



LES SERVICES DE
DÉSINTOXICATION
DANS LES CENTRES DE RÉADAPTATION
EN DÉPENDANCE

MEILLEURES PRATIQUES ET OFFRE DE SERVICES DE BASE
DANS UN CONTEXTE DE RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES



**Les services
de DÉSINTOXICATION
dans les centres
de réadaptation
en dépendance**

**Meilleures pratiques et offre de services de base
dans un contexte de réseau intégré de services**

LA RÉDACTION DE CE DOCUMENT
A ÉTÉ RÉALISÉE PAR :

Pierre Desrosiers

Conseiller aux affaires professionnelles
FQCRPAT



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'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique. Il s'agit du seul réseau provincial entièrement dédié à ces personnes.

Les centres de réadaptation en dépendance (CRD), présents dans toutes les régions du Québec, offrent leurs services sur une base externe ou en hébergement. Il s'agit de services d'accueil, d'évaluation, de désintoxication, de réadaptation, de réinsertion sociale et professionnelle, de traitements de substitution, de services médicaux et de services de soutien à l'entourage.

La Fédération offre des services de soutien à ses membres autant sur le plan clinique que sur le plan de la gestion et leur fournit une tribune de partage de leur expertise, de leurs connaissances, de leurs réalités. De plus, la Fédération représente ses membres auprès des instances gouvernementales et auprès d'un vaste réseau de partenaires avec qui ils sont en relation.

TABLE DES MATIÈRES

■ CONTRIBUTIONS	7
■ INTRODUCTION.	9
■ LA DÉSINTOXICATION.	11
DÉFINITION	11
OBJECTIFS	11
NIVEAUX DE SERVICE DE DÉSINTOXICATION	12
CLIENTÈLES : PROFIL ET PRIORISATION.	13
■ LES MEILLEURES PRATIQUES	15
MODÈLES ET APPROCHES CLINIQUES.	15
ÉVALUATION : CRITÈRES, OUTILS	16
TRAITEMENT : STANDARDS DE DURÉE, D'INTENSITÉ.	17
ORGANISATION ET INTÉGRATION DE SERVICES	19
■ L'ÉTAT DE SITUATION DES SERVICES DE DÉSINTOXICATION DANS LES CRD	23
ORGANISATION ET INTÉGRATION DE SERVICES	23
ÉVALUATION ET RÉADAPTATION	25
■ LES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ	27
RECOMMANDATIONS VISANT L'INTERVENTION CLINIQUE.	27
RECOMMANDATIONS VISANT LA FORMATION.	28
RECOMMANDATIONS VISANT L'ORGANISATION ET L'INTÉGRATION DES SERVICES.	29
RECOMMANDATIONS VISANT LA RECHERCHE	30
■ CONCLUSION	31

■ ANNEXES	33
ANNEXE 1 LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE EN GESTION DE LA DÉSINTOXICATION SELON LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES PROPRES À CHACUN DES NIVEAUX DE SERVICE	33
ANNEXE 2 ÉTAT DE SITUATION DU DÉPLOIEMENT DES SERVICES DE DÉSINTOXICATION DANS LES CRD À L'HIVER 2007	49
■ RÉFÉRENCES	55

CONTRIBUTIONS

La Fédération souhaite remercier pour leur contribution au présent document les membres du comité :

Jean Dufresne, président, coordonnateur, Domrémy Mauricie – Centre-du-Québec

Julie Bonneville, coordonnatrice, Centre Jellinek

Pierre Desrosiers, conseiller aux affaires professionnelles, FQCRPAT

Pierre Gélinau, médecin, Centre André-Boudreau

Benoît Godbout, infirmier chef d'équipe, Centre Dollard-Cormier

Michel Proulx, directeur des services professionnels et de réadaptation, Le Virage

Lise St-Louis, infirmière, Domrémy Mauricie – Centre-du-Québec

et pour leur collaboration :

Jean-Marc Pépin, médecin, Domrémy Mauricie – Centre-du-Québec

Joël Tremblay, chercheur, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve et Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches

Autres contributions :

Travaux de secrétariat : **Renée Auger**, FQCRPAT

Révision linguistique : **Jacinthe Rouisse**, FQCRPAT

Conception et mise en page : **Agence Médiapresse inc.**

À toutes ces personnes, un grand merci.

Dépôt légal

ISBN : 978-2-921628-08-2

Bibliothèque nationale du Canada

Bibliothèque nationale du Québec

Octobre 2008

INTRODUCTION

L'amélioration de l'accès à une gamme de services spécialisés de réadaptation en dépendance dans chacune des régions du Québec constitue l'un des quatre axes du Plan d'action interministériel 2006-2011 en toxicomanie¹. Afin d'améliorer l'accès aux services spécialisés, le plan demande qu'on assure l'offre de services de désintoxication, de réadaptation, de soutien et d'accompagnement dans le milieu de vie des personnes qui en ont besoin. Le plan prévoit également de nombreuses actions visant à encadrer la prestation de ces services : préparation de cadres de référence, élaboration de guides de bonnes pratiques et standards régissant l'accessibilité et la qualité des services, activités de formation à l'intention des intervenants aidant des clientèles aux besoins particuliers, etc.

L'Offre de service 2007-2012 pour le programme-services Dépendances du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)² confirme aux centres de réadaptation en dépendance (CRD) leurs responsabilités au regard de l'évaluation spécialisée, des services de désintoxication, des services de réadaptation, des services de réinsertion sociale et des services de soutien à l'entourage.

En mai 2007, sur la base des résultats de l'état de situation sur le déploiement de l'offre de service des CRD³ et sur recommandation du Comité directeur de la démarche de normalisation, les membres de la Table des directeurs généraux de la Fédération des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes ont choisi de prioriser les services de désintoxication à la fois sur le plan de la normalisation des services et sur le plan du déploiement dans chacune des régions du Québec. Aussi, le Comité directeur de la démarche de normalisation de l'offre de service a confié, à un comité d'experts, le mandat de définir un certain nombre de standards de qualité, de documenter les meilleures pratiques ainsi que de déterminer une offre de services de base de désintoxication en CRD, dans un contexte de réseau intégré de services.

Ainsi, la Fédération propose, dans ce document, une offre de services de base qui porte spécifiquement sur les services de désintoxication en CRD et précise la nature d'un réseau intégré de services en fonction des meilleures pratiques et des orientations du MSSS relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Cette offre de services de base dans un contexte de réseau intégré de services a été élaborée en cohérence avec l'Offre de service des CRD⁴ et l'Offre de service 2007-2012 pour le programme-services Dépendances du MSSS et elle s'inscrit dans le mouvement de modernisation du réseau caractérisé par la responsabilité populationnelle, la hiérarchisation des services, le partenariat et l'intégration des services.

Le document se divise en quatre parties.

La première partie s'attarde aux principaux éléments caractérisant la désintoxication. Ainsi sont présentés une définition, des objectifs, des niveaux de service et des clientèles nécessitant des services de désintoxication.

La deuxième partie du document porte sur les meilleures pratiques recensées dans la littérature en matière de modèles et d'approches cliniques, d'évaluation, de traitement, d'organisation et d'intégration de services.

La troisième partie fait un survol de l'état de situation sur le déploiement des services de désintoxication dans les CRD tant en ce qui concerne l'évaluation, le traitement que l'organisation et l'intégration des services.

Enfin, la dernière partie énonce une série de recommandations visant à la fois l'intervention clinique, la formation, l'organisation de services et la recherche propres aux services de désintoxication.

Pour la réalisation de ce document, le comité a bénéficié de la collaboration et de l'expertise du personnel des CRD des diverses régions du Québec. Les centres membres de la FQCRPAT ont d'ailleurs répondu à un questionnaire visant à établir un état de situation des services de désintoxication au sein de leur établissement. Les résultats détaillés de ce questionnaire sont présentés en annexe.

De plus, on trouvera, en sus de cet ouvrage, un répertoire d'outils, de contenus d'activités, d'ordonnances collectives et de protocoles, de modèles d'ententes de collaboration, etc., utilisés dans les CRD. Ce répertoire se veut évolutif et les centres sont invités à soumettre, à la Fédération, des mises à jour et de nouveaux documents.

Enfin, ce document ainsi que le répertoire sont disponibles sur le site Web de la Fédération – www.fqcrpat.org.

LA DÉSINTOXICATION

DÉFINITION

La désintoxication est par définition le processus métabolique par lequel des substances toxiques sont éliminées de l'organisme. Selon l'American Society of Addiction Medicine (ASAM)⁵, la désintoxication est le processus consistant à sevrer une personne d'une substance psychoactive spécifique d'une façon efficace et sécuritaire. La désintoxication implique un arrêt de la consommation pour permettre à une personne de retrouver son équilibre physique à la suite d'une intoxication aiguë ou chronique à l'alcool, aux médicaments ou aux drogues. Le degré de risque associé à cet arrêt est lié à l'état de santé physique et psychique d'un individu, à la nature de la substance consommée, au mode de consommation utilisé ainsi qu'à la condition sociale de cet individu. En fonction de ces variables, la désintoxication est donc vécue différemment d'une personne à l'autre.

Selon des experts québécois⁶, les substances psychoactives, pouvant provoquer un syndrome de sevrage majeur à risque pour la survie de la personne, se trouvent dans la classe des déprimeurs du système nerveux central, soit : l'alcool, les benzodiazépines, les barbituriques, le GHB et certains solvants à base de toluène. Les opioïdes font partie de la classe des analgésiques narcotiques, ils possèdent des effets déprimeurs sur le système nerveux central et en particulier sur la respiration, leur sevrage est très inconfortable mais non dangereux pour la survie. Les complications qui y sont associées se rapportent à l'état de dénutrition, à la condition générale détériorée et aux risques de l'utilisation du produit par voie intraveineuse. Pour les stimulants du système nerveux central (ex. : cocaïne, amphétamine), c'est plutôt l'état qui nécessite une surveillance qui se caractérise en intoxication aiguë et non en sevrage. Par contre, le sevrage peut amener une instabilité des humeurs qui pourrait nécessiter un encadrement.

Ces substances sont réputées donner lieu à des réactions de sevrage lorsqu'une personne qui est dépendante cesse d'en consommer. Pour Ben Amar et Léonard⁷, la dépendance aux substances

psychoactives ou pharmacodépendance consiste en un état d'adaptation résultant de l'usage périodique ou continu d'une ou de plusieurs substances qui créent des besoins physiologiques ou psychologiques. La gravité du sevrage anticipé est déterminée par l'importance de la consommation antérieure, les produits ingérés, le degré de neuroadaptation du système nerveux central, les facteurs environnementaux et l'état de santé global de la personne.

Le présent document ne décrira pas le syndrome de sevrage et le traitement pharmacologique selon chaque substance, pas plus qu'il ne traitera de la désintoxication des opiacés à l'aide de la méthadone ou d'autres médicaments.

OBJECTIFS

Selon Dufresne, Pépin et Saint-Louis⁸, le traitement des patients qui font l'expérience d'un sevrage aux substances psychoactives 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 de chacun.

Rouillard et Dumont⁹ proposent **trois buts à la désintoxication**, similaires à ceux définis dans les protocoles de CSAT (Center for Substance Abuse Treatment)¹⁰, filiale de la SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). **Le premier but** est de permettre un sevrage sécuritaire qui évite les complications, en traitant les conditions médico-psychiatriques associées et en contrôlant l'accès aux médicaments. **Le deuxième but** est de permettre un sevrage compatissant qui vise à limiter le malaise physique et psychique lié au syndrome de manque. Pour Dufresne et coll.⁸, un personnel attentionné et compétent, un environnement adéquat et soutenant, une sensibilité aux différences culturelles, à la confidentialité et à la sélection d'une médication appropriée représentent des éléments importants pour un sevrage qui minimise les douleurs et les inconforts. La sévérité des symptômes de sevrage varie selon les types de substances. Par exemple, le sevrage des opiacés est désagréable et produit un inconfort sévère au patient sans généralement mettre sa vie en danger, le sevrage de l'alcool et des autres drogues sédatives hypnotiques peut mener à des dysfonctions physiques dangereuses (convulsions, signes sévères d'hyperactivité du système nerveux, delirium) pour la vie du patient, même s'il est en santé, alors que le sevrage des stimulants a souvent un effet dépressif dont le principal danger, en début de désintoxication, est le risque de suicide. Enfin, **le troisième but** est de profiter de cette fenêtre d'opportunité pour préparer le client à la réadaptation. Ce dernier but implique que la désintoxication devrait être idéalement suivie par un traitement des dépendances.

Dans les faits, même si la désintoxication s'inscrit comme une première phase du traitement des dépendances ou de la réadaptation, il est important de faire une distinction entre ces deux concepts parce qu'il existe souvent une confusion entre désintoxication et réadaptation. La désintoxication

peut constituer une phase préliminaire à la réadaptation bien que, parfois, elle peut s'effectuer sans être suivie par un traitement des dépendances. Le terme *cure de désintoxication* ne semble pas pertinent dans la mesure où il entraîne une confusion entre la période courte de sevrage et le temps généralement plus long consacré à la période de réadaptation et de restauration de soi qui constitue aussi un temps de soins parfois intenses.

