



R E C E N S I O N

DES SERVICES ET DES MEILLEURES PRATIQUES DE DÉSINTOXICATION CHEZ
LES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DANS LE RÉSEAU QUÉBÉCOIS



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	5
MISE EN GARDE.....	6
MÉTHODOLOGIE	7
TERMINOLOGIE	8
BREF HISTORIQUE DES SERVICES DE DÉSINTOXICATION AU QUÉBEC.....	9
DÉFINITION DE LA DÉSINTOXICATION.....	10
DISTINCTION ENTRE LA DÉSINTOXICATION, LE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES ET LE DÉGRISEMENT	12
LES BUTS DE LA DÉSINTOXICATION.....	13
GESTION DE LA DÉSINTOXICATION SELON LES NIVEAUX D'INTENSITÉ DE TRAITEMENT.....	15
MODÈLE DE TRAJECTOIRE DE SERVICES SELON LE NIVEAU DE LA GRAVITÉ DU SEVRAGE.....	19
ORIENTATIONS GOUVERNEMENTALES EN MATIÈRE DE DÉSINTOXICATION AU QUÉBEC : OFFRE ET TRAJECTOIRE DE SERVICES	20
SCHÉMA DE LA TRAJECTOIRE DES SERVICES EN VERTU DU PROGRAMME SERVICES-DÉPENDANCES (RÉSEAU QUÉBÉCOIS).....	30
ORGANISATION ET INTÉGRATION DES SERVICES DE DÉSINTOXICATION DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS	31
LISTE DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE OFFRANT DES SERVICES DE DÉSINTOXICATION AU QUÉBEC.....	35
PROGRAMMES ET SERVICES DE DÉSINTOXICATION CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS	45
MEILLEURES PRATIQUES EN MATIÈRE DE DÉSINTOXICATION.....	48
DÉSINTOXICATION EXTERNE: FACTEURS ET CRITÈRES À CONSIDÉRER.....	63
CONCLUSION	65
RÉFÉRENCES	67

AVANT-PROPOS

La recension de la littérature des services et des meilleures pratiques en matière de désintoxication chez les Premières Nations du Québec et dans le réseau québécois a essentiellement pour but de colliger les informations recueillies à l'aide d'une recherche documentaire effectuée dans les bases de données propres aux Premières Nations, gouvernementales, scientifiques et universitaires, auprès de collectifs d'auteurs et d'organisations communautaires ainsi que dans la littérature dite « grise » (document inédits).

Cette recension a été préparée par le Groupe de recherche et d'interventions psychosociales en milieu autochtone (GRIPMA) pour le compte de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). Elle se divise en plusieurs volets incluant l'historique de la désintoxication, sa définition et ses buts. Elle aborde ensuite les niveaux d'intensité de traitement en fonction des standards reconnus par la recherche. La recension présente également la trajectoire et l'offre de services de désintoxication tels que définis par les orientations et les politiques gouvernementales en place au Québec. De surcroît, la recension présente l'ensemble des programmes et services du réseau québécois et chez les Premières Nations au Québec et au Canada, de même que les établissements responsables de la prestation de services de désintoxication. Ensuite, la recension fait état des meilleures pratiques au niveau des modèles d'approches cliniques, de l'évaluation, du traitement et de l'organisation et de l'intégration des services en la matière. Finalement, la présente recension énonce les critères des services de désintoxication externe pour circonscrire les facteurs de succès de services qui pourraient éventuellement être développés chez les Premières Nations.

MISE EN GARDE

Parmi les obstacles rencontrés au chapitre de l'élaboration de cette recension, notons la difficulté de retracer les services et pratiques existantes dans les communautés des Premières Nations qui ne sont pas répertoriées ni inventoriées dans les sources d'information et les références consultées. Il est conséquemment possible que certaines pratiques et services ne soient pas recensés car l'ampleur de la recherche des pratiques et services en milieu des Premières Nations aurait demandé une investigation exhaustive de chaque communauté au Canada, ce qui ne cadre pas dans l'exercice du mandat confié à GRIPMA par la CSSSPNQL.

Nous invitons le lecteur à en prendre considération.

MÉTHODOLOGIE

Le but principal du projet est de procéder à la recension des besoins des Premières Nations en matière de désintoxication et à la recension des meilleures pratiques en matière de désintoxication en tenant compte des services offerts par le réseau québécois et de leur disponibilité pour les Premières Nations.

Une recherche dans les sources documentaires électroniques a été effectuée pour recenser les services offerts et les meilleures pratiques en milieu non autochtone et dans le réseau québécois. Deuxièmement, une même recherche a été effectuée pour recenser les services existants chez les Premières Nations, ainsi que les meilleures pratiques.

Les sources d'information suivantes ont été consultées pour compléter la présente recension :

- Bases de données propres aux Premières Nations;
- Bases de données gouvernementales;
- Bases de données scientifiques;
- Sites Internet des organisations régionales des Premières Nations;
- Sites Internet et bases de données d'organisations communautaires;
- Collectifs d'auteurs et de monographies;
- Littérature dite «grise» (documents inédits en exemple).

TERMINOLOGIE

ASAM	American Society of Addiction Medicine
CCLAT	Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
CHRTR	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CIWA-Ar	Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Alcohol Revised
CPLT	Comité permanent de lutte à la toxicomanie
CRAN	Centre de recherche et d'aide pour narcomanes
CRAT-CA	Centre de réadaptation en dépendance de Chaudière-Appalaches
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CRPAT	Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
CRUV	Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
CSSS	Centres de santé et services sociaux
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
FQCRPAT	Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes
GRIPMA	Groupe de recherche et d'interventions psychosociales en milieu autochtone
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
PNLAADA	Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones
RISD	Réseau intégré de services en désintoxication
SPA	Sevrage aux substances psychoactives

BREF HISTORIQUE DES SERVICES DE DÉSINTOXICATION AU QUÉBEC

Il faut attendre le milieu des années 50 pour voir naître à Québec, d'une association entre des prêtres du mouvement Lacordaire et des médecins, une première maison de désintoxication fondée par le père Ubald Villeneuve, fondation qui a d'ailleurs essaimé à Montréal, Trois-Rivières et Sherbrooke, sous le nom de centres Domrémy. C'est ainsi que progressivement des soins structurés et adaptés à une clientèle de plus en plus reconnue comme « malade » sont mis sur pied, faisant ainsi évoluer l'idée moraliste de l'alcoolisme vers une notion de maladie, de façon cohérente avec l'ensemble du mouvement social des années 60.

À la fin des années 60, début 70, le docteur André Boudreau a, entre autres, largement contribué au développement de la médicalisation des soins aux toxicomanes. On voit naître à cette époque l'Office de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie (OPTAT, ministère des Affaires sociales), dont il est le directeur. Il publie alors *OPTAT Informations*, un ouvrage qui fait école, tablant sur les connaissances scientifiques dans le domaine afin d'instruire les milieux cliniques (Boudreau, 1972).

Antérieurement, la désintoxication se réalisait à l'intérieur des centres de réadaptation pour personnes toxicomanes. Au début des années 1970, le mandat de désintoxication a été confié aux centres hospitaliers vu le caractère avant tout médical des interventions qui doivent être faites. Il en a résulté cependant un vaste champ de responsabilités plutôt floues pour une grande partie des personnes toxicomanes qui n'ont pas nécessairement besoin de services hospitaliers. Souvent des personnes intoxiquées sont conduites au centre hospitalier par sécurité, dans un contexte qui leur est défavorable. Ainsi une personne toxicomane, dans une salle d'urgence achalandée, dérange beaucoup et ne reçoit pas nécessairement des services adaptés à sa condition. Il fut donc nécessaire de conjuguer les efforts pour déployer la gamme des services adéquats pour les différentes conditions que présentent les personnes toxicomanes (Dufresne, Pépin, St-Louis, 2002).

DÉFINITION DE LA DÉSINTOXICATION

Selon la définition de la maison Domrémy, la désintoxication est le processus biologique d'élimination d'un psychotrope. L'organisme tend alors à rétablir son équilibre naturel rendu déficient par l'abus chronique et la dépendance. L'étape de la désintoxication, nécessite une évaluation à caractère médical qui permet d'établir les risques de sevrage et de complications. La désintoxication peut se réaliser dans le milieu de vie de la personne, en milieu substitut tel que les services avec hébergement ou en centre hospitalier. Selon le produit consommé et la situation particulière d'un individu, il peut être indiqué de procéder à une diminution progressive de la consommation ou à une substitution pharmacologique. Selon le niveau de risque présenté, chacune des personnes doit être évaluée rigoureusement et un service adapté doit être proposé (DOMRÉMY Mauricie/Centre-du-Québec, 2008).

Pour bien comprendre le processus de désintoxication, il faut comprendre son phénomène central appelé « effet rebond ». Essentiellement, la consommation d'une quelconque drogue entraîne dans le système nerveux central des modifications neurochimiques qui font interférence avec le monde des émotions. Les effets de cette drogue sont compensés par l'activation de circuits produisant les effets opposés (phénomène de compensation). Lors de la désintoxication et de l'arrêt de la consommation, les mécanismes de compensation vont continuer d'agir mais de façon exagérée, ce qui provoque de nombreux symptômes opposés à ceux développés par la drogue.

La désintoxication que vit toute personne toxicomane à différents degrés lorsqu'elle arrête ou diminue sa consommation, nécessite des interventions adaptées. Il est parfois difficile de distinguer cette étape de celle de la réadaptation puisque la désintoxication précède mais elle fait partie intégrante de l'ensemble du processus. Parfois les deux étapes sont distinctes, mais la plupart du temps, elles se confondent puisque la désintoxication concentrée dans les premiers jours de l'arrêt de consommation (sevrage aigu) peut tout de même s'échelonner sur un laps de temps très long (sevrage sub-aigu) selon les produits consommés et l'état de la personne. Cette notion de sevrage prolongé reste toutefois controversée. Plusieurs intervenants trouvent souvent difficile de distinguer les symptômes causés par un sevrage de drogue de ceux causés

par un trouble mental sous-jacent, si présent. Les risques et symptômes d'un sevrage prolongé ne sont pas aussi prédictibles que ceux d'un sevrage aigu. Certaines personnes peuvent être prédisposées à un sevrage prolongé augmentant ainsi le risque de rechute. Même si seulement 10 % des personnes qui arrêtent de consommer ont besoin d'une aide médicale (dont la moitié dans un milieu sécuritaire tel l'hôpital) elles nécessitent toutes une évaluation des risques de sevrage (Dufresne, Pépin, St-Louis, 2002).

Selon l'American Society of Addiction Medicine (ASAM) (Mee-Lee *et al.*, 2001),

«Dans un contexte où l'on retrouve des niveaux multiples d'intensité dans la gestion de la désintoxication, cette dernière ne consiste pas seulement à atténuer les complications physiologiques et psychologiques des syndromes de sevrage, mais elle est aussi un processus visant à interrompre le *momentum* de la consommation compulsive chez les personnes diagnostiquées comme étant dépendantes d'une substance.

En raison de la force de ce *momentum* et des difficultés inhérentes à le surmonter, même lorsqu'il n'y a aucun syndrome clair de sevrage, cette phase de traitement exige fréquemment une plus grande intensité des services au début afin d'établir l'engagement dans le traitement et d'induire le rôle du patient. Ceci est essentiel au bon déroulement du traitement en raison de l'impossibilité d'engager un patient dans le traitement lorsque celui-ci est pris dans un cycle répétitif d'intoxication et de sevrage. »

DISTINCTION ENTRE LA DÉSINTOXICATION, LE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES ET LE DÉGRISEMENT

Il existe souvent une confusion entre les concepts de désintoxication et de traitement des dépendances, ce qui peut avoir un impact sur l'évaluation du client et les soins qui lui sont prodigués par la suite. Il est donc important de faire la distinction entre la **désintoxication et le traitement des dépendances en tant que tel**. En fait, la désintoxication peut être parfois précédée par une certaine forme de traitement (par exemple « reaching out » avec les itinérants). Parfois, la désintoxication est une phase préliminaire à un traitement des dépendances. Enfin, la désintoxication peut parfois s'effectuer sans être suivie par un traitement des dépendances. L'évaluation pour le traitement des dépendances et l'évaluation pour la désintoxication sont deux activités distinctes.

L'évaluation pour la désintoxication donne lieu à un placement dans l'un des cinq niveaux d'intensité dans la gestion de la désintoxication. Cette distinction entre désintoxication et traitement des dépendances a entre autres pour conséquence que si la désintoxication est suivie par un traitement des dépendances, ce dernier ne sera pas automatiquement dispensé au même niveau d'intensité ni au même endroit que la désintoxication (Centre québécois de lutte aux dépendances, 2008).

Le **dégrisement** quant à lui est un type de services pour lequel aucune définition précise n'est offerte. En fait, dans les propos des gens utilisant ce terme, on retrouve :

- a) les services d'accompagnement et de surveillance des individus intoxiqués afin de leur permettre de sortir de façon sécuritaire d'une phase d'intoxication aiguë sans toutefois prendre en charge le sevrage potentiel ultérieur ;
- b) les services d'accompagnement du sevrage à faible risque (désintoxication de niveau III-2D selon les normes de l'ASAM).

Il peut s'agir d'une combinaison de ces deux types de services (Tremblay [et al.], 2004).

LES BUTS DE LA DÉSINTOXICATION

Le traitement des patients qui font l'expérience d'un sevrage aux substances psychoactives (SPA) demande une compréhension de l'histoire naturelle des troubles reliés aux substances, une évaluation des problèmes médicaux-psychiatriques et sociaux et une connaissance des utilisations et des limites des diverses interventions incluant la pharmacothérapie. Tous les traitements doivent être individualisés selon les besoins spécifiques des patients et ajustés de façon appropriée selon la réponse au traitement puisque le sevrage sera différent selon la capacité biologique (héréditaire) de chacun.

Les buts de la désintoxication seront **en premier** de permettre un sevrage sécuritaire des SPA pour les personnes qui sont sévèrement dépendantes à l'alcool; un arrêt brusque non traité peut provoquer un delirium de sevrage, des convulsions, des signes sévères d'hyperactivité du système nerveux (SN) et même entraîner la mort. D'autres drogues sédatives-hypnotiques peuvent aussi produire des syndromes de sevrage à risque pour la vie du consommateur. Par contre, le sevrage aux opiacés et aux stimulants produit un inconfort sévère mais généralement ne met pas la vie en danger. Il y aura danger accru cependant, chez ceux déjà atteints par un quelconque problème médical : VIH, diabète, maladie cardiaque, etc. Enfin, il ne faut jamais oublier que plus une personne subit un sevrage mal soigné plus le système nerveux deviendra hypersensible lors des sevrages subséquents et donc augmentera les risques de complications sévères du sevrage. Parce qu'il y a un risque de complications sérieuses pour certains consommateurs qui commencent un sevrage, une évaluation santé initiale est indispensable pour déterminer le niveau de soins et ainsi le traitement le plus approprié et sécuritaire.

