires, les femmes enceintes sont les seules à être mentionnées par une large majorité de répondants comme étant priorisée dans l'accès aux services.

Pour ce qui est de l'*évaluation*, une minorité d'établissements auraient recours à un PI, alors qu'une large majorité d'entre eux utiliseraient le plan thérapeutique infirmier (PTI) en guise de PI. Les outils cliniques (souvent adaptés) les plus fréquemment mentionnés par les répondants sont le NiD-ÉM, le NiD-ÉP et IGT ainsi que le CIWA-AR. La plupart des établissements basent la durée de la gestion du sevrage sur des critères liés aux symptômes de sevrage, et ces critères varient selon les régions.

En termes de *traitement*, seule une minorité d'établissements ayant une mission CRD offrirait le service de gestion du sevrage externe intensif (2-GS). Une large majorité d'établissements proposeraient des services en gestion du sevrage avec hébergement non hospitalier (3.2-GS ou 3.7-GS), et seule une minorité d'établissements ayant la mission CRD pourraient fournir un sevrage planifié en milieu hospitalier pour le niveau d'intensité le plus sévère (4-GS). Cependant, toutes les régions du Québec ont des CH qui gèrent des épisodes de sevrage pouvant être d'intensité variée, sans avoir nécessairement une équipe dédiée pour le niveau le plus sévère.

Pour offrir un *modèle intégré de services de gestion du sevrage et de réadaptation*, des modalités sont adoptées par les établissements : certains ont un service intégré entièrement offert au sein de l'établissement, tandis que d'autres offrent un service intégré comprenant un partage de responsabilités entre l'établissement et une ressource privée ou communautaire.

Finalement, le troisième objectif du portrait était de produire une synthèse des principales recommandations publiées en gestion du sevrage dans divers guides de pratique et lignes directrices, depuis la parution du guide de pratique FQCRPAT en 2008. Globalement, plusieurs similitudes ont été observées entre les énoncés de pratique du guide de 2008 et celles formulées dans les récents guides. Pour ne nommer que quelques exemples, soulignons l'importance d'adopter un modèle mixte de gestion du sevrage (comprenant à la fois des interventions médicales et psychosociales); d'adapter les interventions aux besoins particuliers de chaque usager; d'effectuer une évaluation biopsychosociale, et donc multidimensionnelle, de la clientèle; d'utiliser des outils standardisés lors de l'évaluation; de planifier, durant la gestion du sevrage, les services qui suivront cette période. L'importance du partenariat avec les divers services et ressources appelés à travailler auprès de cette clientèle est aussi soulevée dans quelques guides.

Certaines différences avec le guide de pratique FQCRPAT [2008] ont également été constatées. Par exemple, selon la troisième édition des critères de l'ASAM [2013], le sevrage des personnes avec une symptomatologie assez importante peut se faire dans les services externes intensifs (niveau 2-GS) offrant de la supervision quotidienne, par du personnel médical. Antérieurement, et selon le guide de pratique FQCRPAT [2008], ces personnes auraient plutôt été orientées vers un niveau de service plus élevé. Pour qu'une telle possibilité soit envisageable, plusieurs conditions doivent être réunies. Ces personnes doivent notamment être engagées dans leur démarche, avoir un soutien suffisant de leur famille ou des proches, avoir un endroit sécuritaire où demeurer et disposer d'un transport pour se rendre sur les lieux du programme.

Enfin, des éléments importants, mais non couverts dans le guide de pratique FQCRPAT [2008], ont été relevés dans les récents guides. Par exemple, en plus des interventions médicales et psychosociales, certains guides soulignent l'importance de contrôler l'environnement où se déroule la gestion du sevrage (température, bruit, luminosité, etc.). Un autre élément concerne les clientèles pour qui la gestion du sevrage en milieu hospitalier devrait être envisagée. Il s'agit notamment des personnes âgées, de celles avec des problèmes de santé physique ou mentale importants ou des personnes en situation d'itinérance.