NIVEAUX DE SERVICE DE DÉSINTOXICATION

Les services de désintoxication doivent être offerts à certains usagers alcooliques ou toxicomanes en fonction de leurs besoins associés au sevrage. L'ASAM⁵ a établi une hiérarchisation des services de désintoxication en fonction de l'intensité des services requis consécutivement à l'évaluation des risques de complication de sevrage et des conditions médicales et psychologiques associées. Il existe cinq niveaux d'intensité (incluant les sous-niveaux) dans la gestion de la désintoxication. Ces niveaux sont présentés dans l'Offre de service des CRD.

a) Désintoxication externe sans soins intensifs (niveau I-D)

Il s'agit généralement de consultations médicales en externe qui accompagnent le processus de sevrage. Le sevrage est ici qualifié de léger.

b) Désintoxication externe avec soins intensifs (niveau II-D)

Le point marquant de ce niveau de service est la disponibilité d'infirmières pour effectuer le suivi quotidien des usagers. Le sevrage est ici qualifié de léger à modéré.

c) Désintoxication avec hébergement (niveau III-D)

On identifie habituellement deux sous-niveaux de service de désintoxication avec hébergement. Il y a un niveau plus léger, géré par du personnel détenant une formation psychosociale, et un niveau susceptible de soigner des gravités plus importantes de sevrage, donc géré par du personnel infirmier présent 24 heures/7 jours.

■ **Désintoxication avec hébergement sous supervision du personnel psychosocial (niveau III.2-D)**

Ce type de service résidentiel de désintoxication est caractérisé par l'accent mis sur le rôle des pairs et le soutien social. Il y a possibilité de consultation et de supervision clinique spécialisée pour les problèmes biomédicaux et émotionnels/comportementaux. Les protocoles utilisés pour déterminer la nature des interventions médicales requises (par ex. : la nécessité de soins infirmiers ou médicaux ou le transfert vers une ressource de type III.7-D ou un centre hospitalier) sont développés et soutenus par des professionnels compétents. Le sevrage est qualifié de léger ou modéré, mais un besoin d'hébergement peut être présent.

■ **Désintoxication avec hébergement sous supervision du personnel médical (niveau III.7-D)**

Ce type de services internes de désintoxication est un service offert par du personnel infirmier et médical, sans que soit disponibles toutes les ressources propres à un hôpital général (p. ex. les services de cardiologie, de pneumologie, de radiologie, de chirurgie, etc.). Entre autres caractéristiques, le personnel infirmier est présent 24 heures/7 jours, et un médecin est disponible, selon des ententes préétablies, pour évaluer les patients rapidement au besoin. Le sevrage peut être modéré ou sévère sans qu'il y ait de facteurs aggravants nécessitant l'ensemble des soins hospitaliers.

d) Désintoxication avec hébergement hospitalier sous responsabilité médicale (niveau IV-D)

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 sévère. Le sevrage est sévère et nécessite une intervention hospitalière.

CLIENTÈLES

a) Profil

Dans une récente recension des écrits sur les durées de services de désintoxication, Tremblay¹¹ constate un changement chez les populations utilisant les services de désintoxication. Au Massachussets, on note dans le temps, de 1984 à 1996, des variations importantes au sein du profil des utilisateurs des services de désintoxication de niveau III.7-D (McCarty et coll.)¹². Les données concernant près de un demi-million d'usagers répartis sur douze années indiquent que le nombre de femmes admises a largement augmenté (12 à 28%), que les gens issus de diverses communautés ethniques ont triplé (11 à 34%), que les utilisateurs d'alcool ont décliné de 25% (95 à 71%), alors que la consommation d'héroïne, dans le mois précédant l'admission, a augmenté (11 à 42%) de même que la consommation de crack et de cocaïne (25 à 44%). Tremblay¹¹ émet l'hypothèse que le profil des Québécois en besoin de traitement de désintoxication s'apparente à de semblables modifications.

Les patients en désintoxication résidentielle et médicale font probablement partie des cohortes les plus sévèrement atteintes parmi les toxicomanes en traitement. Selon Johnson et coll.¹³, 80% d'entre eux présentent un taux de symptomatologie psychiatrique élevé, dépassant le seuil de présence d'un diagnostic psychiatrique. Pour témoigner de l'intensité des besoins de cette population, Larson et coll.¹⁴ ont constaté qu'un cinquième des individus ayant commencé une désintoxication interne avaient, au cours des six mois précédant leur admission, consulté à l'urgence deux fois plus et que 14% avaient été admis pour une nuit à l'hôpital. De leur côté, Wines et coll.¹⁵ notent un historique de surdose (alcool, cocaïne ou héroïne) auprès du tiers des patients. Dans une autre étude, Rich et coll.¹⁶ ont identifié des proportions élevées (40 à 60%) de patients en désintoxication interne au Rhode Island et au Massachussets qui avaient utilisé l'injection au cours des six mois précédant leur admission.

b) Priorisation

Le Plan d'action interministériel en toxicomanie¹ ne détermine pas de clientèle prioritaire, mais il accorde une attention particulière à certains groupes de la population dont les besoins spécifiques doivent être pris en compte, que ce soit en matière de prévention, d'intervention précoce, de traitement ou de réinsertion sociale. Ainsi le Plan fait mention des jeunes, des femmes enceintes, des personnes âgées, des personnes des communautés autochtones et des personnes toxicomanes ayant des problèmes associés (délinquance, santé mentale, risques liés à l'utilisation de drogues par injection, itinérance).

Dans ses orientations stratégiques¹⁷, la Fédération cible trois clientèles prioritaires : femmes enceintes et mères de jeunes enfants, jeunes en difficulté et personnes ayant des problèmes de santé mentale. Dans son offre de service en dépendances, le ministère de la Santé et des Services sociaux² soutient que ces clientèles doivent être systématiquement considérées de manière prioritaire et orientées vers les CRD lorsqu'elles présentent un problème dont le niveau de gravité correspond à un diagnostic d'abus ou de dépendance.

Les CRD, en vertu de leur statut d'établissements publics de deuxième ligne, ciblent comme clientèles prioritaires les individus présentant les situations de consommation les plus détériorées, dont fait partie la clientèle nécessitant des services de désintoxication.

Pour Bertrand et Ménard¹⁸, les services avec hébergement devraient viser prioritairement les clientèles de type III selon les critères de l'ASAM. De plus, ils mentionnent que les clients qui répondent à ces critères et qui sont envoyés par le milieu hospitalier devraient être priorisés pour éviter le cercle vicieux des réadmissions hospitalières multiples, coûteuses et inefficaces, et permettre ainsi au client de briser ce cercle en s'engageant dans une démarche de changement.

Plus récemment (2008), le centre Domrémy Mauricie – Centre-du-Québec décidait de prioriser, pour son service avec hébergement, les usagers requérant un niveau de service III.7 selon les critères de l'ASAM.

LES MEILLEURES PRATIQUES

À partir d'une recension de la littérature, cette section du document 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 Treatment¹⁰, 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. CSAT¹⁰ 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 CPLT⁶, 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 Canada¹⁹, 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 collaborateurs²⁰ 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)²¹ 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.)²² ainsi que l'entretien motivationnel issu des travaux de Miller et Rollnick²³ font maintenant partie intégrante des approches d'intervention privilégiées dans les CRD.

Selon les meilleures pratiques décrites par Santé Canada¹⁹, 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 DATOS²⁴ 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.²⁵ 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'ASAM⁵ 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'usager, 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'angoisse et autres, ou au contraire l'absence de sentiments, affect plat.

La **4^e 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 **5^e dimension** décrit le niveau de risque de rechute de l'usager 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 **6^e 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)²⁶ représente le questionnaire de quantification de sevrage à l'alcool le plus largement utilisé dans les milieux d'intervention. Rouillard, Tremblay et Boivin²⁷ 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 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-Louis²⁸ 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 2.9²⁹.

TRAITEMENT

a) Durée

D'entrée de jeu, nous constatons la grande rareté d'articles scientifiques concernant les durées optimales des traitements de désintoxication. Pour Tremblay¹¹, 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 Raistrick³⁰, 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.)³¹, ce qui correspond aux protocoles cliniques anticipés (Raistrick)³⁰. Pour Miller et Kipnis³², 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 Kipnis³², 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.)³³ 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.³³ 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 Tremblay¹¹, 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)³⁴. Pour ce qui est des durées moyennes de séjour au sein d'un service de désintoxication de niveau III.7-D, Tremblay³⁵ 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, Tremblay¹¹ 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.³⁷, 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 Alling³⁸, 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.³⁷ 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.)³⁹, 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 Ménard¹⁸, 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'ASAM⁵, 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.

L'ASAM⁵ a produit des lignes directrices de pratique en gestion de la désintoxication selon les principales caractéristiques propres à chacun des niveaux de service. Elles ont été traduites et adaptées par le Centre québécois de lutte aux dépendances (CQLD), et on les trouve en annexe 1 du document.

ORGANISATION ET INTÉGRATION DE SERVICES

Un groupe d'experts cliniciens en toxicomanie réunis par SAMHSA⁴⁰ 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.)⁴¹. 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.⁴², 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.)⁴³. Selon Shanahan et coll.⁴⁴, la présence de comorbidité psychiatrique augmente la probabilité de réadmission à des services de désintoxication. Pour Teesson et coll.⁴¹, 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. Rush⁴⁵ 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.⁴³ et Rodler et coll.⁴⁶ l'estiment à 20 %, Span et coll.⁴⁷ au 1/3 des individus, alors que la proportion va même jusqu'aux 3/4 des individus (Blondell et coll.)⁴⁸. McLellan et coll.⁴⁹ 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.⁵⁰ indiquent qu'après 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 pratiques⁶ 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.⁵¹ 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 québécois⁶ 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.⁴⁹ 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 toxicomanie⁵² 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 a élaboré un guide de bonnes pratiques pour les

équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie⁵³. 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. Et que cet objectif ne peut être atteint que par un véritable partenariat des professionnels concernés, qu'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-Québec¹⁸, Bertrand et Ménard 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.

Tremblay⁴¹ 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 interministériel¹ 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 services². 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 dépendances², 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'ASAM⁵, 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 Ménard⁵⁴ 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, Tremblay¹¹ 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.

L'ÉTAT DE SITUATION DES SERVICES DE DÉSINTOXICATION DANS LES CRD

À l'automne 2006, la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes a jugé nécessaire de procéder à un état de situation sur le déploiement de l'offre de service des CRD. Un questionnaire a donc été distribué à la fin de l'année 2006 à tous les membres de la Fédération. Plus de 95 % des questionnaires ont été remplis, faisant en sorte que toutes les régions du Québec sont représentées.

La présente partie du document résume l'essentiel des résultats de l'état de situation des services de désintoxication dans les CRD du point de vue de l'organisation et de l'intégration des services ainsi que de l'évaluation et du traitement.

ORGANISATION ET INTÉGRATION DE SERVICES

À la lumière de l'état de situation réalisé par la Fédération, 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 CRD (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 a réalisé un exercice visant à estimer les besoins

de développement dans chacune des régions du Québec⁵⁵.

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. Une recherche de Tremblay⁵⁶, à partir de l'analyse de 5 000 dossiers d'usagers de 5 CRD, l'amène à considérer et à appeler le service de désintoxication avec hébergement (III.7-D) un service de désintoxication/stabilisation/motivation parce qu'il est composé de ces diverses fonctions. Cette appellation est justifiée par l'observation de la pratique et s'appuie sur l'état des connaissances qui indique qu'exclusivement une désintoxication médicale, comme c'est le cas actuellement dans plusieurs régions du Québec, sans prévoir un suivi de réadaptation avec l'utilisateur et un niveau de soins approprié, ne représente pas une bonne pratique et constitue une utilisation inadéquate des ressources.

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 Ménard¹⁸, 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.

Comme nous en faisons mention dans la section précédente, 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 complétant ce guide.

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 Ubaldo-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 Ubaldo-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.

ÉVALUATION ET RÉADAPTATION

L'évaluation et le suivi de santé réalisés par du personnel infirmier ainsi que le soutien psychosocial représentent la norme des composantes de la désintoxication en CRD (tableau 2 de l'annexe 2). Les médecins sont généralement engagés dans l'évaluation et le suivi médical, en période de désintoxication, auprès de clients nécessitant des niveaux d'intensité de services II-D et III.7-D. Des exemples d'ordonnances collectives et de protocoles utilisés dans les CRD se trouvent dans le répertoire accompagnant ce guide. Cependant, une mise en garde s'impose : ces ordonnances collectives doivent être données par un médecin ou un groupe de médecins à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées dans ce type d'ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles ; ces ordonnances collectives doivent être révisées et mises à jour sur demande et systématiquement aux trois ans.

Au tableau 3 de l'annexe 2, on constate que les centres qui offrent des services de désintoxication utilisent une grande variété d'instruments d'évaluation. Le Clinical Institute Withdrawal Assessment (CIWA-Ar) l'est dans 50% des cas, alors que les outils maison le sont dans 35% des cas, et quelques centres ont adopté le NID-ÉM et le NID-ÉP. Ces outils font d'ailleurs partie du répertoire qui complète ce document.

Toujours selon l'état de situation réalisé par la Fédération, la durée moyenne des services de désintoxication avec hébergement se situe à 6,7 jours. On constate des écarts importants dans la durée de service d'un CRD à l'autre (tableau 4 de l'annexe 2).

Enfin, le tableau 5 de l'annexe 2 nous renseigne sur les principales activités offertes pendant une période de désintoxication en CRD. On voit que la rencontre individuelle représente la norme et que souvent la clientèle est invitée à participer à des ateliers thématiques et à des rencontres de groupe. Encore là, le répertoire présente différents contenus d'activité : gestion de stress, information sur le sevrage, la dépendance, etc., offerts dans les CRD.