Un **second but** important sera de permettre un sevrage le moins pénible possible et qui protège la dignité de l'individu. Un personnel attentionné et compétent, un environnement adéquat et supportant, une sensibilité aux différences culturelles, la confidentialité et la sélection d'une médication appropriée sont tous des éléments importants pour un sevrage attentionné qui minimise les douleurs et les autres symptômes inconfortables.

Un **dernier but** sera de préparer le patient à une réadaptation à long terme puisqu'il est confirmé qu'un sevrage bien mené génèrera la motivation nécessaire à entreprendre cette étape. Pour atteindre ces buts nous disposons de critères d'évaluation, d'organigramme de décision et de protocoles de traitement de plus en plus précis pour les classes de SPA les plus à risques de sevrage (Dufresne, Pépin, St-Louis, 2002).

GESTION DE LA DÉSINTOXICATION SELON LES NIVEAUX D'INTENSITÉ DE TRAITEMENT

L'American Society of Addiction Medicine (ASAM, 1996) propose un guide d'orientation vers les services de désintoxication qui sont couramment utilisés. Il définit la typologie en catégorisant les besoins des usagers en quatre types :

Type I : avec symptômes légers et nécessitant peu ou pas de soutien et d'accompagnement sur une base ambulatoire.

Type II : avec symptômes légers à moyens et nécessitant un encadrement intensif au niveau des services ambulatoires.

Type III : avec symptômes moyens à difficiles et nécessitant un encadrement en milieu résidentiel mais sans hospitalisation.

Type IV : avec symptômes sévères et complications médicales ou psychiatriques nécessitant une hospitalisation.

Le Centre québécois de lutte aux dépendances a traduit et adapté et les lignes directrices de l'ASAM (connues sous le titre *ASAM Patient Placement Criteria for Adult Patients in Need of Detoxification Services*) et a publié un guide intitulé « *Gestion de la désintoxication selon les niveaux d'intensité de traitement* », accompagné d'un tableau intitulé « *Critères pour adultes- Comparaison des services de désintoxication selon les niveaux d'intensité de traitement* » qui fournit les lignes directrices de pratique en gestion de la désintoxication selon les niveaux d'intensité de traitement.

Ces lignes directrices permet aux intervenants de s'orienter plus objectivement dans le processus de décision afin de mieux apparier les clients au meilleur niveau de services, tout particulièrement en ne leur donnant pas un service plus intensif que ce qu'ils ont réellement besoin. Il est à noter que la typologie de l'ASAM et les critères suivants semblent être considérés comme des principes généralement reconnus au plan médical pour traiter les individus nécessitant une désintoxication.

D'abord, voici les six dimensions qu'utilise le Centre québécois de lutte aux dépendances (2008) pour évaluer de quel type de placement un individu aurait besoin pour sa en désintoxication :

- Dimension 1- Intoxication aiguë et/ou potentiel de sevrage;
- Dimension 2- Conditions et complications biomédicales;
- Dimension 3- Conditions et complications émotionnelles, comportementales ou cognitives;
- Dimension 4- Préparation au changement;
- Dimension 5- Potentiel de rechute, de continuation de la consommation ou de persistance du problème;
- Dimension 6- Milieu de rétablissement et de vie.

L'étendue de la sévérité clinique observée à la dimension 1 (Intoxication aiguë et/ou potentiel de sevrage) a donné lieu, pour la gestion de la désintoxication, à des **niveaux multiples d'intensité dans le traitement**. Il existe deux types de lignes directrices de pratique en gestion de la désintoxication selon les niveaux d'intensité de traitement, soit des lignes directrices pour les adolescents et pour les adultes. Il ne faut cependant pas oublier qu'il existe des populations spéciales qui requièrent des soins particuliers. Parmi ces populations spéciales, nous retrouvons: les femmes enceintes ou qui allaitent, les personnes séropositives, les clients présentant des comorbidités physiques, les clients ayant des comorbidités psychiatriques, les adolescents, les personnes âgées et les détenus (Centre québécois de lutte aux dépendances, 2008).

Niveaux d'intensité de traitement et type de placement requis

NIVEAU I-D

Désintoxication ambulatoire sans suivi intensif dans le lieu de désintoxication
(Cabinet du médecin ou service de soins à domicile)

Au niveau I-D, la désintoxication peut être dispensée dans un établissement de soins de santé général comme un cabinet de médecin, une clinique d'urgence ou l'urgence d'un hôpital, un établissement de soins de santé mentale ou de désintoxication, une clinique externe d'un

hôpital, ou au domicile du client avec la supervision d'un service de soins dûment accrédité.

NIVEAU II-D

Désintoxication ambulatoire avec suivi intensif dans le lieu de désintoxication

(Centre de jour à l'hôpital)

Au niveau II-D, la désintoxication peut être dispensée dans un établissement de soins de santé général, comme un cabinet de médecin, une clinique d'urgence ou l'urgence d'un hôpital, un établissement de soins de santé mentale ou de désintoxication, une clinique externe d'un hôpital. Quand l'accent est mis sur l'évaluation afin de déterminer l'intensité des services de désintoxication, les services au niveau II-D peuvent être fournis dans un service de soins de courte durée (moins de 24h).

Toutefois, ce niveau de désintoxication est le plus souvent dispensé dans des établissements pouvant offrir des traitements spécifiques de la dépendance et il est alors totalement intégré au Niveau II de traitement, lequel tient compte des dimensions 2 à 6. Ainsi, les désintoxications externes intensives et les hospitalisations partielles, ainsi que les établissements où ces services sont offerts, sont appropriés pour la désintoxication de Niveau II-D.

NIVEAU III.2-D

Désintoxication avec hébergement cliniquement gérée

(Programme de désintoxication sociale)

Au niveau III.2-D, la désintoxication peut être dispensée dans un établissement dûment accrédité de soins de santé ou un centre de traitement des dépendances.

NIVEAU III.7-D

Désintoxication avec hébergement sous supervision médicale

(Centre de désintoxication privé)

Au niveau III.7-D, la désintoxication peut être dispensée dans une clinique ou un établissement dûment accrédité de soins de santé ou un centre de traitement des dépendances.

NIVEAU IV-D

Désintoxication avec hébergement sous supervision médicale intensive

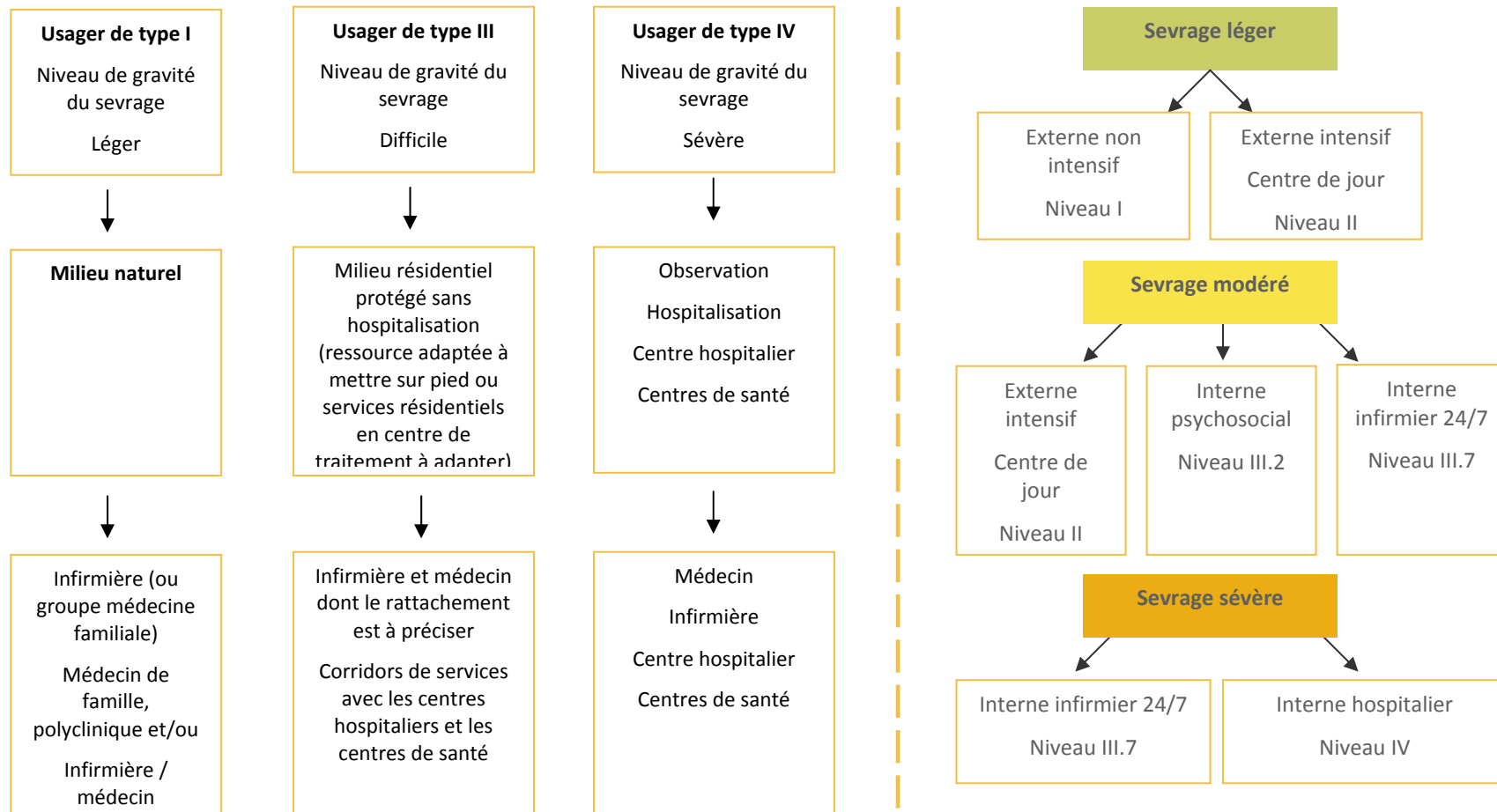
(Unité de soins psychiatriques en milieu hospitalier)

Au niveau IV-D, la désintoxication peut être dispensée dans un établissement dûment accrédité de soins aigus, pouvant fournir des soins de désintoxication aigus sous direction médicale et des traitements associés visant à traiter la détresse émotionnelle, comportementale, cognitive ou biomédicale résultant de la consommation d'alcool ou de drogues. Au moins trois types de services procurent ce niveau de soins :

- a) Un hôpital général de soins aigus; ou
- b) Un hôpital psychiatrique de soins aigus ayant un accès immédiat à l'ensemble des ressources d'un hôpital général de soins aigus ou d'une unité psychiatrique d'un hôpital général de soins aigus; ou
- c) Un hôpital dûment accrédité, spécialisé dans la dépendance aux substances psychotropes ayant du personnel médical et infirmier de soins aigus et de l'équipement de réanimation, ou une unité de soins aigus.

(Centre québécois de lutte aux dépendances, 2008).

MODÈLE DE TRAJECTOIRE DE SERVICES SELON LE NIVEAU DE LA GRAVITÉ DU SEVRAGE



Quelle que soit la gravité du sevrage, des services psychosociaux de réadaptation, d'aide et de soutien doivent être offerts en complémentarité. L'utilisateur peut avoir parcouru différents chemins : par référence à des services spécialisés, directement en centre hospitalier, etc. Tous ces services doivent être offerts en réseau intégré : organismes communautaires, CLSC, centres hospitaliers, dispensaires, centres de santé, centres de traitement et de réadaptation, etc. (Centre québécois de lutte aux dépendances, 2008).

ORIENTATIONS GOUVERNEMENTALES EN MATIÈRE DE DÉSINTOXICATION AU QUÉBEC : OFFRE ET TRAJECTOIRE DE SERVICES

Le « *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011 – Unis dans l'action* » du Gouvernement du Québec vise entre autres à améliorer l'accès à une gamme de services spécialisés dans chacune des régions du Québec. En fait, le Programme alcoolisme et autres toxicomanies a été remplacé par le programme Dépendances. Cette évolution permet d'élargir la perspective et d'adopter une approche globale pour la problématique de la dépendance, et ce, quelle que soit la cause.

L'objectif général du programme Dépendances est de prévenir, réduire et traiter les problèmes de dépendance par le déploiement et la consolidation d'une gamme de services en toxicomanie et jeu pathologique, sur l'ensemble du territoire québécois.

L'amélioration de l'accès à des services spécialisés demande d'entrée de jeu qu'on assure l'offre de services de désintoxication, de réadaptation, de réinsertion, de soutien et d'accompagnement dans le milieu de vie des personnes qui en ont besoin. Améliorer les services spécialisés exige également de les adapter aux besoins des personnes et de les assujettir à des impératifs de qualité et de continuité.

Le plan prévoit notamment des actions visant à la fois à hausser le niveau de services spécialisés offerts dans chacune des régions, à compléter la gamme des services qui y sont rendus accessibles et à bonifier leur organisation. Le plan insiste particulièrement sur l'intégration et la qualité des services. Le plan prévoit également, toujours afin d'améliorer l'accès aux services spécialisés, de nombreuses actions visant à encadrer la prestation de ces services : préparation de cadres de référence, élaboration de guides de bonnes pratiques et de standards régissant l'accessibilité et la qualité des services, activités de formation à l'intention des intervenants aidant des clientèles aux besoins particuliers, etc.

Offre de services en dépendances au Québec

L'*Offre de service en dépendances 2007-2012* précise ce que le réseau public de santé et des services sociaux peut offrir aux personnes qui éprouvent des problèmes liés à l'alcool, aux drogues, ainsi qu'aux jeux de hasard et d'argent. Le document identifie les rôles et responsabilités de chaque partenaire concerné : centres de santé et de services sociaux, centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, centres hospitaliers et groupes communautaires. L'offre de service favorise l'émergence d'une vision cohérente et partagée des services aux paliers local et régional, pour réduire la prévalence et la gravité des problèmes de dépendance. Elle tient compte des besoins des personnes les plus vulnérables et cible des clientèles particulières, comme les jeunes, les femmes enceintes et les mères avec de jeunes enfants, et les personnes ayant des problèmes de santé mentale. L'offre de service découle notamment du Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique et du Plan d'action interministériel en toxicomanie.