L'état des pratiques comporte certaines limites qu'il est important de mentionner. Bien qu'importantes pour la gestion du sevrage, la pharmacothérapie et la pratique médicale n'ont pas été documentées et analysées dans le cadre de la démarche. L'accent a été mis sur les énoncés de pratique du guide de la FQCRPAT [2008], axés principalement sur les pratiques psychosociales et organisationnelles. Une autre limite est le fait que le portrait s'appuie principalement sur les réponses rapportées en entrevue par les répondants des établissements. Ces réponses peuvent avoir été influencées par leur niveau de connaissance des services offerts. Nous croyons également que l'état des pratiques aurait pu bénéficier de données recueillies auprès des usagers pour documenter leur expérience, leur perception des services ainsi que leurs suggestions d'amélioration. Enfin, mentionnons que la grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique AGREE-II n'a pas été appliquée pour évaluer la qualité des guides de pratique et lignes directrices recensés ici. Ainsi, il n'est pas possible de pondérer les recommandations de chacun de ces guides en fonction de leur qualité.

En dépit de ces limites, l'état des pratiques sert de base pour la poursuite des travaux en vue de soutenir le réseau dans la mise en place de pratiques probantes en matière de sevrage, notamment en ce qui concerne le sevrage aux opioïdes, le soutien à la pratique médicale en gestion du sevrage et le développement de pratiques externes de gestion du sevrage.

ANNEXE 1

ÉTABLISSEMENTS VISÉS PAR LE PORTRAIT

Établissements fusionnés	Mission CRD Services spécialisés de gestion du sevrage	Services donnés en milieu hospitalier
CISSS <i>Montréal-Ouest</i> ⁱⁱ	X	--
CISSS <i>Laurentides</i>	X	--
CISSS <i>Outaouais</i>	X	--
CISSS <i>Lanaudière</i>	X	--
CISSS <i>Laval</i>	X	--
CISSS <i>Chaudière-Appalaches</i>	X	--
CISSS <i>Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine</i>	X	--
CISSS <i>Côte-Nord</i>	X	--
CIUSSS <i>Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal</i>	X	--
CIUSSS <i>Estrie-CHUS</i>	X	--
CIUSSS <i>Mauricie-et-du-Centre-du-Québec</i>	X	--
CIUSSS <i>Capitale-Nationale</i>	X	--
CIUSSS <i>Saguenay-Lac-Saint-Jean</i>	X	X

Établissements non fusionnés	Mission CRD Services spécialisés de gestion du sevrage	Services donnés en milieu hospitalier
CHUM <i>Montréal</i>	--	X <i>avec équipe spécialisée en dépendance</i>
CUSM <i>Montréal</i>	--	X <i>avec équipe spécialisée en dépendance</i>

- i. Mission CRD : Établissement qui possède une mission spécialisée de réadaptation en dépendance.
- ii. Dans ce portrait, le CISSS de la Montréal-Ouest compte pour un seul établissement, mais son organisation des services en dépendance est traditionnellement divisée entre les services qui s'adressent à la clientèle anglophone de la Montréal (issue du CRD Foster, qui couvre aussi le territoire de l'île de Montréal) et les services qui s'adressent à la clientèle francophone de la Montréal (issue du CRD Virage).

ANNEXE 2

CANEVAS D'ENTREVUES

Services avec hébergement - Niveau 3 D

En ce qui concerne les services avec hébergement de niveau 3.2 D et 3.7 D, nous avons choisi de les regrouper afin d'éviter la redondance dans le questionnaire. Par ailleurs, si pour chacune des questions des particularités s'appliquent en fonction des niveaux de service, il s'avère important de le mentionner.

1. Combien de lits sont consacrés aux services de niveau 3.2 D – 3.7 D ?
 - 1.1 Y a-t-il des lits réservés ?
2. Quelle est la composition du personnel (titre d'emploi et ETC.) dans les services de niveau 3 D ?
 - 2.1 Quelle est la présence des différents titres d'emploi (jour, soir, nuit, fin de semaine) ?
3. Quelle est la couverture médicale ?
 - 3.1 En présence/sur appel
 - 3.2 Quel est le mode de rémunération ?
4. Comment les admissions sont-elles planifiées (période, journée, particularités, gestion de la liste d'attente) ?
5. Avez-vous des critères de priorisation ?
 - 5.1 Si oui lesquels ?
 - 5.2 Comment les appliquez-vous ?
6. Avez-vous des critères d'exclusion ?
 - 6.1 Si oui lesquels ?
7. Quels sont les outils d'évaluation utilisés ?
 - 7.1 Avant l'admission
 - 7.2 Durant le séjour
8. Quels sont les éléments qui composent le plan d'intervention en désintoxication ?
 - 8.1 Comment est-il élaboré ?
9. Comment adaptez-vous vos services aux besoins de chaque personne ?
10. Quelles sont les approches utilisées ?
 - 10.1 De quelle façon sont-elles intégrées ?