LES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ

À partir des recommandations de la littérature concernant les services de désintoxication, des pratiques prometteuses conduites dans les CRD et des conclusions de l'analyse des besoins de développement des services de désintoxication au Québec, les membres du comité formulent une série de recommandations pour soutenir le développement d'une offre de services de base de désintoxication dans les CRD dans un contexte de réseau intégré de services.

Ces recommandations s'adressent aux membres de la Fédération ainsi qu'à leurs partenaires et sont regroupées sous différentes rubriques : l'intervention clinique, la formation, l'organisation et l'intégration de services ainsi que la recherche.

RECOMMANDATIONS VISANT L'INTERVENTION CLINIQUE

Modèles et Approches

Considérant que sur le plan étiologique la toxicomanie est un phénomène multidimensionnel associé à de multiples conséquences ;

Considérant que l'ensemble des interventions cliniques des CRD se situent au sein d'un modèle qualifié de biopsychosocial ;

Considérant les conditions nécessaires à la réalisation des trois buts de la désintoxication ;

nous recommandons :

- que le modèle de référence des CRD pour les services de désintoxication soit médical et psychosocial comme il est énoncé dans l'Offre de service des CRD ;
- que les approches soient multiples allant de la pharmacothérapie aux approches psychosociales ;

- que l'approche motivationnelle fasse partie intégrante de la désintoxication pour favoriser, chez l'utilisateur, la continuité dans le processus de réadaptation ;
- que l'intervention s'adapte à l'unicité de chaque personne, donc que les traitements de désintoxication soient adaptés aux besoins de chaque usager.

Clientèles

Considérant l'importance d'adapter les services de désintoxication aux besoins de chaque personne ;

Considérant le taux élevé de troubles concomitants chez les usagers en désintoxication ;

Considérant le statut de 2^e ligne des CRD et la priorisation des clientèles telles que définies par le Ministère et la Fédération dans leurs offres de service ;

nous recommandons :

- que les CRD adoptent le modèle hiérarchique d'intensité de sevrage (léger, modéré et sévère) de l'ASAM afin de bien catégoriser les besoins de chaque personne ;
- que les CRD assurent les services de désintoxication pour les clientèles requérant les niveaux II-D et III-D de l'ASAM et privilégient particulièrement les femmes enceintes et les parents de jeunes enfants, les jeunes en difficulté et les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Évaluation

Considérant la nécessité d'établir un plan d'intervention à partir du niveau de santé et de fonctionnement psychosocial de l'individu ;

Considérant que pour évaluer le niveau de soins requis, l'évaluation des besoins et des caractéristiques des clients doit reposer sur des critères ;

Considérant que pour évaluer la sévérité du sevrage et pour guider objectivement l'appariement de la clientèle, les intervenants ont besoin d'outils d'évaluation ;

nous recommandons :

- que toute personne bénéficie d'un plan d'intervention à partir d'une évaluation systématique sur les plans de la santé et du fonctionnement psychosocial ;
- que les CRD mesurent les six dimensions propres à l'évaluation en désintoxication telles que définies par l'ASAM ;
- que toute personne en traitement de désintoxication fasse l'objet d'une évaluation à partir d'outils actuellement validés et reconnus dans la pratique de l'évaluation en désintoxication notamment le NID-ÉM, le NID-ÉP et le CIWA-Ar.

Traitement

Considérant que le choix du niveau de désintoxication et de sa durée doit d'abord reposer sur les besoins associés au sevrage de l'individu ;

Considérant que 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 ;

Considérant que l'ASAM a établi une hiérarchisation des services de désintoxication en fonction de l'intensité des services requis consécutivement à l'évaluation des risques de complication de sevrage et des conditions médicales et psychologiques associées ;

Considérant que la hiérarchisation définie par l'ASAM est celle retenue par le Ministère dans son offre de service en dépendances et qu'il répartit les responsabilités entre les CSSS, les CH et les CRD dans la gamme de services à offrir en désintoxication ;

Considérant que les durées moyennes de séjour en désintoxication de niveau III.7-D répertoriées dans la littérature sont de 3,6 à 7,5 jours en fonction des substances psychoactives problématiques ;

Considérant que l'individu, en période de désintoxication, requiert une intervention biopsychosociale ;

nous recommandons :

- que les CRD adoptent la hiérarchisation des niveaux de service de désintoxication telle que définie par l'ASAM et reprise dans l'Offre de service en dépendances du MSSS ;
- que les CRD, selon les principales caractéristiques propres à chacun des niveaux de service, souscrivent aux lignes directrices de pratique en gestion de la désintoxication (annexe 1) ;
- que la durée d'une désintoxication requise pour un individu repose d'abord sur ses besoins médicaux et psychosociaux et s'appuie sur des pratiques éprouvées ;
- que les CRD visent à optimiser les durées de séjour en désintoxication en fonction des six dimensions à évaluer définies par l'ASAM ;
- qu'outre les services médicaux les personnes puissent, au moment opportun, bénéficier d'activités psychosociales (rencontres individuelles, ateliers thématiques, etc.).

RECOMMANDATIONS VISANT LA FORMATION

Considérant que dans le cadre de la mise en place des réseaux locaux de services en dépendance, les CSSS ont la responsabilité de l'accès aux services de 1^{re} ligne et celle d'orienter les personnes

ayant un problème d'abus ou de dépendance vers les CRD et les centres hospitaliers lorsque l'état de la personne requiert des services spécialisés, comme des services de désintoxication ;

Considérant que, pour ce faire, les intervenants doivent détenir certaines compétences leur permettant d'évaluer l'état de santé général et l'intensité du sevrage, d'intervenir adéquatement auprès de cette clientèle ou encore d'établir des collaborations avec les CRD, les CSSS et les CH qui détiennent ces compétences ;

Considérant que les personnes qui ont des problèmes liés à la consommation de substances psychoactives (intoxication, troubles mentaux, etc.) se présentent dans les centres hospitaliers ou dans les CRD ;

Considérant les compétences nécessaires pour évaluer des personnes ayant des troubles mentaux concomitants à un problème de dépendance et intervenir auprès d'elles ;

nous recommandons :

- **que le personnel (médecins, infirmiers, intervenants psychosociaux) des CSSS et des CH puisse utiliser des outils validés et standardisés pour la détection des problèmes de toxicomanie et l'évaluation du sevrage ;**
- **que le personnel des CSSS et des CH bénéficie 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 CRD ;**
- **que le personnel (médecins, infirmiers, intervenants psychosociaux) des CRD puisse posséder des outils d'évaluation validés et standardisés à l'intention des personnes en désintoxication et bénéficier de programmes de formation et de guides des meilleures pratiques sur la désintoxication ;**
- **que les CRD, en association avec les partenaires de la santé mentale, assurent aux intervenants une formation et une supervision adaptées et continues concernant les troubles concomitants.**

RECOMMANDATIONS VISANT L'ORGANISATION ET L'INTÉGRATION DE SERVICES

Considérant que les services de désintoxication font partie intégrante d'une stratégie globale de traitement, qu'ils représentent une porte d'entrée dans la poursuite d'un processus de réadaptation et que cet investissement peut avoir un impact sur la rétention en traitement et l'amélioration de la qualité de vie ;

Considérant que, selon la littérature, la durée optimale du séjour en hébergement de court terme se situe entre 15 et 28 jours ;

Considérant que, selon la littérature, une durée de trois mois en service externe semble un seuil minimal pour que les traitements aient un effet significatif ;

Considérant l'importance d'établir des ponts entre l'étape de la désintoxication et celle de la réadaptation afin que les usagers persévèrent dans leur processus de réadaptation ;

Considérant la nécessité de déployer l'offre de services en désintoxication dans toutes les régions du Québec en fonction du rôle dévolu aux CRD dans l'Offre de service en dépendances du Ministère ;

Considérant que la mise en réseau des services de réadaptation en dépendance, incluant ceux 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 ;

Considérant l'engorgement des urgences et le taux relativement élevé d'hospitalisations associées à un diagnostic d'abus ou de dépendance aux substances psychoactives et les frais d'hospitalisation engagés ;

Considérant les résultats des expériences de réseaux intégrés de services dans trois régions du Québec;

nous recommandons :

- que la trajectoire de services de désintoxication telle que définie dans l'Offre de service en dépendances du MSSS puisse être déployée dans l'ensemble des régions du Québec;
- que dès l'amorce de la désintoxication l'organisation des services soit planifiée en fonction d'une poursuite dans un processus de réadaptation;
- que, à la suite d'une désintoxication, les CRD favorisent un suivi d'une durée minimale de trois mois;
- que, selon les caractéristiques des régions, celles-ci puissent mettre en place trois différents modèles d'organisation de services de désintoxication avec hébergement : unités de désintoxication, modèle intégré de services de désintoxication et de réadaptation et services de désintoxication par ententes de collaboration avec un centre hospitalier;
- que les CRD, pour faciliter l'accessibilité et la continuité dans un processus de réadaptation, privilégient, lorsque nécessaire, le modèle intégré de services de désintoxication et de réadaptation dans un service avec hébergement de court terme, de 15 à 28 jours;
- que, pour un meilleur repérage et une meilleure prise en charge des clientèles, des équipes de liaison hospitalière en provenance des CRD soient déployées dans l'ensemble des régions du Québec;
- que les CRD formalisent avec les partenaires du réseau (CSSS, CH et organismes communautaires en toxicomanie certifiés par le Ministère et offrant de l'hébergement) des ententes de collaboration prévoyant, entre autres, les responsabilités de chacune des organisations, les mécanismes d'orientation, de coordination, de suivi et d'évaluation.

RECOMMANDATIONS VISANT LA RECHERCHE

Considérant l'importance de s'inspirer des meilleures pratiques vis-à-vis des services de désintoxication;

Considérant l'importance d'utiliser des instruments validés et adaptés aux caractéristiques et aux besoins de la clientèle en désintoxication;

Considérant, à la suite d'une désintoxication, l'importance de la poursuite dans un processus de réadaptation;

Considérant l'importance d'évaluer l'impact, l'efficacité et l'efficience des équipes de liaison et de la mise en place des réseaux intégrés de services de désintoxication;

nous recommandons :

- que les groupes de recherche soient saisis de l'importance des besoins de recherche reliés à la désintoxication;
- que les CRD collaborent activement avec les groupes de recherche à l'enrichissement des connaissances et à l'évaluation des pratiques, des instruments pour améliorer la qualité des interventions auprès des usagers;
- que les CRD et les partenaires collaborent activement avec les groupes de recherche à des études d'impact de la mise en place d'équipes de liaison et de réseaux intégrés de services en désintoxication;
- que les groupes de recherche puissent disposer des ressources nécessaires à la conduite de ces études.

CONCLUSION

L'élaboration d'une offre de services de base portant spécifiquement sur les services de désintoxication dans un réseau intégré de services représente un positionnement prioritaire des CRD dans leur volonté de normalisation de l'offre de service de la Fédération tant sur le plan des meilleures pratiques et des standards de qualité que sur celui du déploiement de services de désintoxication dans l'ensemble des régions du Québec.

Les recommandations énoncées dans cette offre de services de base s'inscrivent dans une perspective d'amélioration continue de la qualité par le développement de meilleures pratiques tant aux niveaux de l'intervention clinique que de l'organisation et de l'intégration de services, et ce, de manière concertée et en collaboration avec les partenaires des réseaux public et communautaire. Les propositions avancées visent aussi à combler les écarts qui existent dans la prestation et l'organisation des services de désintoxication entre les différentes régions du Québec.

Sont aussi présentées, afin de soutenir et d'appuyer l'ensemble des intervenants du domaine de la santé et du domaine psychosocial qui offrent des services de désintoxication pour une clientèle en sérieuses difficultés, des recommandations touchant la formation et le soutien qui leur sont nécessaires dans leur effort pour constamment chercher à améliorer leurs pratiques.

Cette offre de services de base en désintoxication représente la préoccupation de l'amélioration continue de la qualité des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. La Fédération s'en réjouit et en est fière, tout comme du dynamisme de ses membres, et bien que l'offre de services de base en désintoxication dans un réseau intégré de services ne soit pas totalement disponible à ce jour, elle s'engage à accompagner ses membres dans la réalisation de cet objectif, et ce, pour la santé et le mieux-être des usagers.