Trajectoire des services en dépendances au Québec

En 2003, la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. A-8.1) a conduit à la création d'un modèle d'organisation des services sur une base territoriale locale. Celui-ci est devenu l'assise d'un projet visant à mieux intégrer les services. C'est avec l'objectif de pallier les difficultés d'accessibilité, de continuité et de coordination des services qu'ont été mis en place les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Cette nouvelle organisation confie au Centre de santé et services sociaux (CSSS), qui est au cœur d'un réseau local, la responsabilité de coordonner les services pour la population de son territoire. Ainsi, chaque CSSS doit définir un projet organisationnel et clinique et s'assurer de la participation des établissements et des divers secteurs, groupes ou intervenants concernés.

Services de première ligne en désintoxication

Les CSSS ont la responsabilité de l'accès aux services de première ligne. Ainsi, ils accueillent les diverses clientèles, font de la détection de cas, de la désintoxication externe et des

interventions précoces. Ils assurent des services de maintien à la méthadone, réfèrent les personnes dont la détection indique un résultat d'abus ou de dépendance vers les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) pour fins d'évaluation spécialisée et offrent un soutien à l'entourage et dans la communauté.

Services spécialisés

Dans le cadre de la transformation du réseau, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a aussi défini une « offre de service pour le programme dépendances » qui précise les rôles et les responsabilités des acteurs de première et de deuxième ligne. Cette offre de service confie aux CRPAT une responsabilité en matière d'évaluation, de désintoxication, de réadaptation, de réinsertion sociale et de soutien à l'entourage. À noter que la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT) est une association d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ses membres sont des centres de réadaptation ou des organismes apparentés qui offrent des services spécialisés aux personnes aux prises avec des problèmes d'alcool, de drogues ou de jeu. Il s'agit du seul réseau provincial entièrement dédié à ces personnes. La Fédération compte 21 membres, présents dans toutes les régions du Québec. (FQCRPAT, 2006).

En deuxième ligne, les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) offrent des services spécialisés aux personnes dépendantes. Forts de leur expertise en intervention, les CRPAT évaluent la gravité de l'abus ou de la dépendance de chaque personne et la dirigent vers les services spécialisés appropriés à ses besoins. Ils assument aussi un rôle de premier plan dans le soutien, la formation et l'expertise auprès des différents partenaires dans le but de contribuer à la concertation en matière de dépendances dans chaque région.

Certification

De plus, afin de s'assurer que les conditions offertes aux personnes présentant des problèmes de toxicomanie soient sécuritaires sur le plan physique, psychologique et moral, le ministère de la Santé et des Services sociaux propose un programme volontaire de certification aux organismes privés ou communautaires intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement.

La responsabilité des services de désintoxication externe et interne au Québec

Les services de désintoxication sont offerts par différentes ressources selon les besoins et l'état de santé de la personne¹. Le choix de la ressource repose sur une évaluation médicale qui précise le niveau de soins exigé et indique les pathologies psychiatriques en relation avec la toxicomanie (Lowinson, 1992).

La désintoxication amène à un arrêt de la consommation ou à un sevrage suivi d'une récupération physique et psychologique. La désintoxication précède le processus de réadaptation et y prépare la personne.

La durée du traitement et le type d'encadrement nécessaire varient selon l'histoire d'intoxication, son intensité, les quantités et les types de substances psychoactives utilisées (Tremblay [et al.], 2004). Ils varient aussi en fonction des pathologies médicopsychiatriques ou psychologiques associées.

Les CSSS offrent des services externes de désintoxication sans soins intensifs et des services internes de désintoxication en milieu hospitalier.

Désintoxication externe sans soins intensifs²

Il s'agit généralement de consultations médicales en externe qui accompagnent le processus de sevrage. Le sevrage est qualifié de léger (Tremblay [et al.], 2004). Les personnes ayant des

¹ La gamme de services en désintoxication s'inspire de l'ASAM (American Society of Addiction Medicine). «ASAM PPC-2 detoxification services » in *Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders*, 2nd edition, Chevy Chase (MD), American Society of Addiction Medicine, 1996, p. 19-41.

² Niveau I de l'ASAM.

symptômes de sevrage léger consultent des ressources médicales en externe qui sont accessibles en CSSS, en groupes de médecine de famille ou en cliniques médicales. Pour ce faire, les CSSS:

- Accueillent les personnes intoxiquées et évaluent leur état de santé général et l'intensité anticipée du sevrage ;
- Établissent un plan d'intervention ;
- Appliquent le traitement et assurent le suivi ;
- Orientent la personne vers les services adaptés, le cas échéant.

Pour remplir leur mandat, ils disposent :

- Du personnel qualifié pour effectuer ces interventions et de médecins formés sur la désintoxication ;
- D'un coffre à outils, incluant des tests validés et standardisés, pour la détection des toxicomanies et l'évaluation du sevrage ;
- De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur la problématique des dépendances et sur la désintoxication ;
- De soutien et d'expertise-conseil des CRPAT et de collaborations interétablissements ;
- De mécanismes d'orientation vers les ressources internes de désintoxication lorsque la situation l'exige ;
- De mécanismes d'orientation vers les CRPAT concernant la gamme de traitements spécialisés.

Désintoxication interne en milieu hospitalier³

Les personnes ayant des symptômes de sevrage sérieux ou avec complications médicales nécessitent une admission en milieu hospitalier. Ce type de service est supervisé par du personnel médical et infirmier dans un centre hospitalier à vocation générale ou dans un centre hospitalier spécialisé en désintoxication. Ce type de services internes 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 important. Ce type de sevrage nécessite une intervention hospitalière (Tremblay [et al.], 2004).

Pour ce faire, les centres hospitaliers :

- Accueillent les personnes et évaluent leur état d'intoxication ;
- Appliquent le traitement et assurent le suivi.

Pour remplir leur mandat, ils disposent :

- De personnel hospitalier assigné à la désintoxication ;
- De programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur la désintoxication et sur les produits de substitution existants ;
- De mécanismes d'orientation vers les CRPAT concernant la gamme de services spécialisés dont, le maillage avec les autres services de désintoxication et les services de réadaptation dispensés par les CRPAT.

Standards

Les orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience Programme-services Dépendances du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2007) prévoient les qualités suivantes à l'égard de chacun des standards :

³ Niveau IV dans l'ASAM. ASAM PPC-2 detoxification services » in *Patient placement criteria for the treatment of substancerelated disorders*, 2nd edition, Chevy Chase (MD), American Society of Addiction Medicine, 1996, p. 19-41.

Accessibilité :

- Offre de service de désintoxication externe non intensive en CSSS et de désintoxication interne en milieu hospitalier ;
- Possibilité pour les personnes qui présentent un risque de complication sérieuse lors du sevrage d'être orientées vers un centre hospitalier spécialisé en toxicomanie.

Qualité :

- Intervention à partir de protocoles ou d'approches reconnus efficaces ;
- Outils d'évaluation clinique validés et standardisés à l'intention des personnes en désintoxication ;
- Plan d'intervention individualisé pour chaque usager au terme d'une désintoxication externe ou interne ;
- Suivi clinique et médical assuré par du personnel qui y est spécialement assigné ;
- Formation initiale et continue sur les dépendances et sur la désintoxication ;
- Encadrement adéquat du personnel de soins infirmiers et des intervenants sociaux ;
- Offre de service d'expertise-conseil et de soutien par les CRPAT pour les intervenants des CSSS.

Continuité :

- Ententes de service avec les CRPAT pour l'accessibilité à d'autres niveaux de soins en désintoxication suite à l'intervention en milieu hospitalier ;
- Ententes de service avec les CRPAT pour l'accessibilité aux services spécialisés de réadaptation ;
- Réseautage entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ;
- Ententes de collaboration conclues avec les organismes communautaires et les groupes d'entraide.

Efficacité et efficience :

- Orientation des clientèles vers les services appropriés ;
- Augmentation du nombre de désintoxications externes non intensives faites en CSSS et par les groupes de médecine de famille ;
- Augmentation du nombre de personnes ayant bénéficiées de services de désintoxication hospitalière et potentiellement accompagnés d'un suivi psychosocial, favorisant la transition la plus optimale vers les services de réadaptation des CRPAT ;
- Diminution du phénomène des portes tournantes dans les établissements du réseau ;
- Le CSSS dispose d'un budget spécifique pour ces mesures.

Les services des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT)

L'engagement important des CRPAT dans le continuum des services en désintoxication commande tout particulièrement le recours aux professionnels de la santé, tels les infirmières et les médecins, pour assurer la sécurité physique de la personne lors du sevrage aux substances psychoactives, mais aussi une évaluation médicale ou infirmière (selon le niveau de service) ainsi qu'un suivi plus ou moins prolongé.

Les niveaux de soins les plus fréquemment retrouvés sur le territoire québécois sont le niveau I, ambulatoire non intensif, le niveau III.2, interne psychosocial, le plus souvent géré par une ressource communautaire et soutenue intensément par les CRPAT, le niveau III.7 interne et géré par du personnel infirmier sous supervision médicale, mais non en centre hospitalier, fréquemment mis sur pied par les CRPAT et le niveau IV, la désintoxication interne hospitalière sous gouverne médicale. Mentionnons que les services de désintoxication de type externe (niveaux I et II) ou, à l'opposé, ceux de type interne hospitalier niveau IV, ne sont pas assumés par les CRPAT. D'ailleurs, le niveau ambulatoire intensif de type centre de jour niveau II, ne se retrouve pas au Québec. Toutefois, les CRPAT sont prêts à offrir ce niveau de soins, là où il s'avère nécessaire.

Les CRPAT sont donc tout particulièrement engagés dans la prise en charge des services de niveau internes infirmiers (III.7), ainsi que dans la coordination, le soutien intensif et le maintien des services internes de type psychosocial (III.2). Il faut enfin rappeler que les niveaux de soins en désintoxication sont tributaires les uns des autres et qu'un travail de coordination, au sein d'une région, est vital. De par leur mission, les CRPAT ont tout particulièrement à cœur le bon fonctionnement de l'ensemble des soins de désintoxication puisqu'ils constituent un maillon indispensable de la chaîne de services nécessaires pour mener à bien l'ensemble du processus de rétablissement d'une personne alcoolique ou toxicomane (Tremblay [et al.], 2004).

Par ailleurs, l'une des orientations stratégiques 2007-2010 de la FQCRPAT est de « Confirmer aux CRPAT leur responsabilité exclusive en matière d'évaluation, de désintoxication et de réadaptation notamment auprès de certaines clientèles particulièrement vulnérables, tels les jeunes en difficulté, les femmes enceintes et les mères de jeunes enfants, les personnes avec des problèmes de santé mentale » (FQCRPAT, 2006).

Traitements de substitution

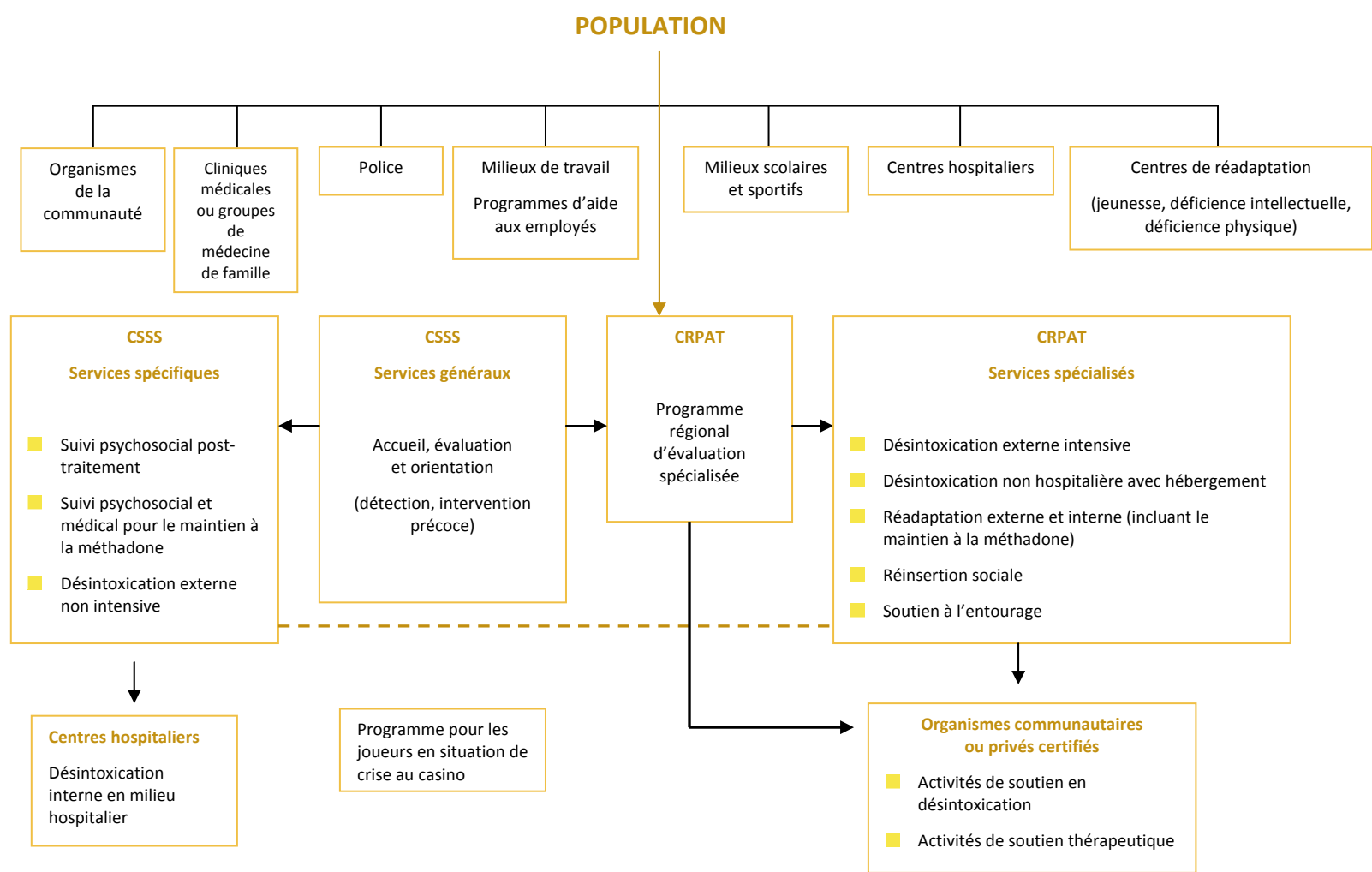
Plusieurs CRPAT offrent des traitements d'entretien et de sevrage à la méthadone pour les personnes présentant une dépendance aux substances opiacées. La méthadone est un agoniste opioïde synthétique à action prolongée, prescrit pour traiter la dépendance aux opiacés. Les programmes d'entretien à la méthadone varient considérablement dans leur composition. Ils ont tous en commun toutefois la prescription d'une dose dite de confort de méthadone où un niveau stable et suffisant de méthadone dans le sang réduit l'envie de consommer des substances opiacées illicites.