11. Quelles sont les activités (rencontres individuelles, rencontres de groupe, ateliers thématiques, loisirs, groupes d'entraide) qui composent les services ?
12. Comment assurez-vous le suivi de l'évolution du client sur le plan physique et psychologique ?
13. De quelle manière la durée de séjour est-elle déterminée ?
 - 13.1 Quelle est la durée moyenne de séjour ?
14. Comment la transition avec les autres niveaux de service est-elle planifiée ?
15. De quelle façon la sortie est-elle planifiée ?
16. Avez-vous des ententes avec des partenaires pour offrir ce niveau de service ?
 - 16.1 Quel organisme ?
 - 16.2 Nature de l'entente ?
17. Avez-vous des pratiques en désintoxication avec hébergement dont vous êtes particulièrement fiers ?
 - 17.1 Si oui, nommez-en une.

Services externes - Niveau 1 - 2 D

Si des particularités s'appliquent en fonction des niveaux de service (1 D et 2 D), merci de le préciser dans la réponse.

1. Quelle est la composition du personnel (titre d'emploi et ETC.) dans les services de niveaux 1 et 2 D ?
2. Quels sont la couverture médicale et le rôle du médecin ?
3. Comment les inscriptions sont-elles planifiées (période, journée, particularités, gestion de la liste d'attente) ?
4. Avez-vous des critères de priorisation ?
 - 4.1. Si oui lesquels ?
 - 4.2. Comment les appliquez-vous ?
5. Avez-vous des critères d'exclusion ?
 - 5.1. Si oui lesquels ?
 - 5.2. Quelle est l'offre de service à ces personnes ?
6. Quels sont les outils d'évaluation utilisés ?
7. Quels sont les éléments qui composent le plan d'intervention en désintoxication ?
 - 7.1. Comment est-il élaboré ?
8. Comment adaptez-vous vos services aux besoins de chaque personne ?

9. Quelles sont les approches utilisées ?
10. Quelles sont les activités (rencontres individuelles, rencontres de groupe, ateliers thématiques, loisirs, groupes d'entraide) qui composent les services ?
11. Comment assurez-vous le suivi de l'évolution du client sur le plan physique et psychologique ?
12. De quelle manière la durée du « service » est-elle déterminée ?
13. Comment la transition avec les autres niveaux de service est-elle planifiée ?
14. Avez-vous des ententes avec des partenaires pour offrir ce niveau de service ?
15. Avez-vous des pratiques en désintoxication externe dont vous êtes particulièrement fiers ?
 - 15.1. Si oui, nommez-en une.

ANNEXE 3

LISTE DES SITES WEB CONSULTÉS

Canada

- Addictions and Mental Health Ontario (<https://amho.ca>)
- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (<http://www.cadth.ca/fr>)
- British Columbia Ministry of Health (<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/governments/organizational-structure/ministries-organizations/ministries/health>)
- Infobanque de l'AMC (<http://www.cma.ca>)
- Santé Canada (<https://www.canada.ca/fr/sante-canada.html>)
- Saskatchewan Ministry of Health (<https://www.saskatchewan.ca/government/government-structure/ministries/health>)

États-Unis

- American Society of Addiction Medicine (ASAM) (<https://www.asam.org>)
- Department of Veterans Affairs / Department of Defense (VA/DoD) (<https://www.healthquality.va.gov>)
- National Guideline Clearinghouse (NGC) (<http://guideline.gov/>)
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (<https://www.niaaa.nih.gov>)
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (<https://www.drugabuse.gov>)
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (<https://www.samhsa.gov>)