ANNEXE 1

Lignes directrices de pratique en gestion de la désintoxication selon les principales caractéristiques propres à chacun des niveaux de service⁵⁷

NIVEAU I-D Désintoxication ambulatoire sans suivi intensif dans le lieu de désintoxication (Cabinet du médecin ou service de soin à domicile)	
MILIEU	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.
SYSTÈMES DE SOUTIEN	Caractéristiques d'un système de soutien du Niveau I-D : <ul style="list-style-type: none">(a) Disponibilité de consultations cliniques spécialisées et supervision des problèmes biomédicaux, émotionnels, comportementaux et cognitifs.(b) Capacité d'obtenir un historique médical complet et un examen physique lors de l'admission.(c) Accès à des consultations en psychologie et en psychiatrie.(d) Affiliation directe avec d'autres niveaux de soin, incluant d'autres niveaux de traitement spécialisé de la dépendance, ainsi que des services psychiatriques généraux et spécialisés pour les problèmes additionnels identifiés suite à une évaluation bio psychosociale complète.(e) Capacité d'effectuer des tests de laboratoire et de toxicologie appropriés et/ou de prendre des arrangements pour les obtenir.(f) Accès 24 heures sur 24 à des services médicaux d'urgence.(g) Capacité de fournir un service de transport ou d'en faciliter l'accès aux patients qui sont incapables de conduire pour des raisons médicales ou légales ou qui n'ont pas de moyen de transport.
PERSONNEL	Le personnel du niveau I-D est composé de médecins et d'infirmières, lesquels sont essentiels pour ce type de services. Cependant, il n'est pas nécessaire qu'ils soient continuellement présents durant tout le processus du traitement. (Là où les assistants-médecins et le personnel infirmier praticien sont accrédités pour poser certains actes médicaux, ils peuvent exécuter des tâches désignées à un médecin). Puisque le niveau I-D de la désintoxication s'effectue généralement en clinique externe, il est important que le personnel médical et infirmier soit toujours disponible pour évaluer et confirmer que la désintoxication dans le milieu le moins supervisé est relativement sécuritaire. (Ces services se distinguent des services du niveau III.2-D). Les services d'intervenants en toxicomanie, psychologues et travailleurs sociaux peuvent être disponibles au sein du programme de désintoxication ou être accessibles par l'intermédiaire d'entités affiliées procurant les services du niveau I. Tous les cliniciens qui évaluent et traitent les patients sont capables d'obtenir et d'interpréter l'information relative à ces personnes et sont bien informés au sujet des dimensions biopsychosociales des dépendances à l'alcool et aux autres drogues. Ceci implique de connaître les signes et symptômes d'intoxication et de sevrage de l'alcool et des autres drogues et de connaître les traitements appropriés et le suivi de ces conditions, ainsi que de savoir comment faciliter l'entrée du client dans le traitement de sa dépendance. Une consultation médicale est toujours disponible en cas d'urgence.

NIVEAU I-D (suite)

<p>THÉRAPIES</p>	<p>Les thérapies offertes au niveau I-D incluent l'évaluation individuelle, la désintoxication avec ou sans médication, la participation des membres de la famille ou de personnes significatives dans le processus de désintoxication, et la planification de la sortie du programme ou du transfert. Les thérapies peuvent aussi inclure la supervision d'un médecin ou d'un(e) infirmier(e), ainsi que l'évaluation et la gestion des symptômes d'intoxication et de sevrage.</p>
<p>ÉVALUATION/ DÉVELOPPEMENT DU PLAN DE TRAITEMENT</p>	<p>Au niveau I-D, les éléments de l'évaluation et du développement du plan de traitement incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Un historique de la dépendance obtenu lors de l'évaluation initiale et révisé par un médecin lors du processus d'admission. (b) Un examen physique par un médecin, un assistant-médecin ou un(e) infirmier(e) praticien(ne) exécuté lors de l'évaluation initiale et dans un délai raisonnable. (c) Évaluation biopsychosociale suffisante pour déterminer le niveau de soin dans lequel le patient doit être placé et pour que le plan de soin individualisé réponde aux priorités de traitement identifiées dans les dimensions 2 à 6. (d) Un plan de traitement individuel incluant l'identification des problèmes dans les dimensions 2 à 6, l'élaboration des buts du traitement et des objectifs de traitement quantifiables ainsi que des activités destinées à atteindre ces objectifs. (e) Une évaluation quotidienne des progrès durant la désintoxication et de tout changement dans le traitement (ou, moins fréquemment, si la sévérité du sevrage est suffisamment bénigne ou stable). (f) Planification de la sortie du programme ou du transfert, commençant à l'admission. (g) Arrangements pour référer le patient, si nécessaire.
<p>DOCUMENTATION</p>	<p>Les standards de documentation au niveau I-D incluent des notes sur les progrès du patient dans son dossier qui reflètent clairement l'exécution du plan de traitement et la réponse du patient au traitement ainsi que les modifications subséquentes au plan. Des tables de désintoxication et des diagrammes (lesquels peuvent inclure des tableaux de signes vitaux) sont utilisés au besoin.</p>
<p>CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'ADMISSION</p>	<p>Le patient, qui est convenablement placé dans un programme de désintoxication du niveau I-D, rencontre les critères diagnostiques pour les troubles liés à l'usage d'une substance du <i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux</i> actuels de l'Association psychiatrique américaine ou d'autres critères standardisés et largement acceptés, ainsi qu'aux critères dimensionnels d'admission. Chez les patients qui présentent un historique d'alcool ou d'autres drogues inadéquat pour justifier un tel diagnostic, l'information fournie par les collatéraux (comme les membres de la famille ou le tuteur légal) indique une forte probabilité d'un tel diagnostic, sujet à confirmation lors d'une évaluation future.</p>

**CRITÈRES
DIMENSIONNELS
D'ADMISSION**

Un patient qui est convenablement placé dans un programme de désintoxication du niveau I-D rencontre les spécifications établies en (a), (b) et (c) :

(a) Le patient présente au moins de légers signes et symptômes de sevrage, ou il est évident (basé sur l'historique des substances consommées, l'âge, le sexe, l'historique des sevrages antérieurs, les symptômes actuels, la condition physique, et/ou émotionnelle, comportementale ou cognitive) que le sevrage est imminent. Le patient est évalué comme présentant un risque minimal de syndrome de sevrage sévère et il peut être géré de façon sécuritaire à ce niveau.

Les exemples incluent, mais ne se limitent pas à :

- [1] *Alcool* : La présence de légers symptômes de sevrage, avec un résultat inférieur à 8 sur l'échelle CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment Alcohol, Revised), ou l'équivalent dans un système d'évaluation standardisé comparable.
- [2] *Sédatifs-hypnotiques* : N'importe quelle utilisation récente est limitée à des niveaux thérapeutiques et n'est pas compliquée par la consommation quotidienne d'alcool ou d'autres psychotropes reconnus pour produire un syndrome de sevrage significatif.
- [3] *Sédatifs-hypnotiques* : Il y a un historique fiable que le patient est en sevrage de doses thérapeutiques de sédatifs-hypnotiques, mais il n'y a pas d'évidence de dépendances à l'alcool ou à d'autres drogues. Les symptômes de sevrage ont été apaisés ou l'on prévoit qu'ils seront apaisés par des sédatifs-hypnotiques de substitution avec des doses thérapeutiques durant les 2 prochaines heures.
- [4] *Opiacés* : (pour le gestion du sevrage n'utilisant pas une méthode de désintoxication par substitution d'opioïdes) : Soit que la consommation d'opioïdes très puissants (comme une forme injectable ou fumable) n'a pas été quotidienne sur une période de 2 semaines précédant l'admission, ou soit que la consommation d'opioïdes est près du niveau thérapeutique recommandé.
- [5] *Opiacés* : (pour la gestion du sevrage utilisant un opioïde de substitution comme méthode de désintoxication, telle la méthadone ou un autre opioïde approprié) : Soit le patient est en train de se désintoxiquer graduellement des opioïdes de soutien, soit le patient est en traitement pour des syndromes légers de sevrage aux opioïdes.
- [6] *Stimulants* : Le patient est en sevrage de stimulant et il démontre des signes de léthargie, d'agitation, de paranoïa, de symptômes psychotiques légers ou de dépression, mais il a un bon contrôle de ses impulsions.

(b) Le patient a des symptômes de sevrage, mais présente un risque minimal de syndrome sévère de sevrage et il est évalué comme étant susceptible de compléter sa désintoxication et comme pouvant être à même de suivre un programme de traitement des dépendances ou de rétablissement par des groupes d'entraide (Self-Help Recovery), tel que défini aux points [1] ou [2] ou [3] :

- [1] Le patient a une compréhension adéquate de la désintoxication ambulatoire et manifeste son engagement à entrer dans un tel programme ; ou
- [2] Le patient a des services de soutien adéquats pour assurer son engagement à compléter sa désintoxication et continuer son traitement ou son rétablissement ; ou
- [3] Le patient est disposé à accepter une recommandation de traitement (par exemple, pour commencer à prendre du disulfiram, du naltrexone ou un autre médicament une fois que le sevrage a été géré ou pour participer à des rencontres en clinique externe ou avec des groupes d'entraide).

(c) Pour les patients dont les symptômes de sevrage ne sont pas plus sévères que ceux notés à la section (a), le patient a répondu et répond positivement à un soutien et un réconfort émotionnel comme défini ci-après :

- [1] Des symptômes émotionnels qui ont diminué à la fin de la session initiale de traitement ; et
- [2] La capacité du patient ou des personnes qui le soutiennent à comprendre clairement les instructions de soin, et la présence, à la fois de capacités et de ressources pour suivre les instructions.

NIVEAU I-D (suite)

<p>DURÉE DES SERVICES/ CONTINUATION DES SERVICES ET CRITÈRES POUR LA SORTIE DU PROGRAMME</p>	<p>Le patient continue dans un programme de désintoxication de niveau I-D jusqu'à ce que les signes et symptômes de sevrage soient suffisamment résorbés pour qu'il puisse se rétablir par lui-même ou qu'il puisse participer à un traitement des dépendances sans avoir besoin de supervision médicale ou infirmière additionnelle pour la désintoxication ; ou Alternativement, les signes et symptômes de sevrage ne se sont pas améliorés lors du traitement et se sont intensifiés (comme démontré par des résultats plus élevés sur l'échelle CIWA-Ar ou sur une autre échelle standardisée comparable), de telle sorte que le transfert vers un niveau de désintoxication plus intense est recommandé ; ou Le patient est incapable de compléter sa désintoxication au niveau I-D, malgré un essai satisfaisant. Par exemple, il éprouve un sentiment de manque intense et démontre des compétences insuffisantes pour prévenir la continuation de sa consommation d'alcool ou d'autres drogues concurrente à la médication de désintoxication, indiquant un besoin pour des services plus intensifs (comme l'addition d'un milieu de vie procurant du soutien).</p>
---	--

NIVEAU II-D Désintoxication ambulatoire avec suivi intensif dans le lieu de désintoxication (Centre de jour à l'hôpital)

<p>MILIEU</p>	<p>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).</p> <p>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.</p>
<p>SYSTÈMES DE SOUTIEN</p>	<p>Caractéristiques d'un système de soutien du Niveau II-D :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Disponibilité de consultations cliniques spécialisées et supervision des problèmes biomédicaux, émotionnels, comportementaux et cognitifs. (b) Capacité d'obtenir un historique médical complet et un examen physique lors de l'admission. (c) Accès à des consultations en psychologie et en psychiatrie. (d) Affiliation directe avec les autres niveaux de soin, incluant les autres niveaux de traitement spécialisé de la dépendance aussi bien que les services généraux et spécialisés pour les problèmes additionnels identifiés suite à une évaluation biopsychosociale complète. (e) Capacité d'effectuer des tests de laboratoire et de toxicologie appropriés et/ou de prendre des arrangements pour les obtenir. (f) Accès 24 heures sur 24 à des services médicaux d'urgence. (g) Capacité de fournir un service de transports ou d'en faciliter l'accès aux clients qui sont incapables de conduire pour des raisons médicales ou légales ou qui n'ont pas d'autre moyen de transport. (h) Une série d'évaluations nursing utilisant des mesures appropriées de sevrage.

<p>PERSONNEL</p>	<p>Le personnel du niveau II-D est composé de médecins et d'infirmières, lesquels sont essentiels pour ce type de services. Cependant, il n'est pas nécessaire qu'ils soient continuellement présents. (Là où les assistants-médecins et le personnel infirmier praticien sont accrédités pour poser certains actes médicaux, ils peuvent exécuter les tâches désignées à un médecin). Parce que le niveau II-D de la désintoxication s'effectue généralement en clinique externe, il est important que le personnel médical et infirmier soit aisément disponible pour évaluer et confirmer que la désintoxication en milieu moins supervisé est relativement sûre.</p> <p>Les services des consultants, psychologues et travailleurs sociaux peuvent être disponibles au sein du programme de désintoxication ou être accessibles par l'intermédiaire d'entités affiliées procurant les services du niveau II. Tous les cliniciens qui évaluent et traitent les clients sont capables d'obtenir et d'interpréter l'information relative à ces personnes et sont bien informés au sujet des dimensions biopsychosociales des dépendances de à l'alcool et aux autres drogues. Ceci implique de connaître les signes et symptômes d'intoxication et de sevrage de l'alcool et des autres drogues et de connaître les traitements appropriés et le suivi de ces conditions, ainsi que de savoir comment faciliter l'entrée du client dans le traitement de sa dépendance. Une consultation médicale est aisément disponible dans une urgence.</p>
<p>THÉRAPIES</p>	<p>Les thérapies offertes au niveau II-D incluent l'évaluation individuelle, la désintoxication avec ou sans médication, la participation des membres de la famille ou de personnes significatives dans le processus de désintoxication et la planification du congé ou du transfert. Les thérapies peuvent aussi inclure la surveillance continue par un médecin ou un(e) infirmier(e), ainsi que l'évaluation et la gestion des symptômes d'intoxication et de sevrage.</p>
<p>ÉVALUATION/ DÉVELOPPEMENT DU PLAN DE TRAITEMENT</p>	<p>Au niveau II-D, les éléments de l'évaluation et du développement du plan de traitement incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Un historique de la dépendance obtenu lors de l'évaluation initiale et révisé par un médecin lors du processus d'admission. (b) Un examen physique par un médecin, un assistant-médecin ou un(e) infirmier(e) praticien(ne) exécuté lors de l'évaluation initiale et dans un délai raisonnable et faisant partie du cadre de l'évaluation initiale. (c) Évaluation biopsychosociale suffisante pour déterminer le niveau de soin dans lequel le patient doit être placé et pour que le plan de soin individualisé aborde les priorités de traitement identifiées dans les dimensions 2 à 6. (d) Un plan de traitement individuel incluant l'identification des problèmes dans les dimensions 2 à 6, l'élaboration des buts du traitement et des objectifs de traitement quantifiables ainsi que des activités destinées à atteindre ces objectifs. (e) Une évaluation quotidienne des progrès durant la désintoxication et de tout changement dans le traitement. (f) Planification de la sortie du programme ou du transfert, commençant à l'admission. (g) Arrangements pour référer le patient si nécessaire. (h) Une série d'évaluations nursing utilisant des mesures appropriées de sevrage.
<p>DOCUMENTATION</p>	<p>Les standards de documentation au niveau II-D incluent des notes sur les progrès du patient dans son dossier qui reflètent clairement l'exécution du plan de traitement et la réponse du patient au traitement ainsi que les modifications subséquentes au plan. Des tables de désintoxication et des diagrammes (lesquels peuvent inclure des tableaux de signes vitaux) sont utilisés au besoin.</p>