Les programmes offrent par ailleurs un suivi psychosocial sur une base obligatoire ou sur demande selon les modalités de services établies dans chacun des centres. Certains programmes de traitement avec méthadone sont définis comme étant à bas seuil. Ces programmes qui permettent l'accès à des traitements à exigences peu élevées s'adressent à une clientèle marginalisée qui vit en milieu urbain et qui ne fréquente pas normalement les services offerts par les institutions du réseau de la santé. Cette pratique s'est avérée efficace au plan de

la réduction des méfaits liés à l'usage de substances opiacées illicites.

Actuellement au Québec, le programme Relais Méthadone offert par le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) dispense ces traitements à bas seuil pour la région de Montréal. Les services d'entretien à la méthadone sont offerts au Québec par les CRPAT, à l'exception de la région de Montréal où trois centres spécialisés sont dédiés à ce type de services soit le CRAN, la Clinique Herzl de l'Hôpital général juif de Montréal et le service de toxicomanie du CHUM St-Luc (Tremblay [et al.], 2004).

SCHÉMA DE LA TRAJECTOIRE DES SERVICES EN VERTU DU PROGRAMME SERVICES-DÉPENDANCES (RÉSEAU QUÉBÉCOIS)



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2007)

ORGANISATION ET INTÉGRATION DES SERVICES DE DÉSINTOXICATION DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS

À la lumière de l'état de situation réalisé par la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQRCPAT) à l'hiver 2007, il s'avère que le volet désintoxication de l'offre de service est mis en œuvre de manière différente d'un établissement à l'autre et qu'il est insuffisamment déployé, et ce, particulièrement en fonction du rôle dévolu aux centres de réadaptation en dépendance (niveaux d'intensité II-D et III-D de l'ASAM) dans l'offre de service en dépendances du ministère. Comme l'illustre le tableau 1 à l'annexe 2, six régions (Bas-du-Fleuve, Québec, Côte-Nord, Gaspésie, Laval, Laurentides) n'offrent pas de services de désintoxication en milieu de réadaptation ou le font seulement grâce à la collaboration de partenaires.

Une autre région n'offre pas de désintoxication avec hébergement de réadaptation (Lanaudière). Par ailleurs, on constate que certains établissements offrent des services de désintoxication de niveau I-D qui, selon l'offre de service du MSSS, sont sous la responsabilité des CSSS et que deux CRD qui sont associés à une mission CSSS offrent de la désintoxication en milieu hospitalier (niveau IV-D). Au niveau du déploiement des services de désintoxication sur le territoire québécois, la Fédération (2007) a réalisé un exercice visant à estimer les besoins de développement dans chacune des régions du Québec

Les centres qui offrent un service de désintoxication avec hébergement (III.7-D) privilégient un modèle intégré de services de désintoxication et de réadaptation, seul le centre Dollard-Cormier, de par sa masse critique, possède un service exclusivement dédié à la désintoxication.

L'expérience de Domrémy Mauricie – Centre-du-Québec révèle justement que les usagers qui amorcent un service de désintoxication de ce niveau (III.7-D) s'intègrent facilement dans des activités de réadaptation si celles-ci sont offertes sur les lieux mêmes où l'hébergement a lieu.

Ils arrivent aussi à garder les personnes en traitement jusqu'à une durée moyenne de séjour de 15,6 jours. L'expérience de Domrémy indique aussi qu'au-delà de la désintoxication de quelques jours la poursuite du séjour permet au client de stabiliser sa condition médico-psychiatrique et de s'ancrer, par sa participation à des activités de réadaptation, dans un processus de

changement. Bertrand et Ménard (2004), dans l'analyse des services avec hébergement de Domrémy, constatent que le fait de demeurer dans les services avec hébergement 7 jours ou plus et le fait de compléter un séjour de 14 jours ou plus augmentent de manière statistiquement significative la poursuite du suivi en externe, alors que des séjours de plus de 20 jours ne sont pas associés à une plus grande probabilité de poursuivre en externe.

La région de la Mauricie a mis sur pied un modèle de réseau intégré de services de désintoxication (RISD) qui suggère de profiter de façon optimale de la fenêtre d'opportunité créée par la crise associée à la présence des usagers en centre hospitalier pour les engager ou réengager dans une démarche de changement et de réadaptation au regard de leur consommation problématique.

Grâce à des ententes formelles de collaboration, ce même modèle est, à ce jour, déployé dans quatre centres hospitaliers de la région qui peuvent compter sur des équipes de liaison dans chacun des territoires. Des modèles d'entente de services sont présentés dans le répertoire inclus au document de la FQRCPAT disponible à <http://www.acrdq.qc.ca/upload/doc/doc203.pdf>.

Ce modèle a inspiré deux autres régions du Québec (Chaudière-Appalaches et la Capitale Nationale) qui sont présentement à expérimenter des projets pilotes d'équipes de liaison en milieu hospitalier tant dans les services d'urgence que les unités de soins afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle et assurer une meilleure accessibilité et une meilleure continuité de services en dépendance.

À Québec, un programme commun d'intervention auprès des clientèles à l'urgence du CHUL-CHUQ présentant des troubles concomitants de dépendance et de santé mentale est en cours depuis juillet 2007. Cette urgence a fait l'objet d'une attention particulière en raison de son haut niveau d'achalandage et d'une importante proportion de la clientèle présentant une problématique en santé mentale liée à des problèmes d'abus ou de dépendance à des substances psychoactives.

C'est ainsi que le Centre de réadaptation Ubald- Villeneuve a été convié à présenter un projet pilote visant à répondre plus efficacement aux besoins de cette clientèle et à mettre en place des mesures pour désengorger l'urgence. Les infirmiers du CRUV, présents quotidiennement, reçoivent, par suite du repérage fait par l'équipe médicale et clinique, les personnes qui consomment des substances psychoactives ou qui ont des problèmes liés à cette consommation (intoxication, dégrisement, sevrage, désintoxication, idéations suicidaires, etc.).

Outre des services d'évaluation, l'équipe de liaison du CRUV, soutenue par les omnipraticiens du centre, offre des services d'orientation et d'accompagnement de la clientèle vers les ressources d'aide appropriées dans les meilleurs délais et du soutien à l'équipe médicale du CHUL-CHUQ. En janvier 2008, après 6 mois d'expérimentation, le CRUV avait reçu 324 demandes de service pour des problèmes de dépendance et 30 % de celles-ci concernaient spécifiquement une intoxication aux substances psychoactives. En mars 2008, après 33 semaines d'expérimentation, 76,5 % des usagers étaient orientés vers le Centre de réadaptation Ubald- Villeneuve après une évaluation faite par les infirmiers du CRUV. Il faut aussi noter que 83 % des usagers ne recevaient aucun service pour leur problème de dépendance. Enfin environ le tiers des usagers auraient bénéficié de services de désintoxication non hospitalière au CRUV si celle-ci avait été disponible dans la région.

Depuis 2006 et sur une période de 18 mois, le Centre de réadaptation en dépendance de Chaudière-Appalaches (CRAT-CA) a mis en place un projet pilote en vue d'évaluer la pertinence d'une présence infirmière du centre au sein d'un centre hospitalier de sa région. L'objectif du projet est de diminuer le nombre de clients dans la salle d'urgence, d'orienter rapidement la clientèle vers les services appropriés et de réduire la durée d'hospitalisation pour les personnes n'ayant plus besoin de soins en santé physique ou en santé mentale et qui peuvent obtenir les services, selon les besoins, en CSSS ou au CRAT-CA. Sur une période d'une année (décembre 2006 à décembre 2007), 150 demandes pour des problèmes de dépendance ont été faites vers l'infirmier du CRAT-CA et 59 % de celles-ci l'étaient pour un motif d'intoxication aux substances psychoactives. Aussi, avec l'augmentation des références en provenance du centre hospitalier, le CRAT-CA a obtenu du financement lui permettant d'ajouter du temps infirmier responsable

de territoires de CSSS et de coordonner le cheminement clinique du client grâce au partenariat avec les intervenants du CSSS, de l'hôpital et du milieu communautaire.

Ainsi, l'infirmier pivot est, au sein du centre hospitalier, le coordonnateur des services pour la clientèle ayant une problématique de dépendance. Il soutient le travail des intervenants de l'hôpital par de la formation sur les dépendances, par sa participation à des discussions de cas au sein des équipes interdisciplinaires, par l'évaluation, l'orientation et l'accompagnement de la clientèle vers des services d'aide et de réadaptation.

LISTE DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE OFFRANT DES SERVICES DE DÉSINTOXICATION AU QUÉBEC

Note importante

En raison des obstacles reliés à la langue pour les membres des communautés des Premières Nations anglophones localisées près des frontières des autres provinces canadiennes, il est possible que des communautés acheminent les clients ayant besoin de désintoxication dans des centres situés hors de la province de Québec. Ces centres ne sont pas ici répertoriés.

1) Centre de réadaptation en dépendance du CSSS de Jonquière

Le CRD du CSSS de Jonquière se distingue des autres centres de réadaptation de la province, car il a la particularité d'offrir toute la gamme de services à partir de la désintoxication à la consolidation à l'intérieur même des murs du centre de réadaptation. De plus, les services de désintoxication de modéré à sévère sont offerts en milieu hospitalier avec un suivi par du personnel médical et nursing.

Site Internet : http://www.csssjonquiere.qc.ca/1730_fr.html

2) Centre Jeunesse Saguenay/Lac St-Jean

Le Centre jeunesse du Saguenay–Lac-Saint-Jean offre, par entente de service, des services spécialisés de réadaptation et d'intégration sociale aux jeunes de moins de 18 ans aux prises avec des problèmes d'alcoolisme ou d'autres toxicomanies, en concertation avec les deux centres qui, dans notre région, desservent la clientèle adulte, les centres de santé et de services sociaux de Jonquière et Roberval.

Site Internet : http://www.cjsaglac.ca/page.php?section_id=1&id_page=14

3) Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve

Des services externes non intensifs, des services semi-intensifs et des services intensifs de réadaptation sont disponibles pour les adultes aux prises avec un problème d'alcoolisme ou

de toxicomanie. Les personnes dont la vulnérabilité est élevée peuvent avoir accès au service d'hébergement. Le Centre déploie des équipes de liaison spécialisées en dépendance dans trois urgences hospitalières de la région de la Capitale-Nationale : au Centre Hospitalier de l'Université Laval (CHUL), à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus et à l'Hôpital St-François d'Assise. L'action des équipes de liaison est principalement destinée aux clientèles vulnérables présentant un trouble concomitant de dépendance et de santé mentale. Les personnes ayant une dépendance aux opiacés ont accès au programme de traitement de substitution qui offre un suivi médical et pharmaceutique strict, ainsi que des services psychosociaux.

Site Internet : <http://www.cruv.qc.ca>

4) Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

Domrémy MCQ a déployé en partenariat avec le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) et les CSSS, dans une perspective de hiérarchisation des soins, un réseau intégré de services en désintoxication (RISD) pour améliorer l'accès des personnes les plus vulnérables au niveau de soins sécuritaire requis par leur condition. Le RISD vise à systématiser l'évaluation standardisée des risques de sevrage pour fournir aux usagers concernés une priorité et une rapidité d'accès au niveau de soins et d'encadrement requis. Il se traduit par le déploiement de soins de santé dans les services externes du centre de réadaptation à la grandeur de la région et la présence quotidienne d'une infirmière de liaison de Domrémy MCQ au CHRTR. Cette infirmière évalue les usagers dépistés, procède à une intervention motivationnelle et les accompagne vers le niveau de soins approprié. Il s'agit d'un projet pilote qui a été évalué.

Site Internet : <http://www.domremymcq.ca>

5) Centre Jean-Patrice Chiasson/Maison Saint-Georges

Le Centre de réadaptation en dépendances et santé mentale de l'Estrie Jean-Patrice Chiasson / Maison Saint-Georges est un centre de réadaptation à vocation régionale offrant des services spécialisés en dépendances (alcool, drogues et jeu pathologique) et santé mentale. Les services spécialisés sont accessibles sur l'ensemble du territoire de Sherbrooke et des 7 MRC de l'Estrie. Les services en dépendances s'adressent aux jeunes et personnes de tous âges, aux parents des jeunes et aux proches

Les services externes (accueil, évaluation, orientation et traitements spécialisés)

- Des services d'évaluation des besoins et services requis
- Des services pour l'évaluation des conducteurs automobiles
- Des services avec drogues de substitution aux opiacés
- Des services aux joueurs pathologiques
- Des services pour les femmes enceintes et mères toxicomanes
- Les services sont rendus par des interventions auprès des individus, en couple, en groupe ou dans la communauté

Les services avec hébergement

Les services de réadaptation avec hébergement (13 places adultes et 3 places pour jeunes) visent à offrir un milieu de transition et de traitement pour permettre à la personne de :

- Se désintoxiquer avec l'assistance de soins infirmiers parce que requis
- Se stabiliser
- Développer ou redévelopper ses habiletés personnelles et sociales par des interventions individuelles et ou de groupe
- Préparer sa réintégration sociale

Site Internet : <http://crdsm.santeestrie.qc.ca/index.php>

6) Centre Dollard-Cormier IUD

Les services et les programmes du Centre Dollard-Cormier s'adressent à toutes les personnes présentant un problème de dépendance ou d'abus d'alcool, de drogues ou de jeu résidant sur l'île de Montréal, et ce, peu importe leur âge ou leurs conditions sociales. Le Centre étend également son action à l'environnement plus large des personnes aux prises avec des problèmes de surconsommation toxicomane et aux autres ressources qui ont à intervenir auprès de ces personnes.

Le programme de désintoxication s'adresse à toute personne alcoolique ou toxicomane qui traverse une période de désintoxication à l'arrêt de consommation. Comprends deux volets :

Volet sevrage

Permet à la personne de traverser la période de sevrage physique dans un contexte sécuritaire et sous supervision médicale (10 lits - 7 à 10 jours de séjour);

Volet récupération

Offre un encadrement interne à la non-consommation des usagers qui ne présentent pas d'évidence de sevrage physique ou ayant terminé leur période de sevrage. Soutient la motivation de la personne au moyen de rencontres individuelles ou de groupe (18 lits- 10 jours de séjour). Un suivi en soins infirmiers est offert. Ce volet est également accessible à la clientèle ayant un problème de jeu pathologique.