Royaume-Uni

- Care Quality Commission (CQC) (<https://www.cqc.org.uk>)
- Centre for Reviews and Dissemination (CRD) (<http://www.york.ac.uk/inst/crd>)
- National Health Service (NHS) (<https://www.nhs.uk>)
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (<http://www.nice.org.uk>)
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (<http://www.sign.ac.uk>)
- Social Care Institute for Excellence (SCIE) (<https://www.scie.org.uk>)

France

- Haute Autorité de Santé (HAS) (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr/accueil)
- Société française d'alcoologie (SFA) (<https://www.sfalcoologie.asso.fr>)

Australie et Nouvelle-Zélande

- Matua Raki (<https://www.matuaraki.org.nz>)
- National Health and Medical Research Council (NHMRC) (<http://www.nhmrc.gov.au/guidelines/>)
- New Zealand Guidelines Group (NZGG) (<http://www.health.govt.nz/about-ministry/ministry-health-websites/new-zealand-guidelines-group>)
- Queensland Health (<https://www.health.qld.gov.au>)
- Turning Point (<https://www.turningpoint.org.au>)

International

- Guidelines International Network (G-I-N) (www.g-i-n.net)
- International Network for Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) (<http://www.inahta.org>)
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (<https://www.unodc.org>)
- World Health Organization (WHO) (http://www.who.int/substance_abuse/publications/en)

ANNEXE 4

LISTE DES GUIDES DE PRATIQUE ET LIGNES DIRECTRICES RETENUS SELON LE PAYS DE PROVENANCE

Canada

1. Addictions and Mental Health Ontario (AMHO). Ontario provincial standards for withdrawal management services. Toronto, ON : AMHO; 2014.
2. BC Ministry of Health. Provincial guidelines for biopsychosocialspiritual withdrawal management services: Adult. Victoria, BC : BC Ministry of Health; 2017.
3. Saskatchewan Ministry of Health. Detox programming standards. Regina, SK: Saskatchewan Ministry of Health; 2012.

États-Unis

4. American Society of Addiction Medicine (ASAM). The ASAM criteria: Treatment criteria for addictive, substance-related, and co-occurring conditions, Third Edition (Mee-Lee D, Shulman GD, Fishman MJ, et al. réd.). Carson City, NV : Change Companies; 2013.
5. Department of Veterans Affairs et Department of Defense (VA/DoD). VA/DoD Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. Version 3.0. Washington, DC : VA/DoD; 2015.

Royaume-Uni

6. Care Quality Commission (CQC). Brief guide: Substance misuse services – detoxification or withdrawal from drugs or alcohol. Newcastle, Royaume-Uni : CQC; 2016.
7. UK Department of Health. Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. Londres, Angleterre : UK Department of Health; 2017.

Allemagne

8. Mann K, Batra A, Fauth-Bühler M, Hoch E. German guidelines on screening, diagnosis and treatment of alcohol use disorders. Eur Addict Res 2017;23(1):45-60.

France

9. Société française d'alcoologie (SFA). Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Alcoologie et Addictologie 2015;37(1):5-84.

Australie/Nouvelle-Zélande

10. Matua Raki. Substance Withdrawal Management: Guidelines for addiction and allied practitioners. Wellington, Nouvelle-Zélande : Matua Raki; 2012.
11. Queensland Health. Queensland alcohol and drug withdrawal clinical practice guidelines. Brisbane, Australie : Queensland Health; 2012.
12. Turning Point Alcohol and Drug Centre (Turning Point). Alcohol and other drug withdrawal: Practice guidelines, Second Edition. (rédigé par Frei M, Berends L, Kenny P, et al.). Melbourne, Australie : Turning Point; 2012.

Organisations internationales

13. United Nations Office on Drugs and Crime et World Health Organization (UNODC-WHO). International standards for the treatment of drug use disorders. UNODC; 2017.
14. World Health Organization (WHO). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Genève, Suisse : WHO; 2014.