<p>CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'ADMISSION</p>	<p>Le patient qui est convenablement placé dans un programme de désintoxication du niveau II-D rencontre les critères diagnostiques pour les troubles liés à l'usage d'une substance du <i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux</i> actuels de l'Association psychiatrique américaine ou d'autres critères standardisés et largement acceptés, ainsi qu'aux critères dimensionnels d'admission. Chez les patients qui présentent un historique d'alcool ou d'autres drogues inadéquat pour justifier un tel diagnostic, l'information fournie par les collatéraux (comme les membres de la famille ou le tuteur légal) indique une forte probabilité d'un tel diagnostic, sujet à confirmation lors d'une évaluation future.</p>
<p>CRITÈRES DIMENSIONNELS D'ADMISSION</p>	<p>Le client qui est pertinemment placé dans un programme de désintoxication du niveau II-D rencontre les spécifications établies en (a) et (b) :</p> <p>(a) Le patient présente au moins de légers signes et symptômes de sevrage, ou il est évident (basé sur l'historique des substances consommées, l'âge, le sexe, l'historique des sevrages antérieurs, les symptômes actuels, la condition physique, et/ou émotionnelle, comportementale ou cognitive) que le sevrage est imminent. Le client est évalué comme présentant un risque modéré de syndrome de sevrage sévère en dehors des lieux du programme, il ne présente pas de complications physiques ou psychiatriques sévères, et il peut répondre de façon sécuritaire à plusieurs heures de supervision, de médication et de traitement.</p> <p>Les exemples incluent, mais ne se limitent pas à :</p> <p>[1] <i>Alcool</i> : La présence de légers symptômes de sevrage, avec un résultat inférieur à 8 sur l'échelle CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol, Revised), ou l'équivalent dans un système d'évaluation standardisé comparable.</p> <p>[2] <i>Sédatifs-hypnotiques</i> : Il y a un historique fiable que le client est en sevrage de sédatifs-hypnotiques, mais il n'y a pas d'évidence de dépendance à d'autres drogues, les symptômes de sevrage ont été apaisés ou l'on prévoit qu'ils seront apaisés par des sédatifs-hypnotiques de substitution avec des doses thérapeutiques durant les heures d'observation du programme.</p> <p>[3] <i>Sédatifs-hypnotiques</i> : Le client a ingéré des sédatifs-hypnotiques au delà d'un niveau thérapeutique et ce quotidiennement, sur une période d'au moins 4 semaines, mais le risque de convulsion, d'hallucinations, de dissociation ou de désordres affectifs sévères durant les périodes où il est à l'extérieur du programme et n'est pas observé est évalué comme minimal. Une supervision rapprochée aux heures est disponible si nécessaire. Il n'y a pas de désordres chroniques mental ou physique qui constitueraient un danger pour le client durant le sevrage.</p> <p>[4] <i>Sédatifs-hypnotiques</i> : Le client a ingéré des sédatifs-hypnotiques mais pas plus qu'à un niveau thérapeutique, quotidiennement, sur une période d'au moins 6 mois, combiné à une consommation quotidienne d'alcool ou une consommation régulière d'un autre psychotrope reconnu pour avoir des syndromes de sevrage particuliers et dangereux. Néanmoins, le risque de convulsions, d'hallucinations, de dissociation ou de syndromes affectifs sévères en dehors du programme est minimal.</p> <p>[5] <i>Opiacés</i> : (pour la gestion du sevrage utilisant un opioïde de substitution comme méthode de désintoxication, telle la méthadone ou un autre opioïde approprié) : Soit le patient est en train de se désintoxiquer graduellement des opioïdes de soutien, soit le patient est en traitement pour des syndromes légers de sevrage aux opioïdes.</p> <p>[6] <i>Opiacés</i> : (pour la gestion du sevrage utilisant un opiacé de substitution comme méthode de désintoxication, comme la méthadone ou un autre opiacé approprié) : Les signes et symptômes de sevrage sont d'une telle sévérité ou instabilité qu'un contrôle prolongé est exigé pour déterminer le dosage approprié.</p> <p>[7] <i>Stimulants</i> : Le client est en sevrage de stimulants et il fait l'expérience de léthargie, d'agitation, de paranoïa, de symptômes psychotiques significatifs et requiert une supervision intensive en ambulatoire pour déterminer le contrôle de ses impulsions et pour savoir s'il est prêt pour les services ambulatoires du niveau I-D ou s'il a besoin des services du niveau III.2-D.</p>

NIVEAU II-D (suite)

<p>CRITÈRES DIMENSIONNELS D'ADMISSION (suite)</p>	<p>(b) Le client est évalué comme pouvant compléter sa désintoxication et comme pouvant être à même de suivre un programme de traitement des dépendances ou de se rétablir par lui-même, tel que défini aux points [1] et soit [2] ou [3] ou [4] :</p> <p>[1] Le client ou les personnes qui le supportent comprennent clairement les instructions de soins et sont capables de suivre ces instructions, et</p> <p>[2] Le client a une compréhension adéquate de la désintoxication ambulatoire et manifeste son engagement à entrer dans un tel programme ; ou</p> <p>[3] Le client a les services de soutien adéquats pour assurer son engagement à compléter la désintoxication et entrer dans un traitement des dépendances ou de se rétablir ou</p> <p>[4] Le client accepte de toute évidence la recommandation de traitement une fois que le sevrage a été géré (par exemple : pour entreprendre des sessions en clinique externe ou avec des groupes d'entraide).</p>
<p>DURÉE DES SERVICES/ CONTINUATION DES SERVICES ET CRITÈRES POUR LA SORTIE DU PROGRAMME</p>	<p>Le client continue dans un niveau II-D jusqu'à ce que les signes et symptômes de sevrage soient suffisamment résorbés pour qu'ils puissent être gérés d'une manière sécuritaire à un niveau de soin moins intensif, ou Alternativement, les signes et symptômes de sevrage n'ont pas répondu au traitement et se sont intensifiés (comme confirmé par des taux plus élevés sur l'échelle CIWA-Ar ou sur un autre système de pointage standardisé comparable), de telle sorte que le transfert vers un niveau plus intense est indiqué ; ou Le client est incapable de compléter sa désintoxication au niveau II-D, en dépit d'un essai adéquat. Par exemple, il éprouve un manque intense et ses habilités sont insuffisantes pour prévenir une consommation continue d'alcool ou d'autres drogues, indiquant un besoin pour des services plus intensifs.</p>

NIVEAU III.2-D Désintoxication avec hébergement cliniquement gérée (Programme de désintoxication sociale)

<p>MILIEU</p>	<p>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.</p>
<p>SYSTÈMES DE SOUTIEN</p>	<p>Caractéristiques d'un système de soutien du Niveau III.2-D :</p> <p>(a) Disponibilité de consultations cliniques spécialisées et supervision des problèmes biomédicaux, émotionnels, comportementaux et cognitifs.</p> <p>(b) Les protocoles utilisés pour déterminer la nature des interventions médicales requises (incluant les soins médicaux et infirmiers et/ou le transfert vers une unité de surveillance continue ou un hôpital de soins aigus) sont développés et supportés par un médecin connaissant bien le traitement de la dépendance.</p> <p>(c) Affiliation directe avec les autres niveaux de soin.</p> <p>(d) Capacité de prendre les arrangements pour obtenir des tests de laboratoire et de toxicologie appropriés.</p>

<p>PERSONNEL</p>	<p>Le personnel du niveau III.2-D est composé de personnes dûment accréditées, compétentes et entraînées pour implanter les protocoles approuvés par le médecin concernant l'observation et la supervision du client, la détermination du niveau approprié de soins ainsi que faciliter la transition du client vers un traitement de sa dépendance.</p> <p>La désintoxication sociale du niveau III.2-D est un service de désintoxication administré en clinique, explicitement désigné pour les clients en désintoxication qui n'ont pas besoin d'avoir accès à du personnel médical et infirmier déjà sur place.</p> <p>L'évaluation médicale et la consultation sont accessibles 24 heures par jour, en accord avec les lignes directrices de pratique qui concernent le traitement et le transfert.</p> <p>Tous les cliniciens qui évaluent et traitent les clients sont capables d'obtenir et d'interpréter l'information relative à ces personnes et sont bien informés au sujet des dimensions biopsychosociales des dépendances de à l'alcool et aux autres drogues. Ceci implique de connaître les signes et symptômes d'intoxication et de sevrage de l'alcool et des autres drogues et de connaître les traitements appropriés et le suivi de ces conditions, ainsi que de savoir comment faciliter l'entrée du client dans le traitement de sa dépendance.</p> <p>Les établissements où l'on supervise l'auto-administration des médicaments ont du personnel dûment autorisé et expérimenté et des politiques et procédures en accord avec les lois.</p> <p>Le personnel s'assure que les clients prennent leurs médicaments selon l'ordonnance du médecin et ce, en accord avec les lois.</p>
<p>THÉRAPIES</p>	<p>Les thérapies offertes au niveau III.2-D incluent des services cliniques quotidiens pour évaluer et répondre aux besoins de chaque client. De tels services cliniques peuvent inclure des services médicaux appropriés, des thérapies de groupes ou individuelles et un support au sevrage.</p> <p>Les thérapies suivantes sont dispensées lorsque cliniquement nécessaires, dépendamment des progrès du client au cours de la désintoxication et de l'évaluation de ses besoins dans les dimensions 2 à 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Une gamme de thérapies cognitive, médicale, de santé mentale et autres sont dispensées sur une base individuelle ou de groupe. Celles-ci sont conçues pour que le client comprenne sa dépendance, passe à travers le processus de désintoxication et pour le référer par la suite au niveau approprié de traitement des dépendances. (b) Évaluation et traitement multidisciplinaires individualisés. (c) Services d'éducation en santé. (d) Services à la famille ou aux autres personnes significatives.
<p>ÉVALUATION/PLAN DE TRAITEMENT</p>	<p>Au niveau III.2-D, les éléments de l'évaluation et du plan de traitement incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Un historique de la dépendance, obtenu en tant qu'élément de l'évaluation initiale et validé par le médecin lors du processus d'admission si le protocole développé par le médecin l'indique. (b) Un examen physique par un médecin, un assistant-médecin ou un(e) infirmier(e) praticien(ne), dans un délai raisonnable et faisant partie du cadre de l'évaluation initiale si on prévoit l'auto-médication de désintoxication. (c) Évaluation biopsychosociale suffisante pour déterminer le niveau de soin dans lequel le client doit être placé et pour que le plan de soin individualisé aborde les priorités de traitement identifiées dans les dimensions 2 à 6. (d) Un plan de traitement individuel incluant l'identification des problèmes dans les dimensions 2 à 6, l'élaboration des buts du traitement et des objectifs quantifiables de traitement et des activités destinées à rencontrer ces objectifs. (e) Une évaluation quotidienne des progrès durant la désintoxication et de tout changement dans le traitement. (f) Planification de la sortie ou du transfert, commençant à l'admission. (g) Arrangements pour référer le client si nécessaire.