Site Internet : <http://www.centredollardcormier.qc.ca/cdc/service.html#pd>

7) Centre Jellinek

Le Centre Jellinek offre des services confidentiels aux personnes ayant un problème de consommation d'alcool, de drogues, de médicaments ou de jeu. Il dessert principalement la population de l'Outaouais, jeunes et adultes. Le programme de désintoxication s'adresse à la personne qui présente un risque de sevrage à l'arrêt de sa consommation. Cette

personne a besoin de récupérer physiquement, mentalement et socialement. Le but du programme est de permettre à la personne de se réorganiser afin de s'impliquer plus activement dans une démarche thérapeutique. Le séjour peut varier de deux à neuf jours. Les admissions se font à tous les jours, selon les places disponibles.

Site Internet : http://www.jellinek.org/jellinek/index_f.aspx?ArticleID=369

8) Centre Normand

L'ensemble des activités cliniques du Centre s'inscrivent à l'intérieur du modèle biopsychosocial. Le Centre offre des services externes et internes. Les intervenants auprès des adultes et auprès des jeunes utilisent les approches thérapeutiques recommandées selon les meilleures pratiques reconnues. La relation thérapeutique s'actualise sous forme d'interventions individuelles, de couples, familiales ou de groupes. Chaque client bénéficie d'un accueil, d'une évaluation et d'un plan d'intervention adaptés à ses besoins.

Site Internet : <http://www.centrenormand.org/assises.asp>

9) Centre Le Canal

Le Canal est un centre de réadaptation public qui fait partie des services offerts par le Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord (CPRCN). Le Canal offre des services aux adolescents et aux adultes qui vivent un problème avec l'alcool, les drogues, les médicaments et le jeu. Il offre aussi des services de support et d'accompagnement à leur famille. Ces services sont gratuits, confidentiels et offerts par des professionnels formés dans diverses disciplines des milieux collégiaux et universitaires.

Services sans hébergement

Adultes

Programme s'adressant aux hommes et aux femmes de 18 ans et plus ayant une consommation problématique de drogue ou d'alcool. Démarche personnalisée permettant

certaines acquisitions visant à rendre l'individu autonome face aux psychotropes et dans la vie en général. Ce programme est aussi offert aux personnes qui ont des problèmes de justice ou qui vivent avec une problématique de santé mentale.

Adolescents

Programme adapté à une clientèle de 12 à 17 ans dont la consommation crée un malaise chez le jeune ou son environnement. Il vise à provoquer une réflexion sur son comportement de consommation et sur les enjeux qui en découlent. La participation des parents est favorisée.

Services avec hébergement

Adultes

Programme offert aux personnes adultes de 18 ans et plus ayant besoin d'un encadrement thérapeutique plus intense. À travers un environnement sécurisant et structurant, la personne reçoit aide et accompagnement dans son quotidien. Durée de 28 jours. Programme offert à Baie-Comeau.

Adolescents

Programme offert par des ressources hors-région par entente avec le Centre Le Canal qui agit à titre de référent. Il s'adresse à des jeunes de 12 à 17 ans qui ont des besoins plus importants aux niveaux physique, psychologique et social. Un suivi plus intense avec hébergement sur plusieurs semaines leur est offert.

Site Internet : <http://www.cprcn.qc.ca/CPRCN.html>

10) Centre L'Escale/CSSS de la Haute-Gaspésie

Le Centre offre de services de désintoxication externe. Dans la M.R.C. de Bonaventure, les services sont offerts en anglais. Le Centre n'offre pas de service aux jeunes en interne.

Site Internet : <http://www.acrdq.qc.ca/listemembre.php?m=17>

11) Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches

Les intervenants sont présents dans tous les CLSC de la région Chaudière-Appalaches, ainsi que dans tous les Centres hospitaliers de la région. Les intervenants jeunesse sont aussi présents dans les points de services des Centres Jeunesse. Le Centre offre un service de réadaptation interne de 9 places ainsi que 5 places de désintoxication au point de service Centre hospitalier de Beauceville.

Site Internet : <http://www.acrdq.qc.ca/listemembre.php?m=18>

12) Le Tremplin, Centre régional ADH

Situé à Matane, Le Tremplin offre des services aux hommes souffrant de problématiques d'alcool et de drogues, des services d'hébergement transitoire, d'accueil, d'évaluation, d'écoute, d'accompagnement, de support à la réintégration sociale, des ateliers thématiques, des services de désintoxication, de l'aide, des services de référence et d'orientation, ainsi que des activités sociales, culturelles et d'apprentissage.

Site Internet : <http://www.cam.org/~fobast/letremplin/index.html>

13) Le Tremplin, CSSS du Nord de Lanaudière

Le Centre offre des services de désintoxication externe et interne dans la région du Nord de Lanaudière.

Site Internet : <http://www.acrdq.qc.ca/listemembre.php?m=20>

14) Centre André-Boudreau

Le Centre André-Boudreau offre des services de réadaptation en externe et avec hébergement, en français et en anglais aux jeunes et aux adultes. Les services de désintoxication sont offerts avec hébergement.

Site Internet : <http://www.acrdq.qc.ca/listemembre.php?m=21>

15) Le Virage

Le volet désintoxication du centre de réadaptation en dépendance Le Virage vise principalement la récupération physique des personnes âgées de plus de 18 ans présentant un risque modéré de sevrage lors de l'arrêt de leur consommation. Un suivi intensif de l'état de santé de la personne favorise une bonne récupération physique. Cette récupération peut être un préalable à une démarche de réadaptation plus intensive. Le Virage reçoit sa clientèle sur référence ou par appel téléphonique du client lui-même. Le premier contact est effectué et une évaluation sommaire téléphonique est complétée par la secrétaire-réceptionniste. Par la suite, un rendez-vous est donné pour une évaluation détaillée afin d'évaluer les besoins du client. Après évaluation complète des besoins du client, celui-ci est orienté vers le service qui lui convient. Tous les services du Virage sont gratuits, confidentiels, personnalisés et pour tous.

Site Internet : <http://www.levirage.qc.ca/levirage-noservices.htm>

16) Pavillon Foster

Le Pavillon Foster est un centre de réadaptation privé pour alcooliques, toxicomanes et joueurs pathologiques financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour offrir des services de réadaptation et de réinsertion sociale à la population d'expression anglaise du Québec. Les services du Pavillon Foster sont gratuits et disponibles, dans les points de service de l'île de Montréal et de la Montérégie. Le programme pour adultes toxicomanes repose sur une approche par paliers, dans laquelle on propose des traitements de durée et d'intensité variables, avec ou sans hébergement, selon les besoins établis.

Site Internet : <http://www.pavillonfoster.org/fr-Mission.asp>

17) CRAN Inc.

Centre spécialisé de traitement de la dépendance avec médicaments de substitution, le Cran a pour mission d'offrir des soins de santé personnalisés et multidisciplinaires aux personnes dont la dépendance principale est l'héroïne ou tout autre opioïde.

Site Internet : <http://www.cran.qc.ca>

18) Le Grand Chemin

Le Grand Chemin est un centre d'hébergement et de thérapie sans but lucratif dont les services entièrement gratuits s'adressent à l'adolescent de 12 à 17 ans qui a développé ou est en voie de développer une dépendance à l'alcool, aux drogues ainsi qu'au jeu pathologique. Le programme des centres Le Grand Chemin est d'une durée de huit à dix semaines à l'interne et de quatre mois au suivi post-cure. Le mandat est supra-régional et le Centre accueille des jeunes de partout dans la province de Québec.

Site Internet : <http://www.legrandchemin.qc.ca/home.ph>

19) Maison Jean-Lapointe

Le programme s'adresse à toute personne âgée de 18 ans et plus qui vit des difficultés liées à sa consommation d'alcool, de médicaments ou de drogues. Les activités du programme sont réparties en quatre phases distinctes, dont la première est la phase de la désintoxication. L'équipe supervise la désintoxication des individus dont la condition nécessite une intervention médicale. Si des soins plus intensifs sont requis, la Maison Jean-Lapointe travaille de concert avec un centre hospitalier spécialisé.

Site Internet : <http://www.maisonjeanlapointe.com/alcoolisme-toxicomanie.html>

20) Maison l'Épervier Inc.

La Maison l'Épervier est un centre de traitement psychologique privé avec unité de soutien à la désintoxication qui permet aux individus de prendre un nouveau départ dans la vie. Plusieurs types de sevrage sont offerts et la durée varie selon le cas.

Site Internet : <http://www.maisonlepervier.com/sevrage-drogues-medicaments.shtml>

21) Programme de désintoxication biophysique au Centre de désintoxication naturelle

Centre de sevrage et de désintoxication privé et cures de désintoxication : drogues, alcool, médicaments, produits chimiques. Programme d'une durée de 20 jours pour hommes et femmes.

Site Internet : <http://desintox.net/purif.html>

22) Désintoxication biophysique de Narconon

Le programme de Narconon se compose d'une série d'exercices et d'étapes éducatives effectuées dans une séquence précise. Ces techniques incluent une méthode de sevrage qui aide autant l'alcoolique que le toxicomane à cesser de prendre des drogues et de l'alcool; puis ils apprennent à se remettre en communication avec les autres et leurs environnements; la phase suivante consiste à débarrasser leurs corps des résidus de drogues et d'alcools; et enfin, la dernière étape leurs permettent de retrouver le contrôle sur eux-mêmes et de ce qui les entourent. Il s'agit d'une thérapie naturelle sans prise de médicaments pour l'abus d'alcool, la désintoxication de cocaïne, le sevrage d'opiacées et la réhabilitation de drogues.

Site Internet : http://narconon-info.org/Latest/narconon_programme.html

PROGRAMMES ET SERVICES DE DÉSINTOXICATION CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS

D'après les recherches effectuées dans le cadre de la présente démarche, très peu de programmes et de centres de traitement offrent des services de désintoxication à l'intention spécifique des Premières Nations, et ce, dans n'importe laquelle des régions du Canada. Les Premières Nations doivent généralement s'adresser aux services du réseau de la santé provincial pour bénéficier du traitement de désintoxication approprié à leur condition. Voici toutefois les rares initiatives retracées dans le cadre de la recension. Il est possible que d'autres initiatives existent mais qui n'ont pu être relatées ici faute d'information dans les diverses sources et références consultées.

1) **Telmexw awtexw Treatment Centre, Chehalis, BC.**

Hey Way Noqu et Chehalis Indian Band ont créé un partenariat pour offrir des services de traitement traditionnels aux Premières Nations aux prises avec une problématique de dépendance. Les patients qui suivent un programme de désintoxication à la méthadone peuvent participer aux séances. Le centre possède 5 lits et est d'une durée de trois mois.

Référence : Jennelle McMillan, (604) 808-5258

2) **Aboriginal Detox Support Worker Program**

Les intervenants de soutien du programme de désintoxication pour Autochtones ("Aboriginal Detox Support Workers») sont responsables de la prestation de services de soutien et de suivi pour les Autochtones ayant suivi un traitement de désintoxication et qui quittent le Vancouver Coastal Health (VCH) Withdrawal Management Services (WMS). Les intervenants offrent des services de liaison et de soutien pour aider les clients à faire la transition entre le sevrage et un mode de vie sobre.

Site Internet: http://nccabc.ca/index.php/services/aboriginal_detox_support_workers/

(En anglais seulement)

3) Entente de services avec le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or et le CSSS de la Vallée-de-l'Or

Le Centre d'Amitié autochtone et le CSSS de la Vallée de l'Or ont conclu une entente grâce à un investissement d'un demi-million de dollars de Santé Canada. Ce partenariat, une première au Québec, est rendu possible grâce à un investissement de 475 000 \$ du Fonds de transition pour la santé autochtone de Santé Canada. Dans un premier temps, un portrait précis des véritables besoins sera élaboré. Parmi les dossiers prioritaires identifiés par le Centre d'Amitié autochtone, les problèmes reliés à la consommation d'alcool et de drogue ont été mentionnés. Cette entente est une première dans la province de Québec. Les partenaires souhaitent qu'elle serve de modèle pour toutes les premières Nations du Québec. Les services de désintoxication ne sont pas explicitement nommés mais il faudra surveiller l'évolution du dossier (Radio-Canada, 2009).

4) Intervenant de soutien autochtone à l'unité de 12 lits en désintoxication brève en Saskatchewan

Il s'agit d'un programme d'admission d'urgence de courte durée pour les patients ne nécessitant pas de soins médicaux. Un intervenant autochtone y est employé pour faire le lien avec les clients Autochtones.

Site Internet : http://www.saskatoonhealthregion.ca/news_you_need/media_centre/media/2004/news_112704.htm

(En anglais seulement)

5) « Healing at Home », Guide pour la désintoxication à domicile pour les Premières Nations

Une infirmière autochtone de la Colombie-Britannique, Mme Pamela O'Donaghey, a rédigé un manuel complet sur la désintoxication à domicile pour les Premières Nations. Ce manuel aide les communautés à cheminer à travers les étapes du sevrage et leur donne des directives sur les options de traitement continu après avoir complété la désintoxication

initiale. Ce manuel tient compte de la culture et des traditions des Premières Nations. Il inclut entre autres plusieurs outils de travail dont des formulaires d'évaluation des clients.

(En anglais seulement)

MEILLEURES PRATIQUES EN MATIÈRE DE DÉSINTOXICATION

Pierre Desrosiers, conseiller aux affaires professionnelles à la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQRCPAT) a rédigé un document s'intitulant « *Les services de désintoxication dans les centres de réadaptation en dépendances : Meilleures pratiques et offre de services de base dans un contexte de réseau intégré de services* ». À partir d'une recension de la littérature, Desrosiers présente les meilleures pratiques en matière de modèles et d'approches cliniques, d'évaluation, de traitement, d'organisation et d'intégration de services.