RÉFÉRENCES

- Addictions and Mental Health Ontario (AMHO). Ontario provincial standards for withdrawal management services. Toronto, ON : AMHO; 2014. Disponible à : <https://www.st-leonards.com/sites/default/files/uploads/files/2014WMSStandards.pdf>.
- American Psychiatric Association (APA). DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Coordination générale de la traduction française Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel Guelfi. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson; 2015.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA : APA; 2013.
- American Psychological Association. Policy statement on evidence-based practice in psychology. Washington, DC : American Psychological Association; 2005. Disponible à : <https://www.apa.org/practice/guidelines/evidence-based-statement>.
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). The ASAM criteria: Treatment criteria for addictive, substance-related, and co-occurring conditions, Third Edition (Mee-Lee D, Shulman GD, Fishman MJ, et al. éd.). Carson City, NV : Change Companies; 2013.
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). ASAM patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders, Second Edition-Revised (ASAM PPC-2R) (Mee-Lee D, Shulman GD, Fishman M, et al. éd.). Chevy Chase, MD : ASAM; 2001.
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders, Second Edition (PPC-2) (Mee-Lee D, Shulman GD, Gartner L, éd.). Chevy Chase, MD : ASAM; 1996.
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). Patient placement criteria for the treatment of psychoactive substance use disorders. Washington, DC : ASAM; 1991.
- Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ). Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance : guide de pratique et offre de services de base (rédigé par Pierre Desrosiers et Jean-Marc Ménard). Montréal, Qc : ACRDQ; 2010. Disponible à : <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/9782921628129.pdf>.
- BC Ministry of Health. Provincial guidelines for biopsychosocialspiritual withdrawal management services: Adult. Victoria, BC : BC Ministry of Health; 2017. Disponible à : <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2017/adult-withdrawal-management-services-guidelines-final.pdf>.

- Care Quality Commission (CQC). Brief guide: Substance misuse services – detoxification or withdrawal from drugs or alcohol. Newcastle upon Tyne, Royaume-Uni : CQC; 2016. Disponible à : https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20180517_900584_briefguide-SMS_Detoxification_and_withdrawal_from_drugs_alcohol_v2.pdf.
- Comité de travail interordres. L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent. Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie. CMQ, OCCOQ, OEQ, OIIQ, OPPQ, OPQ, OTSTCFQ, OPSQ; 2018. Disponible à : https://www.orientation.qc.ca/files/OPQ_TravauxInterordres_Complet_FINAL_Web.pdf.
- Department of Veterans Affairs et Department of Defense (VA/DoD). VA/DoD Clinical practice guideline for the management of substance use disorders. Version 3.0. Washington, DC : VA/DoD; 2015. Disponible à : <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/sud/VADODSUDCPGRevised22216.pdf>.
- Dumont J. Diantre ! Un autre sevrage d'alcool au cabinet ! Médecin du Québec 2009;44(2):43-9.
- Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT). Les services de désintoxication dans les centres de réadaptation en dépendance : meilleures pratiques et offre de services de base dans un contexte de réseau intégré de services (rédigé par Pierre Desrosiers). Montréal, Qc : FQCRPAT; 2008. Disponible à : https://aidq.org/wp-content/uploads/2013/06/Guide_Desintoxication.pdf.
- Henderson V. The concept of nursing. J Adv Nurs 1978;3(2):113-30.
- Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS). Lignes directrices nationales de l'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances sur la prise en charge clinique du trouble lié à l'usage d'opioïdes. Ottawa, ON : ICRAS; 2018. Disponible à : https://crism.ca/wp-content/uploads/2018/03/CRISM_NationalGuideline_OUD-FRENCH.pdf.
- Institut universitaire sur les dépendances (IUD). Les pratiques reconnues dans les ressources privées ou communautaires offrant de l'hébergement en dépendance. Montréal, Qc : CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2016. Disponible à : http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/dependances/Pratiques_reconnues.pdf.
- Lavoie B, Lecavalier M, Angers P, Houle J. Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : fondements théoriques et pratiques. Montréal, Qc : Centre Dollard Cormier– Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal; 2012. Disponible à : https://groupejprobin.com/wp-content/uploads/2018/03/Grille_destimation_de_la_dangerosite-fondements_theoriques_et_pratiques.pdf.
- Léonard L et Ben Amar M. Les psychotropes : pharmacologie et toxicomanie. Montréal, Qc : Presses de l'Université de Montréal; 2002.