NIVEAU III.2-D (suite)

<p>DOCUMENTATION</p>	<p>Les standards de documentation au niveau III.2-D incluent des notes sur les progrès dans le dossier du client lesquelles reflètent clairement l'exécution du plan de traitement ainsi que la réponse du client au traitement aussi bien que les modifications subséquentes au plan.</p> <p>Des tables de désintoxication et des diagrammes (lesquels peuvent inclure des tableaux de signes vitaux) sont utilisés au besoin.</p>
<p>CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'ADMISSION</p>	<p>Le client qui est convenablement placé dans un programme de désintoxication du niveau III.2-D rencontre les critères diagnostiques pour les troubles liés à l'usage d'une substance de l'actuel <i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux</i> de l'Association psychiatrique américaine ou d'autres critères standardisés et couramment acceptés, aussi bien qu'aux critères dimensionnels d'admission.</p>
<p>CRITÈRES DIMENSIONNELS D'ADMISSION</p>	<p>Le client qui est pertinemment placé dans un programme de désintoxication du niveau III.2-D rencontre les spécifications établies en (a) et (b) :</p> <p>(a) Le client présente des signes et des symptômes de sevrage, ou il est évident (basé sur l'historique des substances consommées, l'âge, le sexe, l'historique des sevrages antérieurs, les symptômes présents, la condition physique, et/ou la condition émotionnelle, comportementale ou cognitive) que le sevrage est imminent.</p> <p>Le client est évalué comme ne présentant pas de risque de syndrome de sevrage sévère et un sevrage modéré est gérable de façon sécuritaire à ce niveau de service.</p> <p>Les exemples incluent, mais ne se limitent pas à :</p> <p>[1] Alcool : Le client est intoxiqué ou il est en état de sevrage d'alcool et son résultat est inférieur à 8 sur l'échelle CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol, Revised), lors de l'admission, et la supervision est disponible pour s'assurer qu'il demeure à moins de 8, ou l'équivalent dans un système de pointage standardisé comparable.</p> <p>[2] Opiacés : Les signes et symptômes de sevrage sont pénibles, mais ils ne requièrent pas de médication pour un sevrage avec un inconfort raisonnable, et le client est impulsif et manque d'habiletés nécessaires pour arrêter dans l'immédiat sa consommation de drogues.</p> <p>[3] Stimulants : Le client a démontré de la léthargie, de l'hypersomnolence, de la paranoïa ou des symptômes psychotiques légers dus au sevrage de stimulants, et ceux-ci demeurent présents au-delà de la période de surveillance en ambulatoire disponible dans les services du niveau II-D.</p> <p>(b) Le client est évalué comme ne requérant pas de médication, mais requiert ce niveau de service pour compléter sa désintoxication et être à même d'entrer dans un programme de traitement des dépendances ou de se rétablir par lui-même à cause d'une supervision à domicile inadéquate ou d'une structure de soutien inadéquate, tel que défini aux points [1] ou [2] ou [3] :</p> <p>[1] Le milieu de rétablissement du client ne contribue pas à sa désintoxication et à son entrée en traitement, et le client n'a pas suffisamment d'habiletés pour composer de façon sécuritaire avec les problèmes de son milieu de rétablissement; ou</p> <p>[2] Le client a un historique récent de désintoxication dans un niveau de service moindre, lequel est marqué par une incapacité à compléter la désintoxication ou à entrer dans un traitement des dépendances et le client continue à manquer d'habiletés pour compléter sa désintoxication, ou</p> <p>[3] Le client a récemment démontré une incapacité à compléter sa désintoxication à un niveau de services moins intensif, et il continue de consommer des drogues autres que celles prescrites ou autres substances psychoactives.</p>

NIVEAU III.2-D (suite)

<p>DURÉE DES SERVICES/ CONTINUATION DES SERVICES ET CRITÈRES POUR LA SORTIE DU PROGRAMME</p>	<p>Le client continue dans un niveau III.2-D jusqu'à ce que les signes et symptômes de sevrage soient suffisamment résorbés pour qu'ils puissent être gérés d'une manière sécuritaire à un niveau de soin moins intensif, ou</p> <p>Alternativement, les signes et symptômes de sevrage du client n'ont pas répondu au traitement et se sont intensifiés (comme confirmé par des taux plus élevés sur l'échelle CIWA-Ar ou sur un autre système de pointage standardisé comparable), de telle sorte que le transfert vers un niveau plus intense est indiqué; ou</p> <p>Le client est incapable de compléter sa désintoxication au niveau III.2-D, en dépit d'un essai adéquat. Par exemple, il éprouve une dépression croissante et des pulsions suicidaires, compliquant un sevrage à la cocaïne et indiquant un besoin de transfert vers un niveau de soins plus intensif ou l'addition d'autres services cliniques (telles que du counselling intensif).</p>
---	--

NIVEAU III.7-D Désintoxication avec hébergement sous supervision médicale (Centre de désintoxication privé)

<p>MILIEU</p>	<p>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.</p>
<p>SYSTÈMES DE SOUTIEN</p>	<p>Caractéristiques d'un système de soutien du Niveau III.7-D :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Disponibilité de consultations cliniques spécialisées et supervision des problèmes biomédicaux, émotionnels, comportementaux et cognitifs. (b) Disponibilité de soins médicaux et infirmiers ainsi qu'une observation basée sur un jugement clinique. (c) Affiliation directe avec les autres niveaux de soin. (d) Capacité d'effectuer des tests de laboratoire et de toxicologie appropriés ou de prendre des arrangements pour les obtenir.
<p>PERSONNEL</p>	<p>Le personnel du niveau III.7-D est composé de médecins qui sont accessibles 24 heures par jour par téléphone. (Là où les assistants-médecins et le personnel infirmier praticien sont accrédités pour poser certains actes médicaux, ils peuvent exécuter les tâches désignées à un médecin.)</p> <p>Un médecin est disponible pour évaluer le client dans les 24 heures (ou plus tôt s'il y a nécessité médicale), et il est disponible sur les lieux pour superviser les soins et les autres évaluations sur une base quotidienne.</p> <p>Un(e) infirmier(e) licencié(e) ou un(e) infirmier(e) autorisé(e) et reconnu(e) compétent(e) est disponible pour procéder à l'évaluation lors de l'admission.</p> <p>Un(e) infirmier(e) est responsable du processus de surveillance des progrès du client et de l'administration des médicaments sur une base horaire si nécessaire.</p> <p>Du personnel dûment licencié et accrédité est disponible pour administrer les médicaments prescrits par le médecin. Le niveau de soins infirmiers est approprié à la sévérité des besoins du client.</p> <p>Des cliniciens licenciés, certifiés ou diplômés fournissent un service planifié 24 heures par jour, une évaluation professionnellement dirigée, ainsi que des services de soin et de traitement pour les clients et leur famille.</p> <p>Une équipe interdisciplinaire de cliniciens dûment entraînés (comme des médecins, infirmier(e)s, intervenants, travailleurs sociaux et psychologues) est disponible pour évaluer et traiter le client, ainsi que pour obtenir et interpréter les informations concernant les besoins du client. Le nombre et les disciplines des membres de l'équipe sont appropriés à la gamme et à la sévérité des problèmes du client.</p>

THÉRAPIES	<p>Les thérapies offertes au niveau III.7-D incluent des services cliniques quotidiens pour évaluer et répondre aux besoins de chaque client. De tels services cliniques peuvent inclure des services médicaux appropriés, des thérapies de groupes ou individuelles et un support au sevrage.</p> <p>Une surveillance infirmière, à toutes les heures, des progrès du client et de l'administration de la médication est disponible si nécessaire.</p> <p>Les thérapies suivantes sont dispensées lorsque cliniquement nécessaires, dépendamment des progrès du client au cours de la désintoxication et de l'évaluation de ses besoins dans les dimensions 2 à 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Une gamme de thérapies cognitive, médicale, de santé mentale et autres sont dispensées sur une base individuelle ou de groupe. Celles-ci sont conçues pour que le client comprenne sa dépendance, passe à travers le processus de désintoxication et pour le référer par la suite au niveau approprié de traitement des dépendances. (b) Évaluation et traitement multidisciplinaires individualisés. (c) Services d'éducation en santé. (d) Services à la famille ou aux autres personnes significatives.
ÉVALUATION/ PLAN DE TRAITEMENT	<p>Au niveau III.7-D, les éléments de l'évaluation et du plan de traitement incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Un historique de la dépendance, obtenu en tant qu'élément de l'évaluation initiale et validé par le médecin lors du processus d'admission. (b) Un examen physique par un médecin, un assistant-médecin ou un(e) infirmier(e) praticien(ne) dans les 24 heures suivant l'admission et des tests appropriés de laboratoire et de toxicologie. Si les services de désintoxication du niveau III.7-D sont des services de niveau inférieur à l'intérieur du niveau IV-D, les résultats de l'examen physique établis au cours des 7 jours précédents sont évalués par un médecin dans les 24 heures suivant l'admission. (c) Évaluation biopsychosociale suffisante pour déterminer le niveau de soin dans lequel le client doit être placé et pour que le plan de soin individualisé aborde les priorités de traitement identifiées dans les dimensions 2 à 6. (d) Un plan de traitement individuel incluant l'identification des problèmes dans les dimensions 2 à 6, l'élaboration des buts du traitement et des objectifs quantifiables de traitement et des activités destinées à rencontrer ces objectifs. (e) Une évaluation quotidienne des progrès du client durant la désintoxication et de tout changement dans le traitement. (f) Planification de la sortie ou du transfert, commençant à l'admission. (g) Arrangements pour référer le client si nécessaire.
DOCUMENTATION	<p>Les standards de documentation au niveau III.7-D incluent des notes sur les progrès dans le dossier du client lesquelles reflètent clairement l'exécution du plan de traitement ainsi que la réponse du client au traitement aussi bien que les modifications subséquentes au plan.</p> <p>Des tables de désintoxication et des diagrammes (lesquels peuvent inclure des tableaux de signes vitaux) sont utilisés au besoin.</p>
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'ADMISSION	<p>Le client qui est convenablement placé dans un programme de désintoxication du niveau III.7-D rencontre les critères diagnostiques pour les troubles liés à l'usage d'une substance de l'actuel <i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux</i> de l'Association psychiatrique américaine ou d'autres critères standardisés et couramment acceptés, aussi bien qu'aux critères dimensionnels d'admission.</p>

**CRITÈRES
DIMENSIONNELS
D'ADMISSION**

Le client qui est pertinemment placé dans un programme de désintoxication du niveau III.7-D rencontre les spécifications établies en (a) et (b) :

- (a)** Le client présente des signes et des symptômes sévères de sevrage, ou il est évident (basé sur l'historique des substances consommées, l'âge, le sexe, l'historique des sevrages antérieurs, les symptômes présents, la condition physique, et/ou la condition émotionnelle, comportementale ou cognitive) qu'un syndrome sévère de sevrage est imminent.

Le syndrome de sevrage sévère est évalué comme gérable à ce niveau de service.

Les exemples incluent, mais ne se limitent pas à :

- [1] *Alcool* : Le client est en état de sevrage d'alcool, le résultat est de 10 ou plus sur l'échelle CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment-Alcohol, Revised), (ou l'équivalent dans un système de pointage standardisé) à la fin de la période de surveillance en ambulatoire disponible au niveau II-D.
 - [2] *Sédatifs-hypnotiques* : Le client a ingéré quotidiennement des sédatifs-hypnotiques plus qu'à un niveau thérapeutique, sur une période de plus de 4 semaines et il ne répond pas aux efforts récents visant à maintenir la dose à un niveau thérapeutique.
 - [3] *Sédatifs-hypnotiques* : Le client a ingéré des sédatifs-hypnotiques plus qu'à un niveau thérapeutique et ce quotidiennement, pour plus de 4 semaines, en combinaison avec une consommation quotidienne d'alcool ou une consommation régulière d'un autre psychotrope reconnu pour représenter un risque sévère de sevrage. Les signes et symptômes de sevrage sont d'une sévérité modérée, et le client ne peut être stabilisé à la fin de la période de surveillance en ambulatoire disponible dans les services du niveau II-D.
 - [4] *Alcool et sédatifs-hypnotiques* : Le client a démontré de la léthargie ou de l'hyper-somnolence due à une intoxication à l'alcool ou autres drogues, et un historique de syndromes sévères de sevrage, ou l'altération du niveau de conscience du client n'a pas été stabilisé à la fin de la période de surveillance en ambulatoire disponible au niveau II-D.
 - [5] *Opiacés* : (pour la gestion du sevrage n'utilisant pas un opiacé de substitution comme méthode de désin-toxication) :Le client a consommé quotidiennement des opiacés injectables pendant plus de 2 semaines et a un historique d'incapacité à compléter le sevrage comme un client en ambulatoire ou sans médication dans un service du niveau III.2-D.
 - [6] *Opiacés* : Une médication antagoniste va être utilisée pour un sevrage bref et intensif (comme l'utilisation de naltrexone pendant quelques jours).
 - [7] *Stimulants* : Le client souffre de léthargie, d'hyper-somnolence, d'agitation, de paranoïa, de dépression ou de symptômes psychotiques légers dus au sevrage de stimulants, et a un faible contrôle de ses impulsions et/ou n'a pas les habiletés adéquates pour cesser immédiatement une consommation continue de drogue.
- (b)** Il y a une forte probabilité que le client (lequel requiert de la médication) ne complètera pas sa désintoxication à un autre niveau de soin et entrera dans un programme de traitement des dépendances ou se rétablira par lui-même, tel que défini (par exemple) par n'importe laquelle des situations suivantes :
- [1] Le client requiert une médication et a un historique récent de dé désintoxication dans un niveau de soin de moindre intensité, marqué par une incapacité passée et actuelle à compléter sa désintoxication et à entrer dans un traitement des dépendances. Le client continue à manquer d'habiletés ou de support pour compléter la désintoxication, ou
 - [2] Le client a un historique récent de désintoxication dans un niveau de service moindre, lequel est marqué par une incapacité à compléter sa désintoxication ou à entrer dans un traitement des dépendances, et le client continue à manquer d'habiletés pour compléter sa désintoxication, ou
 - [3] Le client présente une comorbidité physique, émotionnelle, comportementale ou cognitive (comme une douleur chronique avec exacerbation active ou un désordre de stress post-traumatique avec de brefs épisodes de dissociation) qui est gérable au niveau III.7-D, mais qui augmente la sévérité du sevrage et complique la désintoxication.