Modèles et approches cliniques

Selon le Center for Substance Abuse Treatment (CSAT, 2006), il existe trois grands modèles théoriques de désintoxication : le modèle médical, le modèle social et le modèle mixte. Les programmes se référant au modèle médical sont dispensés par un médecin et du personnel de soins de santé et se déroulent généralement en milieu hospitalier, en cabinet privé ou dans un centre de santé. On attribue le modèle social à des services de soutien psychologique et social aux usagers et à leur famille. Lorsque ces clients ont des besoins médicaux, ils sont dirigés vers des ressources médicales ou ils sont évalués par un médecin rattaché au centre ou par une infirmière. Les intervenants sociaux peuvent à l'occasion assister l'utilisateur lorsqu'il prend sa médication, évaluer son état ou le diriger vers un professionnel de la santé si la situation se détériore. Le CSAT (2006) considère que les programmes sociaux de désintoxication ne devraient pas offrir de service pour les personnes lourdement dépendantes à l'alcool et aux autres sédatifs hypnotiques. Enfin, le modèle mixte fait référence à des programmes sociaux de désintoxication qui offrent en appoint des services d'assistance médicale. D'après le groupe d'experts constitués par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT, 2004), plusieurs auteurs font remarquer qu'une plus grande alliance entre les deux modèles (médical et psychosocial) permet d'offrir aux patients des services de meilleure qualité. Selon ces experts, les recherches récentes sur les traitements des dépendances tendent à démontrer la pertinence d'un modèle mixte pour traiter de façon adéquate les symptômes de sevrage. Les études portant sur les différentes modalités de traitement, répertoriées par Santé Canada (1999),

reconnaissent l'efficacité de la pharmacothérapie comme complément à un traitement global, incluant des approches cognitives comportementales et motivationnelles, des méthodes d'apprentissage d'habiletés sociales et de prévention de la rechute et des approches d'appui communautaire utilisant le réseau relationnel des personnes qui consultent, surtout pour les personnes manquant d'appuis sociaux. L'utilisation de l'approche motivationnelle semble particulièrement indiquée pour permettre la réalisation du troisième but de la désintoxication, qui est de préparer le client à la réadaptation ou de favoriser, chez celui-ci, une continuité dans les services. Une recherche de Haro et ses collaborateurs (2006) rapporte que l'utilisation de l'approche motivationnelle pendant la désintoxication hospitalière est en partie associée à une plus grande probabilité de poursuite dans les services de réadaptation, et ce, plus particulièrement chez les femmes et en fonction de certaines substances consommées.

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) (2007) rapporte que les spécialistes en toxicomanie au Canada et à l'échelle internationale ont couramment recours à l'entrevue motivationnelle dans divers milieux thérapeutiques dont les services de désintoxication. Au Québec, le modèle transthéorique du processus de changement et de ses étapes (Prochaska et coll., 1994) ainsi que l'entretien motivationnel issu des travaux de Miller et Rollnick (2003) font maintenant partie intégrante des approches d'intervention privilégiées dans les CRD.

Selon les meilleures pratiques décrites par Santé Canada (1999), il est important d'offrir des services adaptés à la réalité de chaque personne puisque tous les services ou toutes les approches ne conviennent pas à chacun. Il faut aussi considérer l'importance, dans la réussite du traitement, des facteurs communs à toute approche clinique, c'est-à-dire ceux du client (ressources personnelles, environnement, etc.) et ceux de l'intervenant (compétences, empathie, alliance thérapeutique, etc.). L'étude de DATOS (2003) souligne d'ailleurs que l'alliance thérapeutique et des changements concrets réussis par le client en début de démarche semblent être des éléments essentiels à la persistance en traitement.

Évaluation

a) Critères

Kasser et coll. (1997) soulignent qu'en raison des risques de complications médicales une évaluation initiale de la condition du client est primordiale. Elle doit comprendre une évaluation de la sévérité prédictible du sevrage, ainsi qu'une évaluation de la comorbidité médicale ou psychiatrique. La sévérité du sevrage n'est pas toujours facile à prévoir et bon nombre d'informations doivent être recueillies au moment de l'évaluation initiale: quantité et durée de la consommation du client (surtout dans le dernier mois et la dernière semaine), sévérité des sevrages précédents, histoire médicale et psychiatrique du client. Selon ces auteurs, l'évaluation initiale a pour objectif de faciliter la sélection du niveau approprié de soins pour la désintoxication.

Pour déterminer le niveau de soins requis en fonction des besoins et des caractéristiques des clients présentant des problèmes d'alcool et de drogues, le comité d'experts cliniciens de l'ASAM (2001) a établi six dimensions devant être mesurées :

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 rechutes ;
6. Les caractéristiques de l'environnement de la personne.

La dimension 1 se réfère à tout ce qui touche à la nature de la consommation de l'individu et à la nécessité qu'il soit pris en charge médicalement pour aider au sevrage ou pour un traitement de substitution.

La dimension 2 décrit la condition physique de la personne, incluant tous les problèmes physiques, exception faite des symptômes de sevrage déjà couverts par la dimension 1, ou

facteurs physiques qui doivent être pris en compte, ainsi que les médicaments pris par l'utilisateur, excepté ceux prescrits en psychiatrie.

La dimension 3 concerne les troubles émotionnels et comportementaux que peut présenter le client. On se réfère à l'histoire et aux traitements psychologiques et psychiatriques qu'il a vécus, à son état et à sa stabilité émotionnelle ainsi qu'à sa capacité à exprimer ses sentiments de dépression, de colère, d'anxiété et autres, ou au contraire l'absence de sentiments, affect plat.

La 4e dimension touche la dynamique de changement de l'individu, sa motivation à s'impliquer dans sa démarche et son attitude vis-à-vis le traitement.

La 5e dimension décrit le niveau de risque de rechute de l'utilisateur ainsi que l'état de connaissance qu'il présente quant à la nature et à la dynamique de son problème de dépendance, et aux mécanismes de prévention de la rechute. Elle inclut aussi le degré d'intégration, par le client, des outils de prévention de la rechute dans ses problèmes quotidiens ou dans ses situations de crise.

Enfin, la 6e dimension fait référence à l'environnement dans lequel évolue la personne. Il s'agit autant de son environnement physique (quartier, logement) que de son environnement social, notamment la présence ou l'absence d'un réseau de soutien dans son effort de changement. La qualité de la gestion de son temps au quotidien, l'équilibre de la répartition de son temps entre travail, loisirs et vie relationnelle ainsi que le contact de l'individu avec les organismes sociaux qui peuvent l'aider font aussi partie intégrante de cette dimension.

Bien que les critères de l'ASAM soient ceux qui sont les plus reconnus et couramment utilisés, ils ne doivent pas se substituer au jugement clinique et à l'évaluation des besoins spécifiques de chaque client.

b) Outils

Le Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol Revised (CIWA-Ar) (1989) représente le questionnaire de quantification de sevrage à l'alcool le plus largement utilisé dans les milieux d'intervention. Rouillard, Tremblay et Boivin (1999) ont développé des outils d'évaluation de la

sévérité du sevrage et des soins médicaux devant l'accompagner. Il s'agit des outils NID pour « Niveau de désintoxication ». En fait, ce sont deux instruments distincts, l'un pour une évaluation santé par les intervenants médicaux (NID-ÉM), l'autre, une version adaptée pouvant être administrée par des intervenants psychosociaux (NID-ÉP) et validée par du personnel infirmier.

Ces outils d'évaluation débutent par une section où sont recueillis les renseignements de nature sociodémographique, suivie de questions touchant la condition médicale de l'utilisateur et la médication prise par celui-ci. La section la plus importante porte sur l'évaluation de la consommation d'alcool et de drogues et elle comprend notamment le *Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Scale, Alcohol Revised (CIWA-Ar)*. Les sections qui suivent portent sur l'état de santé psychologique/psychiatrique incluant l'évaluation de risque suicidaire et sur la situation générale de l'utilisateur concernant la sphère sociale (travail, famille, social, judiciaire, etc.). Les questionnaires se terminent par un choix d'orientation.

Pour guider plus objectivement dans le processus de décision afin de mieux appairer les clients au meilleur niveau de service, tout particulièrement en ne leur donnant pas un service plus intensif que celui dont ils ont réellement besoin, Ménard, Pépin et Saint-Louis (2007) ont développé une version adaptée du NID-ÉM, l'évaluation santé NID-ÉM 2.0. Cet outil, à partir d'un algorithme d'orientation des usagers selon les signes et les symptômes d'intoxication et de sevrage et des critères d'évaluation de l'ASAM, permet d'en arriver à un classement selon les niveaux d'intensité de services de l'ASAM. Ces mêmes auteurs ont aussi conçu une adaptation du NID-ÉP, version 2.9 (2007).

Traitement

a) Durée

D'entrée de jeu, nous constatons la grande rareté d'articles scientifiques concernant les durées optimales des traitements de désintoxication. Pour Tremblay (2008), il est également nécessaire de mentionner que plusieurs études qualifient de désintoxication une intervention qui combine de façon séquentielle une intervention médicale visant à éliminer de façon sécuritaire les

substances psychoactives de l'organisme suivie d'une intervention psychosociale ciblant plutôt la modification de comportement. Dans ces études, les durées optimales de services sont difficiles à interpréter.

La durée et l'intensité du sevrage représentent le déterminant principal des durées standards de désintoxication. D'après Raistrick (2000), un protocole clinique de désintoxication d'alcool prescrit généralement un traitement de 7 jours pour une désintoxication accompagnant un traitement sévère, de 5 jours pour un sevrage modéré et de 3 jours pour un sevrage léger. Les durées d'hospitalisation observées pour la désintoxication d'alcool sont classiquement de $4,3 \pm 2,4$ jours (Sullivan et coll., 1991), ce qui correspond aux protocoles cliniques anticipés (Raistrick, 2000). Pour Miller et Kipnis (2006), le sevrage aux substances opiacées produit des signes et des symptômes similaires d'une substance à l'autre mais des variations quant au moment de leur début et à leur durée. Par exemple, le sevrage d'héroïne débute typiquement de 8 à 12 heures après la dernière dose et perdure sur une période de 3 à 5 jours. Selon Miller et Kipnis (2006), la durée du sevrage des benzodiazépines et autres sédatifs hypnotiques dépend de la demi-vie des substances et s'étend en général sur plusieurs semaines. Quant à la gestion du sevrage, on procède plus souvent par dégression de la dose, sous supervision médicale. Cette diminution progressive s'échelonne fréquemment sur plusieurs semaines, voire quelques mois, tout particulièrement pour les benzodiazépines à longue durée d'action.

Selon des données issues du Massachusetts (Jonkman et coll, 2005) auprès de 21 311 usagers au cours de l'année 1996, on note que les substances principales ayant nécessité un service de désintoxication sont l'alcool (48 %), l'héroïne (34 %) ou la cocaïne (18 %). Cet État américain, similaire au Québec quant à sa géographie et à sa population, compte vingt centres de désintoxication de niveau III.7-D selon l'ASAM. La durée moyenne de séjour varie grandement d'un centre à l'autre, oscillant entre quatre et neuf jours. D'après ces chercheurs, ces variations sont en partie statistiquement explicables par la configuration des centres : les centres de 35 lits et plus ont une moyenne de séjour plus longue (7,7 jours) alors qu'elle est de 5,4 jours dans les centres de moins de 35 lits. Toujours selon ces auteurs, ces observations suscitent l'interrogation concernant les pratiques des centres, à savoir, pour ceux ayant plus de lits, la

possibilité de garder les patients plus longtemps pour s'assurer de hauts taux d'occupation et ainsi d'un financement adéquat. Outre ces variations organisationnelles, Jonkman et coll. (2005) observent de grandes variations entre les individus, associées à différents aspects : la substance problématique, la présence d'un autre épisode de désintoxication dans la dernière année, le fait d'être sans domicile fixe, d'être une femme, la présence de problèmes de santé mentale, le fait d'être âgé de 51 ans et plus et ne pas être de race blanche.

Selon Tremblay (2008), la pratique québécoise au sujet des durées moyennes de séjour en désintoxication présente une bonne variabilité. En ce qui concerne la désintoxication de type hospitalière, on note une durée moyenne de séjour de 5,2 jours au CHUQ et de 8,7 jours au CHUM/Saint-Luc (HSFA, 2006). Pour ce qui est des durées moyennes de séjour au sein d'un service de désintoxication de niveau III.7-D, Tremblay (2001) a observé, en Chaudière-Appalaches, une moyenne de 3,6 jours au cours de l'année 1999-2000, celle-ci ne se référant qu'à la phase de traitement de désintoxication. Dans sa recension de la littérature, Tremblay (2008) conclut que les durées moyennes de séjour en désintoxication de niveau III.7-D sont de 3,6 à 7,5 jours en fonction des substances psychoactives problématiques, que les pratiques varient considérablement d'un centre à l'autre et qu'il existe une grande rareté d'études sur des comparaisons de durées de traitement en désintoxication.

b) Intensité

La littérature scientifique, malgré le cumul d'études, ne permet pas de conclure que les traitements avec hébergement offrent de meilleurs résultats que le traitement ambulatoire. Cependant, diverses études, Kissin et coll.³⁶, Rychtarick et coll., (2001), observent que les usagers caractérisés par de l'instabilité sociale ou des problèmes plus sévères de consommation rapportent de meilleurs résultats s'ils bénéficient d'un traitement résidentiel. Selon le Center for Substance Abuse Treatment¹⁰, la meilleure désintoxication est celle qui est la moins contraignante pour l'utilisateur compte tenu de son état et qui permet d'atteindre de façon efficace les objectifs de la désintoxication, tout en étant la plus économique possible. Le choix du type de désintoxication (interne ou externe) doit d'abord être basé sur les besoins cliniques de la personne.

Pour Alling (1992), la désintoxication interne offre différents avantages : l'environnement dans lequel se trouve le patient est contrôlé, tout comme l'accès aux substances, la désintoxication se déroule dans des conditions sécuritaires car la surveillance de l'état de santé est plus intensive, et la désintoxication peut être complétée plus vite qu'en milieu externe, habituellement en six jours. Toujours d'après Alling, la désintoxication à l'externe a l'avantage d'être moins coûteuse, elle fait aussi en sorte que la vie de la personne est moins perturbée et que cette dernière ne vit pas une transition abrupte entre le lieu de désintoxication protégé et son milieu de vie naturel.

Rychtarick et coll. (2001) mentionnent que certains clients peuvent résister à une forme de traitement où il y a davantage de contrôle et qui est plus envahissant. Ils indiquent, comme d'autres auteurs (Finney et coll., 1996), que le traitement avec hébergement devrait être réservé aux clients qui présentent une dépendance accrue aux produits (risque de sevrage) et une instabilité psychosociale importante.

Bertrand et Ménard (2004), dans leur revue de littérature sur le sujet, indiquent qu'il semble se dessiner un consensus entre cliniciens et chercheurs selon lequel le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie qui convient à la vaste majorité de la clientèle constitue le traitement externe, modalité de traitement aussi efficace, moins envahissante et moins coûteuse que le traitement interne, tout en précisant qu'on s'entend pour dire que le traitement résidentiel et la désintoxication avec hébergement sont des services qui ont leur place et qui doivent être davantage analysés. De fait, le traitement en externe n'exclut pas la nécessité, pour certains clients, de bénéficier d'une désintoxication en milieu résidentiel qui s'inscrit dans une stratégie de traitement d'un individu dont l'état physique, psychologique ou social a besoin d'être stabilisé.