- Mann K, Batra A, Fauth-Bühler M, Hoch E. German guidelines on screening, diagnosis and treatment of alcohol use disorders. Eur Addict Res 2017;23(1):45-60.
- Matua Raki. Substance Withdrawal Management: Guidelines for addiction and allied practitioners. Wellington, Nouvelle-Zélande : Matua Raki; 2012. Disponible à : <https://www.matuaraki.org.nz/uploads/files/resource-assets/substance-withdrawal-management-guidelines-for-addiction-and-allied-practitioners.pdf>.
- Miller WR et Rollnick S. L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement. 2^e éd. Paris, France : InterEditions; 2013.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action interministériel en dépendance 2018-2028 – Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique de jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet. Québec, Qc : MSSS; 2018a. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cadre normatif – Système d'information sur la clientèle des services de réadaptation en dépendances. Québec, Qc : MSSS; 2018b. Disponible à : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2890626>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Glossaire – Définition de termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux. Québec, Qc : MSSS; 2017. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-127-03W.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme-services Dépendances. Offre de service 2007-2012. Québec, Qc : MSSS; 2007. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-804-10.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011. Québec, Qc : MSSS; 2006. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-804-01.pdf>.
- Myrick H. Chapter 11 - Treatment of alcohol intoxication and alcohol withdrawal. Dans : Galanter M, Kleber HD, Brady KT, réd. The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment. 5^e éd. Washington, DC : American Psychiatric Publishing; 2015.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Alcohol-use disorders: Diagnosis and clinical management of alcohol-related physical complications. Clinical guideline [CG100]. Londres, Angleterre : NICE; 2010. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers. 3^e éd. Montréal, Qc : OIIQ; 2016. Disponible à : https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/1466_doc.pdf.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Prise en charge de l'abus de substances psychoactives [site Web]. Genève, Suisse : OMS; 2018. Disponible à : http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/fr/ (consulté le 19 septembre 2018).
- Queensland Health. Queensland alcohol and drug withdrawal clinical practice guidelines. Brisbane, Australie : Queensland Health; 2012. Disponible à : https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0026/444419/detox-guidelines.pdf.
- Saskatchewan Ministry of Health. Detox programming standards. Regina, SK : Saskatchewan Ministry of Health; 2012. Disponible à : <http://sken.ca/wp-content/uploads/2014/12/Detox-Programming-Standards.pdf>.
- Société française d'alcoologie (SFA). Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Alcoologie et Addictologie 2015;37(1):5-84.
- Statistique Canada. Tableau 13-10-0465-01. Indicateurs de la santé mentale [site Web]. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2018. Disponible à : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310046501> (consulté le 30 octobre 2018).
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Treatment Episode Data Set (TEDS): 2004-2014. National admissions to substance abuse treatment services. Rockville, MD : SAMHSA; 2016. Disponible à : https://www.dasis.samhsa.gov/dasis2/teds_pubs/2014_teds_rpt_natl.pdf.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Detoxification and substance abuse treatment. A treatment improvement protocol (TIP). Rockville, MD : SAMHSA; 2006. Disponible à : <https://store.samhsa.gov/system/files/sma15-4131.pdf>.
- Turning Point Alcohol and Drug Centre (Turning Point). Alcohol and other drug withdrawal: Practice guidelines. Second Edition (rédigé par Frei M, Berends L, Kenny P, et al.). Melbourne, Australie : Turning Point; 2012. Disponible à : <http://docplayer.net/18025393-Alcohol-and-other-drug-practice-guidelines.html>.
- UK Department of Health. Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management. Londres, Angleterre : UK Department of Health; 2017. Disponible à : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/673978/clinical_guidelines_2017.pdf.

United Nations Office on Drugs and Crime et World Health Organization (UNODC-WHO). International standards for the treatment of drug use disorders. UNODC; 2017. Disponible à : https://www.who.int/substance_abuse/activities/msb_treatment_standards.pdf.

World Health Organization (WHO). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Genève, Suisse : WHO; 2014. Disponible à : https://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec



Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