NIVEAU III.7-D (suite)

<p>DURÉE DES SERVICES/ CONTINUATION DES SERVICES ET CRITÈRES POUR LA SORTIE DU PROGRAMME</p>	<p>Le client continue dans un niveau III.7-D jusqu'à ce que les signes et symptômes de sevrage soient suffisamment résorbés pour qu'ils puissent être gérés d'une manière sécuritaire à un niveau de soin moins intensif, ou</p> <p>Alternativement, les signes et symptômes de sevrage n'ont pas répondu au traitement et se sont intensifiés (comme confirmé par des taux plus élevés sur l'échelle CIWA-Ar ou sur un autre système de pointage standardisé comparable), de telle sorte que le transfert vers un niveau IV-D est indiqué.</p>
---	---

NIVEAU IV-D Désintoxication avec hébergement sous supervision médicale intensive (Unité de soins psychiatriques en milieu hospitalier)

<p>MILIEU</p>	<p>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 bio-médicale résultant de la consommation d'alcool ou de drogues. Au moins trois types de services procurent ce niveau de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> (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 de traitement des dépendances dans un hôpital général de soins aigus.
<p>SYSTÈMES DE SOUTIEN</p>	<p>Caractéristiques d'un système de soutien du Niveau IV-D :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Disponibilité de consultations médicales spécialisées. (b) Services médicaux complets de soins aigus. (c) Soins intensifs au besoin.
<p>PERSONNEL</p>	<p>Le personnel du niveau III.7-D est composé de médecins qui sont accessibles 24 heures par jour en tant que membres actifs d'une équipe interdisciplinaire de professionnels dûment entraînés, et qui supervisent les soins donnés au client. (Là où les assistants-médecins et le personnel infirmier praticien sont accrédités pour poser certains actes médicaux, ils peuvent exécuter des tâches désignées à un médecin).</p> <p>Un(e) infirmier(e) licencié(e) ou un(e) infirmier(e) autorisé(e) et reconnu(e) compétent(e) est disponible pour les soins infirmiers de première ligne et une observation 24 heures par jour.</p> <p>Un intervenant en toxicomanie autorisé par l'établissement ou un clinicien certifié, licencié ou diplômé en dépendances est disponible 8 heures par jour pour superviser les plans de traitement établis à partir de l'évaluation des besoins du client.</p> <p>Une équipe interdisciplinaire de cliniciens dûment entraînés (comme des médecins, infirmier(e)s, intervenants, travailleurs sociaux et psychologues) est disponible pour évaluer et traiter un client présentant des troubles liés aux psychotropes ou un client dépendant à une substance psychotrope et présentant une comorbidité aiguë d'ordre biomédical, émotionnel ou comportemental.</p>

THÉRAPIES	<p>Les thérapies offertes au niveau IV-D incluent des traitements hautement individualisés sur le plan des dépendances, ainsi qu'en termes biomédical, émotionnel et comportemental. Ceci inclut la gestion des comorbidités biomédicale, émotionnelle, comportementale et cognitive dans un contexte de traitement de la dépendance aux substances psychotropes. (Le traitement de ces comorbidités dépend des capacités spécifiques du milieu de traitement au niveau IV-D). Une surveillance infirmière, à toutes les heures, ou plus fréquemment est disponible lorsque nécessaire.</p> <p>Les thérapies suivantes sont dispensées lorsque cliniquement nécessaires, dépendamment des progrès du client au cours de la désintoxication et de l'évaluation de ses besoins dans les dimensions 2 à 6 :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Une gamme de thérapies cognitive, médicale, de santé mentale et autres sont dispensées sur une base individuelle ou de groupe. Celles-ci sont conçues pour que le client comprenne sa dépendance, passe à travers le processus de désintoxication et pour le référer par la suite au niveau approprié de traitement des dépendances. Pour les clients avec une comorbidité psychiatrique sévère, des interventions psychiatriques compléteront le traitement de la dépendance. Pour les clients avec une comorbidité biomédicale sévère, des interventions biomédicales compléteront le traitement de la dépendance. (b) Services d'éducation en santé. (c) Services à la famille ou aux autres personnes significatives.
ÉVALUATION/ PLAN DE TRAITEMENT	<p>Au niveau IV-D, les éléments de l'évaluation et du plan de traitement incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Une évaluation nursing complète lors de l'admission. (b) Approbation de l'admission par un médecin. (c) Un historique complet et un examen médical exécuté dans les 24 heures suivant l'admission, accompagné des tests de laboratoire et de toxicologie appropriés. (d) Un historique de la dépendance, obtenu en tant qu'élément de l'évaluation initiale et validé par le médecin lors du processus d'admission. (e) Évaluation biopsychosociale suffisante pour déterminer le placement et pour que le plan de soin individualisé aborde les priorités de traitement identifiées dans les dimensions 2 à 6. (f) Planification de la sortie ou du transfert, commençant à l'admission. (g) Arrangements pour référer le client si nécessaire. (h) Un plan de traitement individuel incluant l'identification des problèmes dans les dimensions 2 à 6, l'élaboration des buts du traitement et des objectifs quantifiables de traitement aussi bien que des activités destinées à rencontrer ces objectifs. (i) Une évaluation quotidienne des progrès durant la désintoxication et de tout changement dans le traitement.
DOCUMENTATION	<p>Les standards de documentation au niveau IV-D incluent des notes sur les progrès dans le dossier du client lesquelles reflètent clairement l'exécution du plan de traitement ainsi que la réponse du client au traitement aussi bien que les modifications subséquentes au plan.</p> <p>Des tables de désintoxication et des diagrammes (lesquels peuvent inclure des tableaux de signes vitaux) sont utilisés au besoin.</p>
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'ADMISSION	<p>Le client qui est convenablement placé dans un programme de désintoxication du niveau IV-D rencontre les critères diagnostiques pour les troubles liés à l'usage d'une substance de l'actuel <i>Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux</i> de l'Association psychiatrique américaine ou d'autres critères standardisés et couramment acceptés, aussi bien qu'aux critères dimensionnels d'admission.</p>

**CRITÈRES
DIMENSIONNELS
D'ADMISSION**

Le client qui est pertinemment placé dans un programme de désintoxication du niveau IV-D rencontre les spécifications établies en (a) et (b) :

- (a)** Le client présente des signes et des symptômes sévères de sevrage, ou il est évident (basé sur l'historique des substances consommées, l'âge, le sexe, l'historique des sevrages antérieurs, les symptômes présents, la condition physique, et/ou la condition émotionnelle, comportementale ou cognitive) qu'un syndrome sévère de sevrage est imminent.

Les exemples incluent, mais ne se limitent pas à :

- [1] *Alcool* : Le client est en état de sevrage d'alcool, et le résultat est de 10 et plus sur l'échelle CIWA-Ar (ou l'équivalent dans un système de pointage standardisé comparable) et le client requiert une surveillance plus fréquente qu'aux heures, requiert une médication par intraveineuses ou par perfusion ou requiert une surveillance rapprochée de son comportement à cause d'un haut niveau d'agitation, de confusion ou de signes vitaux extrêmes.
 - [2] *Alcool et sédatifs-hypnotiques* : Le client est en état de convulsion, de delirium tremens ou a des hallucinations sévères et persistantes.
 - [3] *Sédatifs-hypnotiques* : Le client a ingéré des sédatifs-hypnotiques plus qu'à un niveau thérapeutique et ce quotidiennement, pour plus de 4 semaines, et le client a des désordres mental ou physique aigus qui compliquent le sevrage.
 - [4] *Sédatifs-hypnotiques* : Le client a ingéré des sédatifs hypnotiques, quotidiennement, sur une période d'au moins 6 mois, combiné à une consommation quotidienne d'alcool ou à une consommation régulière d'un autre psychotrope reconnu pour avoir de sévères syndromes de sevrage, et l'état du client s'accompagne d'un désordre mental ou physique aigu qui compliquent le sevrage.
 - [5] *Opiacés* : Le client fait l'expérience d'un syndrome sévère de sevrage aux opiacés qui n'a pas été stabilisé ou géré dans un service d'un niveau moins intensif.
 - [6] *Opiacés* : Une médication antagoniste va être utilisée pour un sevrage rapide (comme l'utilisation de naloxone pendant 6 heures).
 - [7] *Stimulants* : Les signes et symptômes de l'intoxication ou du sevrage requièrent un contrôle psychiatrique ou médical plus fréquent qu'aux heures (à cause de comportements psychotiques impulsifs, ou d'idées suicidaires dépressives).
 - [8] *Toutes substances* : Il y a un récent (dans les 24 heures) et sérieux trauma à la tête ou une perte de conscience, avec un état mental persistant ou des changements neurologiques qui requièrent une observation rapprochée du client au moins à toutes les heures.
 - [9] *Toutes substances* : Une surdose ou une intoxication a compromis l'état mental du client, ses fonctions cardiaques ou ses autres signes vitaux ou ses fonctions vitales.
 - [10] *Toutes substances* : Le client a un trouble biomédical aigu et significatif qui représente un risque substantiel de conséquences sérieuses ou mortelles durant le sevrage (telles qu'une hypertension significative ou des varices à l'œsophage).
- (b)** Le niveau IV est le seul niveau de soin disponible qui peut procurer un support médical et le confort nécessaires au client, tel que défini par :
- [1] Un programme de désintoxication ou la réponse du client à ce programme qui requiert une supervision ou une intervention plus fréquente qu'à chaque heure ; ou
 - [2] La cliente a besoin de désintoxication ou de stabilisation pendant sa grossesse, jusqu'à ce qu'elle puisse être traitée sans risque dans un niveau moins intensif de soin. Par exemple, la cliente ne requiert pas de supervision médicale (comme dans le cas d'une cliente qui va accoucher bientôt), ou elle ne saigne plus et ne perd pas le liquide amniotique, ou le rythme cardiaque instable du fœtus a été stabilisé.

NIVEAU IV-D (suite)

DURÉE DES SERVICES/ CONTINUATION DES SERVICES ET CRITÈRES POUR LA SORTIE DU PROGRAMME	Le client continue dans un niveau IV-D jusqu'à ce que les signes et symptômes de sevrage soient suffisamment résorbés pour qu'ils puissent être gérés d'une manière sécuritaire à un niveau de soin moins intensif.
--	---

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.

© 2008 CENTRE QUÉBÉCOIS DE LUTTE AUX DÉPENDANCES, TOUS DROITS RÉSERVÉS.

Référence : 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.

ANNEXE 2

État de situation du déploiement des services de désintoxication dans les CRD à l'hiver 2007

Tableau 1
Désintoxication
Gamme de services offerts en collaboration avec les partenaires

Établissement	Niveau I-D	Niveau II-D	Niveau III.2-D	Niveau III.7-D	Niveau IV-D
L'Estran/ CSSS de Rivière-du-Loup					
CSSS de Jonquière				E	E
Centre Jeunesse Saguenay/ Lac St-Jean			E		
Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve					
Domrémy Mauricie/ Centre-du-Québec	E			E	
Centre Jean-Patrice Chiasson/ Maison Saint-Georges	E	E	E	E	
Centre Dollard-Cormier – IUD		E	E	E	
Centre Jellinek	E	E		E	
Centre Normand	E		E		
Centre Le Canal	E/P				
Centre L'Escale/ CSSS de la Haute-Gaspésie					
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches				E	
Centre Le Maillon de Laval	E				
Le Tremplin/ CSSS du Nord de Lanaudière	E	E			E
Centre André-Boudreau			E/P		
Le Virage			E		
Pavillon Foster				E	
%	41,2%	23,5%	35,3%	41,2%	11,8%
CRAN Inc.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Le Grand Chemin	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Maison Jean Lapointe				A	A

E Établissement

E/P Établissement/
Partenaire

A Associé

Tableau 2
Désintoxication
Composantes

Établissement	Évaluation de santé	Évaluation médicale	Suivi médical	Soutien psychosocial
L'Estran/ CSSS de Rivière-du-Loup				
CSSS de Jonquière	1	1	1	1
Centre Jeunesse Saguenay/ Lac St-Jean	1	1	1	1
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve				
Domrémy Mauricie/ Centre-du-Québec	1	1	1	1
Centre Jean-Patrice Chiasson/ Maison Saint-Georges	1	1	1	
Centre Dollard-Cormier – IUD	1	1	1	1
Centre Jellinek	1	1	1	1
Centre Normand	1			1
Centre Le Canal	1	1	1	1
Centre L'Escale/ CSSS de la Haute-Gaspésie				
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches	1	1		1
Centre Le Maillon de Laval	1			1
Le Tremplin/ CSSS du Nord de Lanaudière	1	1	1	1
Centre André-Boudreau	1	1	1	1
Le Virage	1			1
Pavillon Foster	1	1	1	1
%	100,0%	78,5%	71,4%	92,8%
CRAN Inc.	N/A	N/A	N/A	N/A
Le Grand Chemin	N/A	N/A	N/A	N/A
Maison Jean Lapointe	1	1	1	1

Tableau 3
Désintoxication
Outils d'évaluation

Établissement	Nid-Ém	Nid-Ép	Ciwa	Autres	Autres : Description
L'Estran/ CSSS de Rivière-du-Loup					
CSSS de Jonquière			1		
Centre Jeunesse Saguenay/ Lac St-Jean					
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve					
Domrémy Mauricie/ Centre-du-Québec	1	1	1		
Centre Jean-Patrice Chiasson/ Maison Saint-Georges				1	Outil maison
Centre Dollard-Cormier – IUD	1	1	1	1	Éval. Santé
Centre Jellinek			1		
Centre Normand				1	IGT
Centre Le Canal			1		
Centre L'Escale/ CSSS de la Haute-Gaspésie					
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches		1			
Centre Le Maillon de Laval				1	Éval Infirmière maison
Le Tremplin/ CSSS du Nord de Lanaudière					
Centre André-Boudreau			1		
Le Virage				1	Outil Maison
Pavillon Foster			1		
%	14,3%	21,4%	50,0%	35,7%	
CRAN Inc.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Le Grand Chemin	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Maison Jean Lapointe				1	Quest. Maison