Selon l'ASAM (2001), deux grands critères se dégagent pour diriger quelqu'un vers des services de désintoxication avec hébergement :

- La sévérité de la dépendance et les risques pour la santé physique ;
- Une instabilité psychosociale marquée et/ou un environnement inadéquat pour la réadaptation.

Organisation et intégration de services

Un groupe d'experts cliniciens en toxicomanie réunis par SAMHSA (2006) ont statué que la désintoxication fait partie intégrante d'une stratégie globale de traitement et qu'elle ne doit pas être séparée des autres phases du processus. Ils ont également reconnu qu'offrir des services de désintoxication sans les faire suivre de traitement ou de réadaptation est une façon inappropriée d'utiliser les ressources déjà limitées. Ainsi, les services de désintoxication sont vus comme une porte d'entrée dans la poursuite d'un traitement (Teesson et coll., 2006). Les études nous indiquent que, sans une telle continuité de services, la grande majorité des personnes recommencent à consommer dans une période de trois mois après leur désintoxication.

Une recherche de Mark et coll.(2006), dans les États américains du Delaware, de l'Oklahoma et de Washington, rapporte que, dans l'année suivant leur désintoxication, 27 % des individus ont été réadmis. Une autre étude indique un taux de réadmission de 20 % un an après la désintoxication (Davison et coll., 2006). Selon Shanahan et coll. (2005), la présence de comorbidité psychiatrique augmente la probabilité de réadmission à des services de désintoxication. Pour Teesson et coll. (2006), il faut peut-être concevoir plus d'une admission en désintoxication comme un processus normal auprès d'une partie de la clientèle, et ce, dans un processus adéquat de changement.

Dans les faits, la poursuite d'un traitement de réadaptation ne concerne bien souvent qu'une faible partie de la clientèle recevant des services de désintoxication. Rush (1990) estime à 25 % les gens qui s'inscrivent à des services de réadaptation à la suite d'une désintoxication. D'autres études rapportent des proportions variables d'individus poursuivant leur cheminement à l'aide d'une autre modalité de traitement : Davison et coll. (2006) et Rodler et coll.(2006) l'estiment à 20 %, Span et coll.(2006) au 1/3 des individus, alors que la proportion va même jusqu'aux 3/4

des individus (Blondell et coll., 2006). McLellan et coll. (2005) mentionnent qu'environ 15 % des patients n'utiliseraient que des services de désintoxication au cours d'une année, et ce, plus d'une fois. Dans leur étude auprès de jeunes utilisateurs de drogues intraveineuses, Shin et coll. (2007) indiquent qu'auprès des UDI le fait d'être plus jeune est associé à une plus grande probabilité de s'inscrire uniquement à des services de désintoxication sans, par la suite, recourir à des services de réadaptation.

Pour faciliter cette poursuite, les meilleures pratiques privilégient d'accroître la motivation du client en le renseignant sur sa condition, en l'informant que les rechutes sont plus fréquentes dans les trois premiers mois et en évaluant les problèmes psychosociaux entourant la famille, l'emploi et les autres conditions qui pourraient avoir un impact possible sur l'issue du traitement. O'Farrell et coll. (2008) rapportent que l'implication d'un membre de l'entourage apparaît prometteuse comme stratégie pour améliorer l'adhésion du toxicomane à des services de réadaptation à la suite d'une désintoxication.

Finalement, les experts québécois indiquent l'importance d'établir des ponts entre l'étape de la désintoxication et celle du traitement des dépendances. L'objectif à long terme étant d'augmenter le nombre de clients qui réussissent leur désintoxication et qui s'orientent ensuite vers une poursuite dans des services de réadaptation.

McLellan et coll. (2005) suggèrent qu'un suivi particulier d'évaluation, d'orientation et d'accompagnement vers les ressources de réadaptation, auprès de patients n'utilisant que des services de désintoxication au cours d'une même année, réduise de manière importante (55 %) les admissions uniquement en désintoxication et augmente largement (70 %) leur utilisation des services de réadaptation. La Fondation de la recherche sur la toxicomanie (1994) suggère de planifier, dès l'amorce de la désintoxication, l'orientation du client en identifiant les options de traitement pertinentes et disponibles après sevrage qui favorisent le rétablissement du client et réduisent ses risques de rechute tout en renforçant les liens avec les ressources de la communauté. Ceci est particulièrement le cas pour les services de désintoxication en milieu hospitalier. En ce sens, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées de la France (2003) a élaboré

un guide de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie. On insiste sur l'importance d'introduire à l'hôpital une culture « addictologique » pour favoriser une prise en charge globale, multidisciplinaire et de qualité des personnes ayant un problème avec les substances psychoactives depuis l'admission jusqu'à la sortie de l'hôpital et de s'assurer des relais ultérieurs par un travail de partenariat intra et extrahospitalier. Cet objectif ne peut être atteint que par un véritable partenariat des professionnels concernés, car il relève du dispositif spécialisé, des établissements de santé, du secteur de la psychiatrie, de la médecine ambulatoire ou du secteur social.

Dans l'analyse des services avec hébergement à Domrémy Mauricie – Centre-du-Québec, Bertrand et Ménard (2004) mentionnent que, pour s'assurer d'engager le client dans un processus de réadaptation à plus long terme et donc d'inscrire la désintoxication avec hébergement dans une stratégie globale de traitement en CRD, il faut :

- corriger le clivage entre programmes de désintoxication et réadaptation en établissant un seul programme ;
- établir, en collaboration avec le client admis dans les services avec hébergement, un plan d'intervention à partir d'une évaluation systématique au niveau de la santé et du fonctionnement psychosocial ;
- favoriser la poursuite et la continuité de la démarche dans le cadre des services externes, en priorisant cette clientèle déjà investie et pour qui des ressources ont déjà été consenties ;
- proposer une durée de séjour standard de 21 jours qui permet d'établir une alliance thérapeutique avec le client, d'amorcer sa démarche de changement en plus de maximiser sa motivation à poursuivre celle-ci en externe ;
- désigner un seul intervenant psychosocial principal qui accompagnera le client tout au long de son stage afin de favoriser l'alliance thérapeutique et la continuité de la démarche.

Tremblay (2008) prétend que l'intégration des services de désintoxication et de réadaptation sous un même toit représente une des façons d'augmenter, chez l'utilisateur, la probabilité de

passage des services de désintoxication à ceux de réadaptation. Dans sa recension de la littérature sur la durée optimale d'un service interne de court terme, il mentionne que les études concluent qu'une durée de 15 jours ou plus est plus efficace qu'une durée moins longue et qu'une durée de 28 jours semble être encore plus performante qu'une de 10 ou de 60 jours.

Afin d'assurer une continuité de services, le Plan d'action interministériel (2006) souligne l'importance de l'action concertée entre les partenaires impliqués dans le continuum de services. La mise en réseau des services de désintoxication s'inscrit en cohérence avec les orientations relatives à la transformation du réseau de la santé et des services sociaux fondée sur les principes de la responsabilité populationnelle et de la hiérarchisation de services (MSSSQ, 2007). Cette transformation implique la mise en place de réseaux locaux de services ainsi qu'une organisation gravitant autour de projets cliniques et d'ententes de services.

Dans son offre de service du programme-services en dépendances en 2007, le ministère de la Santé et des Services sociaux précise les rôles des centres de santé et de services sociaux (CSSS), des centres hospitaliers (CH) et des centres de réadaptation en dépendance (CRD) dans le partage des responsabilités vis-à-vis des services de désintoxication à mettre en place dans toutes les régions du Québec d'ici 2012. Ainsi, en se basant sur les critères de l'ASAM (2001), le MSSS prévoit que les CSSS et les CH offriront des services de désintoxication externe sans soins intensifs (niveau I-D) et des services de désintoxication en milieu hospitalier (niveau IV-D). Alors que les services de désintoxication externe intensive (niveau II-D) et les services de désintoxication avec hébergement (niveau III-D) sont dévolus aux CRD. De plus, les CRD disposent, dans les orientations du MSSS, d'équipes de liaison assignées aux dépendances dans les urgences hospitalières afin d'évaluer et d'orienter les usagers vers les services appropriés. Cette dernière mesure concerne les services de désintoxication puisqu'une partie de la clientèle qui se présente à l'hôpital requiert ce type de service.

Au Québec, considérant un taux relativement élevé d'hospitalisations associées à un diagnostic d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives et les frais d'hospitalisation engagés, c'est dans la région de la Mauricie qu'a eu lieu une première expérience afin d'améliorer la continuité et la concertation dans l'organisation des services de désintoxication. En effet, en

vue d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins à la clientèle toxicomane se présentant dans les centres hospitaliers, tout en s'assurant d'un meilleur rapport efficacité/coûts, le Centre de réadaptation DomrémY Mauricie – Centre-du- Québec a élaboré, en collaboration avec le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, un réseau intégré de services en désintoxication (RISD).

Le RISD se traduit essentiellement par un arrimage étroit entre les deux établissements qui s'incarne par la présence quotidienne d'une infirmière- liaison de DomrémY MCQ au CHRTR où elle peut, sur une base volontaire, rencontrer les usagers dépistés par les services médicaux ou sociaux du centre hospitalier afin d'évaluer leurs besoins et les orienter vers les services appropriés.

D'après l'étude de Bertrand et Ménard (2005) du réseau intégré de services en désintoxication, le profil des usagers rencontrés au centre hospitalier se distingue de celui des usagers fréquentant les services de DomrémY par une gravité de problèmes significativement supérieure sur le plan médical, psychologique et de l'emploi. Les résultats de l'évaluation du réseau intégré de services en désintoxication montrent que, depuis sa mise en place, DomrémY enregistre cinq fois plus de référence en provenance du CHRTR, que, à la suite de cette rencontre de l'infirmière, 80 % des usagers formulent une demande d'aide auprès de DomrémY et que le tiers ont recours aux services avec hébergement alors que les autres (66%) s'inscrivent dans les services ambulatoires de DomrémY et peuvent, selon leurs besoins, bénéficier d'une désintoxication externe ou d'un suivi en réadaptation.

Dans sa recension de la recherche sur les durées de service, Tremblay (2008) n'a pas répertorié d'étude portant spécifiquement sur la durée de la désintoxication externe, mais, concernant la durée minimale d'un service externe, il rapporte que la littérature observe qu'une durée de trois mois semble un seuil minimal pour que les traitements aient un effet significatif.

L'étude du RISD a aussi voulu analyser le point de vue des coordonnateurs et cliniciens des deux établissements ainsi que celui des usagers. Les coordonnateurs et les cliniciens perçoivent :

- une utilisation plus efficiente des ressources en optimisant l'utilisation des places en hébergement à Domrémy et en diminuant le temps d'hospitalisation et la récurrence des hospitalisations pour les usagers présentant des problèmes de consommation ;
- un meilleur dépistage des problèmes de consommation chez la clientèle du CHRTR ainsi qu'un meilleur accès aux services de réadaptation en toxicomanie, un plus grand engagement de la clientèle dans leur processus de réadaptation et une meilleure réponse à leurs besoins ;
- la concrétisation d'un réel continuum de services intégré interétablissements, dans une perspective de hiérarchisation des soins ;
- le développement d'une confiance mutuelle entre le personnel des deux établissements et l'ouverture de Domrémy à accueillir une clientèle présentant des problématiques plus lourdes et plus complexes ;
- le développement d'un sentiment de compétence chez les intervenants de Domrémy et du CHRTR qui se sentent plus efficaces, plus crédibles, mieux outillés, mieux soutenus et moins isolés
- pour les coordonnateurs et les intervenants de Domrémy, un alourdissement de leur clientèle, qui se traduit essentiellement par une forte prévalence de problèmes psychologiques concomitants.

Pour les usagers :

- La rencontre avec l'infirmière-liaison se déroule à un moment clé favorisant, chez la personne, une prise de conscience des conséquences négatives reliées à sa consommation et une mobilisation de sa part pour entreprendre ou poursuivre une démarche de changement à l'égard de sa consommation ;
- La rencontre avec l'infirmière facilite l'accès rapide à une ressource en toxicomanie adaptée à leurs besoins.

En somme, la convergence des résultats de cette recherche permet de conclure que le RISD favorise une meilleure qualité, une meilleure continuité et une meilleure accessibilité des services en toxicomanie à la clientèle du CHRTR.

DÉSINTOXICATION EXTERNE: FACTEURS ET CRITÈRES À CONSIDÉRER

Toutes les études sur la désintoxication externe avec médication pour contrôler les symptômes de sevrage en arrivent à la même conclusion. La désintoxication à l'externe est sécuritaire et efficace avec des patients soigneusement sélectionnés. Un processus d'évaluation avec plusieurs étapes est impératif. Le patient doit être évalué par du personnel médical et le besoin de traitement interne de désintoxication doit être exclu avant de considérer la désintoxication externe et une évaluation biopsychosociale complète doit être entièrement effectuée (DeLuca, 2000).

En effet, tous les patients ne sont pas des candidats appropriés pour la désintoxication à l'externe. L'American Society of Addiction Medicine (ASAM) a développé des lignes directrices pour référer les patients vers des services de désintoxication externes qui conviennent à leur condition. Sommairement, ces lignes directrices sont les suivantes :

1. Aucun usage de drogue ou d'alcool – test d'urine sur demande
2. Visites fréquentes (habituellement quotidiennes)
3. Faible quantité de médication prescrite
4. L'observance est cruciale
5. Conduite automobile ou autre activité dangereuse
6. Environnement de vie sobre et sécuritaire
7. Le patient comprend les complications potentielles et peut utiliser un numéro de téléphone en cas d'urgence.

Ces critères sont évidents et sont tirés du gros bon sens. L'abus d'alcool ou de drogues pendant un régime de désintoxication externe est un motif valable pour mettre fin à un traitement. Le patient doit accepter de visiter fréquemment une clinique et il doit comprendre qu'une médication adéquate lui sera prescrite entre les visites pour rendre le traitement efficace. En désintoxication externe, il est crucial que le patient se conforme aux exigences. La combinaison de médicaments de désintoxication avec de l'alcool ou des drogues de rue pourrait s'avérer

dangereuse et il faut à tout prix éviter de modifier la « recette » de médication. Les pilules doivent être méticuleusement comptées à chaque visite et les doses doivent rigoureusement figurer au dossier du patient. Le patient doit avoir un endroit sécuritaire où demeurer au cours de sa période de désintoxication. Il ne faut pas qu'un patient puisse vendre ses médicaments de désintoxication à une autre personne toxicomane. Les patients qui souffrent de troubles cognitifs sévères doivent être en présence d'un adulte qui comprend les instructions et qui s'assure que le patient les respecte. Les patients souffrant de conditions médicales ou psychiatriques sévères ne sont pas des candidats pour la désintoxication à l'externe. Finalement, le patient doit accepter que si le traitement à l'externe ne peut pas être complété selon les lignes directrices, il devra accepter d'être référé vers des services de désintoxication internes (DeLuca, 2000).