Tableau 4
Désintoxication
Durée moyenne

Établissement	NB jours
L'Estran/ CSSS de Rivière-du-Loup	
CSSS de Jonquière	3
Centre Jeunesse Saguenay/ Lac St-Jean	7
Centre de réadaptation Ubal-Villeneuve	
Domrémy Mauricie/ Centre-du-Québec	7
Centre Jean-Patrice Chiasson/ Maison Saint-Georges	6
Centre Dollard-Cormier – IUD	10
Centre Jellinek	7
Centre Normand	4
Centre Le Canal	
Centre L'Escale/ CSSS de la Haute-Gaspésie	
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches	4
Centre Le Maillon de Laval	12
Le Tremplin/ CSSS du Nord de Lanaudière	7
Centre André-Boudreau	8,5
Le Virage	7
Pavillon Foster	5
Durée moyenne	6,7
Variance	3 à 12
CRAN Inc.	N/A
Le Grand Chemin	N/A
Maison Jean Lapointe	6

Tableau 5
Désintoxication
Activités prévues offertes en collaboration avec les partenaires

Établissement	Rencontre individuelle	Rencontre de groupe	Partici. Ateliers thémat.	Partici. Activités loisirs-sports	Partici. Groupes entraide
L'Estran/ CSSS de Rivière-du-Loup					
CSSS de Jonquière	E			E	
Centre Jeunesse Saguenay/ Lac St-Jean	E				
Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve					
Domrémy Mauricie/ Centre-du-Québec	E	E	E	E	E
Centre Jean-Patrice Chiasson/ Maison Saint-Georges	E	E	E	E	E
Centre Dollard-Cormier – IUD	E	E	E		
Centre Jellinek	E	E	E	E	
Centre Normand	E	E	E	E	E
Centre Le Canal	E				
Centre L'Escale/ CSSS de la Haute-Gaspésie					
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches	E	E	E		
Centre Le Maillon de Laval	E	E	E		
Le Tremplin/ CSSS du Nord de Lanaudière	E	E	E		
Centre André-Boudreau	E	E			E
Le Virage	E		E		
Pavillon Foster	E		E		E
%	100,0%	64,3%	78,6%	42,9%	35,7%
CRAN Inc.	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Le Grand Chemin	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Maison Jean Lapointe	A	A	A		A

E

Établissement

E/P

Établissement/
Partenaire

A

Associé

RÉFÉRENCES

1. **GOVERNEMENT DU QUÉBEC** (2006). *Unis dans l'action : plan d'action interministériel en toxicomanie*, Québec, gouvernement du Québec, 80 p.
2. **GOVERNEMENT DU QUÉBEC** (2007). *Unis dans l'action : Programme-services Dépendances : Offre de service 2007-2012*, Québec, gouvernement du Québec, 56 p.
3. **FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES** (2007). *État de situation sur le déploiement de l'offre de service des CRD, les faits saillants*, 21 p.
4. **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*, Montréal, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, 71 p.
5. **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.
6. **COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE** (2004). *La désintoxication : revue des meilleures pratiques*, document de travail, 25 p.
7. **BEN AMAR, M. et LÉONARD, L.** (2002). *Les psychotropes, pharmacologie et toxicomanie*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 920 p.
8. **DUFRESNE, J., PÉPIN, J.-M. et ST-LOUIS, L.** (2002). « La désintoxication : la nécessité d'interventions adaptées », *Info-toxico Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec*, vol. 14, n° 1, 4 p.
9. **ROUILLARD, P. et DUMONT, J.** (1999). « La désintoxication ambulatoire : Formation à l'intention des médecins de première ligne », cahier de formation, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec.
10. **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.
11. **TREMBLAY, J.** (2008). *Les durées de service : état de situation et recension de la littérature*, Québec.
12. **MCCARTY, D. et al.** (2000). « Detoxification centers: Who's in the revolving door? », *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 27, 245-256.
13. **JOHNSON, M. E. et al.** (2007). « Psychiatric symptomatology among individuals in alcohol detoxification treatment », *Addictive Behaviors*, 32, 1745-1752.

RÉFÉRENCES

- 14.** LARSON, M. et al. (2006). « Emergency Department and Hospital Utilization Among Alcohol and Drug-Dependent Detoxification Patients without Primary Medical Care », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32, 435-452.
- 15.** WINES, J. D. et al. (2007). « Overdose after detoxification: A prospective study », *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 161-169.
- 16.** RICH, J. D. et al. (2007). « Lower syringe sharing and re-use after syringe legalization in Rhode Island », *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 292-297.
- 17.** FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES (2007). *Orientations stratégiques 2007-2010*, 10 p.
- 18.** BERTRAND, K. et MÉNARD, J.-M. (2004). *Analyse des services avec hébergement à Domrémy MCQ*, 18 p.
- 19.** SANTÉ CANADA (1999). *Meilleures pratiques. Alcoolisme et toxicomanie. Traitement et réadaptation*, Ottawa, Canada, 105 p.
- 20.** 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.
- 21.** 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.
- 22.** PROCHASKA, J. O. et al. (1994). *Changing for good*, New York, Morrow, 304 p.
- 23.** MILLER, W. R. et ROLLNICK, S. (2006). *L'entretien motivationnel : aider la personne à engager le changement*, Paris, InterÉditions, 241 p.
- 24.** 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.
- 25.** KASSER, C. et al. (1997). *Detoxification Principles and Protocols*, American Society of Addiction Medicine, traduit et adapté par le docteur Pierre Rouillard, 2^e version, février 1999.
- 26.** 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.
- 27.** 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.

RÉFÉRENCES

- 28.** MÉNARD, J.-M., PÉPIN, J. M. et ST-LOUIS, L. (2007). *Évaluation Santé*, adaptation du NID-ÉM 2.0, Centre de réadaptation DomrémY Mauricie – Centre-du-Québec.
- 29.** MÉNARD, J.-M., PÉPIN, J. M. et ST-LOUIS, L. (2007). Adaptation du NID-ÉP, version 2.9, Centre de réadaptation DomrémY Mauricie – Centre-du-Québec.
- 30.** RAISTRICK, D. (2000). « Management of alcohol detoxification », *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 348-355.
- 31.** 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.
- 32.** MILLER, N. S. et KIPNIS, S. S. (2006)., vol. 45, Rockville, MD, U.S.A. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- 33.** 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.
- 34.** HSFA (2006). *Hôpital Saint-François d'Assise. Profil de clientèle 2005-2006. Désintoxication*, Québec.
- 35.** TREMBLAY, J. (2001). Rapport interne concernant les durées moyennes de séjour en désintoxication.
- 36.** KISSIN, B. et al. (1970). « Social and psychosocial factors in the treatment of chronic alcoholism », *Journal of Psychiatric Research*, 8, 13-27.
- 37.** RYCHTARICK, R. G. et al. (2000). « Treatment settings for persons with alcoholism evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 277-289.
- 38.** 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.
- 39.** 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.
- 40.** 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.
- 41.** 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.

RÉFÉRENCES

42. **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.
43. **DAVISON, J. W. et al.** (2006). « Outpatient treatment engagement and abstinence rates following inpatient opioid detoxification », *Journal of Addictive Diseases*, 25, 27-35.
44. **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.
45. **RUSH, B.** (1990). « A system approach to estimating the required capacity of alcohol treatment services », *British Journal of Addiction*, 85, 49-59.
46. **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.
47. **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.
48. **BLONDELL, R. D. et al.** (2006). « Abstinence and initiation of treatment following inpatient detoxification », *The American Journal on Addictions*, 15, 462-467.
49. **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.
50. **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.
51. **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.
52. **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.
53. **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.
54. **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.

RÉFÉRENCES

- 55.** 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.
-
- 56.** TREMBLAY, J., TOURIGNY, M., GINGRAS, Y. et DUMONT, J. (2007). *Orientations stratégiques 2007-2015 : Proposition de requis de service pour la Capitale-Nationale*, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, Québec. 61 p.
-
- 57.** VAUGEOIS, P., GERMAIN, M., (2008). *Gestion de la désintoxication selon les niveaux d'intensité de traitement*, Centre québécois de lutte aux dépendances.
-

LES CENTRES MEMBRES DE LA FQCRPAT

L'ESTRAN/CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIVIÈRE-DU-LOUP (01)

75, rue Saint-Henri
Rivière-du-Loup (Québec)
G5R 2A4
Tél. : 418 868-1010, poste 2355
Télec. : 418 868-0530
lestran@ri.cgocable.ca

CENTRE JEUNESSE SAGUENAY/LAC ST-JEAN (02)

520, rue Jacques-Cartier Est
Chicoutimi (Québec)
G7H 8A2
Tél. : 418 549-4853
Télec. : 418 693-0768
www.cjsaglac.qc.ca

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE JONQUIÈRE (02)

2230, rue De l'Hôpital
Jonquièrre (Québec)
G7H 7X2
Tél. : 418 695-7710
Télec. : 418 695-7716
www.carrefoursante.qc.ca

CENTRE DE RÉADAPTATION UBALD-VILLENEUVE (03)

2525, chemin De la Canardière
Québec (Québec)
G1J 2G3
Tél. : 418 663-5008
Télec. : 418 663-6575
www.cruv.qc.ca

DOMRÉMY MAURICIE/CENTRE-DU-QUÉBEC (04)

440, rue Des Forges
Trois-Rivières (Québec)
G9A 2H5
Tél. : 819 374-4744
Télec. : 819 374-4502
domremyMCQ@ssss.gouv.qc.ca
www.domremymcq.ca

CENTRE JEAN-PATRICE CHIASSON/ MAISON ST-GEORGES (05)

1930, rue King Ouest
Sherbrooke (Québec)
J1H 2E2
Tél. : 819 821-2500
Télec. : 819 563-8322
www.santeestrie.qc.ca/crdsm/

CENTRE DOLLARD-CORMIER – IUD (06)

950, rue De Louvain Est
Montréal (Québec)
H2M 2E8
Tél. : 514 385-0046
Télec. : 514 385-5728
info.cdc@ssss.gouv.qc.ca
www.centredollardcormier.qc.ca

CRAN inc. (06)

110, rue Prince-Arthur Ouest
Montréal (Québec)
H2X 1S7
Tél. : 514 527-6939
Télec. : 514 527-0031
info@cran.qc.ca
www.cran.qc.ca

LE GRAND CHEMIN INC. (06)

7070, boulevard Perras
Montréal (Québec)
H1E 1A4
Tél. : 514 381-1218
Télec. : 514 381-1247
adosqc@legrandchemin.qc.ca
www.legrandchemin.qc.ca

MAISON JEAN LAPOINTE (06)

111, rue Normand
Montréal (Québec)
H2Y 2K6
Tél. : 514 288-2611
Télec. : 514 288-2919
info@maisonjeanlapointe.com
www.maisonjeanlapointe.com

LES CENTRES MEMBRES DE LA FQCRPAT

PORTAGE (06)

865, Square Richmond
Montréal (Québec)
H3J 1V8
Tél. : 514 939-0202
Télec. : 514 939-3929
info@portage.ca
www.portage.ca

CENTRE JELLINEK (07)

25, rue Saint-François
Gatineau (Québec)
J9A 1B1
Tél. : 819 776-5584/ 1 866 776-5585
Télec. : 819 776-0255
jellinek@jellinek.org
www.jellinek.org

CENTRE NORMAND (08)

621, rue Harricana
Amos (Québec)
J9T 2P9
Tél. : 819 732-8241
Télec. : 819 727-2210
www.centrenormand.org

CENTRE LE CANAL (09)

659, boul. Blanche
Baie-Comeau (Québec)
G5C 2B2
Tél. : 418 589-5704/ 1 800 418-5704
Télec. : 418 295-1773

CENTRE L'ESCALE/CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA HAUTE-GASPÉSIE (11)

50, rue Du Belvédère
Sainte-Anne-des-Monts (Québec)
G4V 1X4
Tél. : 418 763-2261, poste 2528
Télec. : 418 763-7460

CENTRE DE RÉADAPTATION EN ALCOOLISME ET TOXICOMANIE DE CHAUDIÈRE-APPALACHES (12)

253, Route 108
Beauceville (Québec)
G5X 2Z3
Tél. : 418 774-3304, poste 2391
Télec. : 418 774-4423

CENTRE LE MAILLON DE LAVAL/ CENTRE JEUNESSE DE LAVAL (13)

308 A, boulevard Cartier Ouest
Laval (Québec)
H7N 2J2
Tél. : 450 975-4054
Télec. : 450 975-4053

LE TREMPLIN/CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU NORD DE LANAUDIÈRE (14)

154, rue Visitation
Saint-Charles-Borromée (Québec)
J6E 4N3
Tél. : 450 755-6655
Télec. : 450 755-6766

CENTRE ANDRÉ-BOUDREAU (15)

910, rue Labelle
Saint-Jérôme (Québec)
J7Z 5M5
Tél. : 450 432-1395/ 1 888 345-1395
Télec. : 450 432-8654

LE VIRAGE (16)

5110, boulevard Cousineau, 4^e étage
Saint-Hubert (Québec)
J3Y 7G5
Tél. : 450 443-2100
Télec. : 450 443-0522

PAVILLON FOSTER (Suprarégional)

6, rue Foucreault
Saint-Philippe-de-Laprairie (Québec)
JOL 2K0
Tél. : 450 659-8911/ 1 866 851-2255
Télec. : 450 659-7173

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES
DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES
ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES



204, rue Notre-Dame Ouest, bureau 350 • Montréal (Québec) • H2Y 1T3
Téléphone : 514 287-9625 • Télécopieur : 514 287-9649
Site Web : www.fqcrpat.org • Courriel : fqcrpat@fqcrpat.qc.ca