Néanmoins, la désintoxication externe pour les clients souffrant de dépendances à l'alcool et aux drogues est de plus en plus utilisée. Ce genre de gestion de la désintoxication est appropriée pour les patients de stade 1 ou 2 de sevrage et qui ne souffrent d'aucune condition comorbide. Ces patients doivent avoir le soutien d'une personne motivée à surveiller leur progrès. Des doses adéquates de médicaments substitués sont importantes pour une désintoxication réussie. De surcroît, les problématiques de santé mentale, les troubles de la personnalité et toute condition médicale doivent être gérés et les préoccupations sociales et relatives à l'environnement du client doivent être abordées. En offrant des soins de soutien qui respectent le client, le médecin de famille peut faciliter les meilleures chances de guérison d'un patient (American Academy of Family Physicians, 1999).

CONCLUSION

Rappelons que l'objectif de la présente recension est de faire la nomenclature des services de désintoxication dans le réseau québécois et chez les Premières Nations ainsi que de faire état des meilleures pratiques en la matière. Néanmoins, la démarche de recension n'est qu'une étape d'un processus qui vise à étudier la faisabilité de la désintoxication à domicile dans les communautés des Premières Nations au Québec. Or, plusieurs facteurs devront être analysés de près dans ce cadre de cette étude de faisabilité, tels que les implications de l'évaluation de la comorbidité des patients par le personnel médical et infirmier des centres de santé, la formation du personnel infirmier dans les centres de santé pour évaluer le degré d'intensité d'un sevrage, la surcharge de travail que pourraient amener de nouvelles tâches pour le personnel médical et infirmier, les ressources humaines nécessaires à la supervision à domicile, la gestion des médicaments relatifs à la désintoxication, l'environnement psychosocial des patients à domicile, le suivi thérapeutique des patients désintoxiqués et référés en réhabilitation, le potentiel d'un continuum de soins qui intègre les valeurs culturelles de chaque nation, l'adaptabilité de programmes existants en respect de la langue des Premières Nations, les protocoles médicaux à suivre pour la désintoxication, le potentiel d'ententes avec le système de santé québécois, l'éloignement géographique de certaines communautés et sans doute plusieurs autres facteurs.

Par ailleurs, le besoin de services de désintoxication chez les Premières Nations n'est pas inconnu car il a déjà été soulevé par les répondants à une étude de GRIPMA (pour le compte de la CSSSPNQL) qui a permis d'évaluer le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) en 2009. Dans cette étude, les répondants ont été appelés à sélectionner deux types d'intervention qu'ils privilégieraient et que pourrait offrir le réseau des centres de traitement PNLAADA au Québec. À 46% les répondants ont privilégié qu'un centre PNLAADA devrait offrir des services de désintoxication et d'intervention en situation de crise. En deuxième lieu, 38% des répondants ont privilégié qu'un centre PNLAADA devrait offrir des services spécialisés pour les personnes toxicomanes ayant aussi des troubles de santé mentale.

De plus, selon la méthodologie de l'étude de la faisabilité de la désintoxication à domicile chez les Premières Nations au Québec, une cinquantaine d'intervenants gravitant dans le domaine de la toxicomanie dans les communautés des Premières Nations seront interviewés sur les besoins en termes de services en matière de désintoxication. Or, il est clair, à la lecture des données rapportées dans la présente recension, que la désintoxication est avant tout une démarche médicale qui nécessite l'implication de professionnels de la santé tels que des infirmiers/infirmières et des médecins. Par définition, la désintoxication est un processus biologique d'élimination d'un psychotrope donc les ressources humaines qui seront appelées à évaluer les patients seront des membres du personnel infirmier et du corps médical. Il est donc essentiel que la démarche soit inclusive de l'opinion de cette catégorie de ressources humaines pour étudier la faisabilité de services de désintoxication à domicile.

Finalement, cette recension démontre clairement que les services de désintoxication sont très peu disponibles dans les communautés des Premières Nations mais que le réseau québécois semble s'organiser en régionalisant les services de santé dans une perspective de continuum de soins, permettant aux patients d'être pris en charge du début à la fin d'une démarche vers un mode de vie sain. De surcroît, les meilleures pratiques sont claires et plusieurs documents permettent de relever les critères ou facteurs de réussite des services de désintoxication qui respectent le besoin individuel de chaque patient. Il n'en demeure pas moins que les réalités psychosociales et économiques des Premières Nations sont à certains égards très différentes de celles des citoyens québécois, de nombreuses recherches le démontrent précisément. En conséquence, l'étude de faisabilité des services de désintoxication à domicile dans les communautés des Premières Nations au Québec devrait permettre d'élaborer une trajectoire de services en regard de ces réalités.

RÉFÉRENCES

ALLING, F. A. (1992). « Detoxification and treatment and acute sequelae », dans Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B. (éd.). *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, Baltimore (MD), Williams and Wilkins, p. 402-415.

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. (1999). *Outpatient Detoxification of the Addicted or Alcoholic Patient*. 60:1175-83. <http://www.aafp.org/afp/990915ap/1175.html>

BERTRAND, K. et MÉNARD, J.-M. (2004). *Analyse des services avec hébergement à Domrémy MCQ*, 18 p.

BERTRAND, K., MÉNARD, J.-M. (2005). *Évaluation du réseau intégré de services en désintoxication*, projet pilote de collaboration entre le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières et Domrémy MCQ. Trois-Rivières, Québec, 54 p.

BLONDELL, R. D. et al. (2006). « Abstinence and initiation of treatment following inpatient detoxification », *The American Journal on Addictions*, 15, 462-467.

BOUDREAU, A. (1972). *Connaissance de la drogue*. Montréal : Éditions du Jour, 315 p.

CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES (2007). « Les principes de base de l'entrevue motivationnelle », Réseau canadien des professionnels en toxicomanie et de domaines connexes, www.rcptdc.ca.

CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT (2006). « Detoxification and Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) », Series 45, U.S. Department of Health and Human Services.

CENTRE QUÉBÉCOIS DE LUTTE AUX DÉPENDANCES. (2008). *Gestion de la désintoxication selon les niveaux d'intensité de traitement*. Traduit et adapté de *ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition-Revised (ASAM PPC-2R)*, avec la permission de l'American Society of Addiction Medicine. <http://cqld.ca/bulletins/Gestion%20desintoxication%20demo.pdf>

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE A LA TOXICOMANIE (2004). *La désintoxication : revue des meilleures pratiques*, document de travail, 25 p.

DAVISON, J. W. et al. (2006). « Outpatient treatment engagement and abstinence rates following inpatient opioid detoxification », *Journal of Addictive Diseases*, 25, 27-35.

DELUCA, A. (2000). *Outpatient Detox: Is this really a good idea?* Smithers Addiction News, March 2000, Vol 1, Num 1, Pages 1-2. <http://www.doctordeluca.com/Library/DetoxEngage/DtxGoodIdea-Print.htm>

DESROSIERS, P. (2008). « *Les services de désintoxication dans les centres de réadaptation en dépendances : Meilleures pratiques et offre de services de base dans un contexte de réseau intégré de services* ». Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT). <http://www.acrdq.qc.ca/upload/doc/doc203.pdf>

DUFRESNE, J. PÉPIN, J.M., ST-LOUIS, L. (2002). Info-Toxico Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec. (2002, avril). *La désintoxication: la nécessité d'interventions adaptées*. <http://www.domremymcq.ca/fichiers/Documents/info-toxico-2002-04.pdf>

DOMRÉMY MAURICIE/CENTRE-DU-QUEBEC. (2008). *La désintoxication*. <http://www.domremymcq.ca/Desintoxication>

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES. (2007). *Déploiement de l'offre de services de désintoxication au Québec : État de situation et besoins de développement*. 17 p.

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES (FQCRPAT). (2006). *Orientations stratégiques 2007-2010*. <http://www.fqcrpat.org/upload/doc/doc90.pdf>

FINNEY, J. W., HANH, A. C. et MOOS, R. H. (1996). « The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects », *Addiction*, 91(12), 1773-1796.

FONDATION DE LA RECHERCHE SUR LA TOXICOMANIE – ARF (1994). *Guide de planification des services de gestion du sevrage dans les petits centres urbains, les collectivités rurales et les régions éloignées de l'Ontario*, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Toronto, Canada.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. (2006). Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-804-01.pdf>

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2007). *Unis dans l'action : Programme-services Dépendances: Offre de service 2007-2012*, Québec, gouvernement du Québec, 56 p.

GRIPMA. (2009). *Rapport final de l'évaluation des besoins du PNLAADA pour les Premières Nations de la Région du Québec*.

HARO, G. et al. (2006). « Effectiveness of a Step-Stage Psychotherapeutic Approach Between Hospital Detoxification and Outpatient Treatment Of Drug Dependencies », *Addictive Disorders and their Treatment*, 5, 87-98.

HÔPITAL SAINT-FRANÇOIS D'ASSISE (HSFA, 2006). *Profil de clientèle 2005-2006. Désintoxication*, Québec.

JONKMAN, J. N. et al. (2005). « Practice variation and length of stay in alcohol and drug detoxification centers », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 11-18.

KASSER, C. et al. (1997). *Detoxification Principles and Protocols*, American Society of Addiction Medicine, traduit et adapté par le docteur Pierre Rouillard, 2e version, février 1999.

LOWINSON (1992) cité dans Joël Tremblay et al., *Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique*, Montréal, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, 70 p.

MARK, T. L. et al. (2006). « Factors affecting detoxification readmission: Analysis of public sector data from three states », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 439-445.

MCLELLAN, A. T. et al. (2005). « Improving Continuity of Care in a Public Addiction Treatment - System with Clinical Case Management », *The American Journal on Addictions*, 14, 426-440.

MEE-LEE, D., SHULMAN, G.D., FISHMAN, M., GASTFRIEND, D.R., GRIFFITH, J.H., EDS. (2001). *ASAM Patient Placement Criteria for the treatment of substance-related disorders, Second Edition-Revised (ASAM PPC-2R)*. ChevyChase, MD :American Society of Addiction Medicine.

MÉNARD, J.-M., PÉPIN, J. M. et ST-LOUIS, L. (2007). Adaptation du NID-ÉP, version 2.9, Centre de réadaptation Domrémey Mauricie – Centre-du-Québec.

MÉNARD, J.-M., PÉPIN, J. M. et ST-LOUIS, L. (2007). *Évaluation Santé*, adaptation du NID-ÉM 2.0, Centre de réadaptation Domrémey Mauricie – Centre-du-Québec.

MILLER, N. S. et KIPNIS, S. S. (2006)., vol. 45, Rockville, MD, U.S.A. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (2003). *Guide de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie*, France, 43 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. (2007). Offre-services Dépendances 2007-2012. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, d'efficacité et d'efficience. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-804-10.pdf>

O'DONAGHEY, PAMELA. (n.d.). *Healing at Home: A First Nations Guide to Home Detox*.

O'FARRELL, T. J. et al. (2008). « Brief family treatment intervention to promote aftercare among substance abusing patients in inpatient detoxification: Transferring a research intervention to clinical practice », *Addictive Behaviors*, 33, 464-471.

PROCHASKA, J. O. et al. (1994). *Changing for good*, New York, Morrow, 304 p.

RADIO CANADA. (2009, 7 avril). *Adapter les services de santé*. <http://www.radio-canada.ca/regions/abitibi/2009/04/07/001-autochtones-sante-services.shtml?ref=rss>

RAISTRICK, D. (2000). « Management of alcohol detoxification », *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 348-355.

RODLER, R. et al. (2006). « Qualifizierte stationäre Drogenentzugsbehandlung. Anzahl und Dauer notwendiger Entgiftungsbehandlungen bei DrogenpatientInnen vor Entwöhnungsbehandlungsantritt », *Inpatient Drug Detoxification. Number and Duration of Necessary Detoxification Treatments Before Start of Rehabilitation*, *Krankenhauspsychiatrie*, 17, 15-18.

ROUILLARD, P., TREMBLAY, J et BOIVIN, M. D. (1999). *NID-ÉM. Niveau de désintoxication : Évaluation pour les intervenants médicaux. Manuel d'utilisation pour les versions longue et abrégée*, Québec, CHUQ, 90 p.

RUSH, B. (1990). « A system approach to estimating the required capacity of alcohol treatment services », *British Journal of Addiction*, 85, 49-59.

SANTÉ CANADA (1999). *Meilleures pratiques. Alcoolisme et toxicomanie. Traitement et réadaptation*, Ottawa, Canada, 105 p.

SHANAHAN, C. W. et al. (2005). « Relationship of depressive symptoms and mental health functioning to repeat detoxification », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 117-123.

SHIN, S. H. et al. (2007). « Examining drug treatment entry patterns among young injection drugs users », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 217-225.

SIMPSON, D. D. (2003). « Methods & findings from DATOS: Evaluating outcomes and Process. The effectiveness of interventions for addictions », *NIH International Conference*, 1^{er} avril, Rome.

SPAN, R. et al. (2006). « Vermittlungsquoten in die stationäre Alkoholentwöhnungsbehandlung nach qualifiziertem Entzug./ Referral rates into inpatient alcohol rehabilitation treatment after comprehensive detoxification », *Sucht : Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 52, 327-333.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICE ADMINISTRATION (SAMHSA) (2006). « Quick guide for clinicians based on TIP 45 (Detoxification and Substance Abuse Treatment) », www.Treatment.org/Externals/tips.html

SULLIVAN, J. T. et al. (1989). « Assessment of Alcohol Withdrawal: The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar) », *British Journal of Addiction*, 84, 1353-1357.

SULLIVAN, J. T. et al. (1991). « Benzodiazepine requirements during alcohol withdrawal syndrome: Clinical implications of using a standardized withdrawal scale », *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 11, 291-295.

TEESSON, M. et al. (2006). « Outcomes after detoxification for heroin dependence: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS) », *Drug and Alcohol Review*, 25, 241-247.

TREMBLAY, J. [et al.] (2004). Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique. Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, Montréal, 70 p. <http://www.fqcrpat.org/upload/doc/doc37.pdf>

TREMBLAY, J. (2008). *Les durées de service : état de situation et recension de la littérature*, Québec.

TREMBLAY, J. (2001). Rapport interne concernant les durées moyennes de séjour en désintoxication.