

# **Unis** dans **l'action**

Guide

D'IMPLANTATION



## **Guide d'implantation**

Équipe de liaison  
spécialisée en dépendances  
à l'urgence

# Unis dans l'action

## Guide

# D'IMPLANTATION



## Guide d'implantation

Équipe de liaison  
spécialisée en dépendances  
à l'urgence

Québec 

• Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale  
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

CENTRE DE RÉADAPTATION  
UBALD-VILLENEUVE

Services publics spécialisés en dépendance

Alcoolisme – Toxicomanie – Jeu pathologique



« POUR VIVRE AUTREMENT SA VIE »

### **Coordination des travaux**

Lynne Duguay, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve  
Stéphane Tremblay, Ministère de la Santé et des Services sociaux

### **Rédaction**

Guy Vermette

### **Équipe de projet et de soutien à la rédaction**

Andrée Deschênes, Centre hospitalier de l'Université Laval-CHUQ  
Pierre Desrosiers, Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec  
Jacques Dumont, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve/CRAT-CA  
Marie-Bhavani Olivier, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale  
Nadine Blanchette-Martin, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve/CRAT-CA  
Lise St-Louis, Domrémy Mauricie et Centre-du-Québec

### **Collaboration à la rédaction**

Marie-Pierre Guérin, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve  
Michèle Tourigny, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve  
Jean-Yves Vachon, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve

### **Collaborations externes**

Gilles Cuillierier, Centre Dollard-Cormier-Institut universitaire sur les dépendances  
Mario Fréchette, Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Mélanie Houle, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec  
Claudine Wilson, Agence de la santé et des services sociaux de la Chaudière-Appalaches

### **Secrétariat**

Francine Hardy

### **Édition**

La Direction des communications  
du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document a été publié en quantité limitée et  
n'est maintenant disponible qu'en version  
électronique à l'adresse : [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)  
section **Documentation**, rubrique **Publications**

Le genre masculin utilisé dans le document  
désigne aussi bien les femmes que les hommes.

### **Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives Nationales du Québec, 2008  
Bibliothèque nationale du Canada, 2008  
ISBN : 978-2-550-54593-4 (version imprimée)  
ISBN : 978-2-550-54594-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque  
procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document,  
même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable  
des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou  
complète du document à des fins personnelles et  
non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec  
et à condition d'en mentionner la source.

## Table des matières

|                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Introduction</b> .....                                                                                       | 5  |
| <b>Les principales constatations relatives à l'implantation d'une équipe de liaison</b> .....                   | 7  |
| <b>Le guide, un outil pour implanter l'équipe de liaison</b> .....                                              | 8  |
| <b>La composition d'une équipe de liaison</b> .....                                                             | 9  |
| L'équipe médicale et clinique du centre hospitalier .....                                                       | 9  |
| L'équipe de liaison du Centre de réadaptation pour<br>personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) ..... | 10 |
| Des lits multifonctionnels pour servir de soutien<br>à la réadaptation et à la désintoxication .....            | 15 |
| Des services de désintoxication .....                                                                           | 16 |
| <b>La trajectoire des services adaptée à l'équipe de liaison</b> .....                                          | 17 |
| <b>Les fonctions de soutien à l'implantation</b> .....                                                          | 19 |
| La formation .....                                                                                              | 19 |
| La gestion et la coordination .....                                                                             | 20 |
| La gestion des communications .....                                                                             | 20 |
| Le monitoring de la clientèle .....                                                                             | 21 |
| <b>Conclusion</b> .....                                                                                         | 22 |
| <b>Références bibliographiques</b> .....                                                                        | 23 |

## ANNEXES

|          |                                                                                                                                                               |    |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Annexe 1 | Outils .....                                                                                                                                                  | 25 |
| Annexe 2 | Estimation de l'effectif nécessaire<br>à l'implantation d'une équipe de liaison .....                                                                         | 26 |
| Annexe 3 | Journée type de l'infirmière de liaison lorsque<br>disponible 7 jours par semaine .....                                                                       | 27 |
| Annexe 4 | Exemple de critères relatifs à un appel d'offres<br>pour des lits multifonctionnels qui servent de soutien<br>à la réadaptation et à la désintoxication ..... | 28 |
| Annexe 5 | Exemple d'une fiche de bilan périodique<br>des indicateurs de suivi .....                                                                                     | 29 |



## Introduction

Les personnes aux prises avec un problème d'abus ou de dépendances vivent une combinaison complexe de troubles physiques, mentaux et sociaux. De plus, cette concomitance de troubles est en croissance (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007). Cette constatation occasionne d'importantes répercussions sur l'offre de service aux personnes qui présentent des problèmes d'abus ou de dépendances.

De manière générale, et sans égard à la concomitance des troubles en présence, les données nord-américaines indiquent qu'environ 10 % des personnes aux prises avec des problèmes d'abus ou de dépendances ont reçu des traitements spécialisés pour leurs problèmes au cours de la dernière année (SAMHSA, 2006).

En plus de ce faible taux de desserte, les troubles concomitants de dépendances et de santé mentale sont peu traités ou alors ils ne le sont pas, et ils donnent lieu à de multiples réhospitalisations (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006). Bien que la présence d'un trouble de dépendances et, ou, de santé mentale augmente la probabilité qu'une personne soit hospitalisée, la constatation veut que 60 % de la population la plus fortement affectée par des troubles concomitants, c'est-à-dire les personnes qui souffrent de trois troubles et plus, ne reçoit aucun traitement (Kessler *et al.*, 1994).

Devant ce genre de situation, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a déterminé que les personnes qui présentent des problèmes de dépendances et de santé mentale font partie de l'une des clientèles cibles de l'Offre de service en dépendances 2007-2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007).

Dans l'effort auquel il faut consentir pour rejoindre cette clientèle qui reçoit peu de traitement ou n'en reçoit pas, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2007) reconnaît le service d'urgence hospitalier comme étant un des lieux à privilégier pour repérer les personnes qui présentent des problèmes de consommation. Il faut noter également qu'une proportion de personnes consulte à l'urgence des centres hospitaliers pour des raisons d'intoxication, donc pour des besoins sur le plan physique qui notamment, sont liés à la désintoxication.

Les personnes qui se trouvent à l'urgence vivent souvent une crise. Cette condition de vulnérabilité crée un contexte clinique favorable à l'intervention et au changement. Les praticiens disposent alors de peu de temps pour inciter ces personnes à s'inscrire ou à

se réinscrire dans une démarche d'aide au regard de leurs problèmes d'abus ou de dépendances (Bertrand et Ménard, 2005).

Dès lors, procéder à un repérage en centre hospitalier afin que ces personnes soient évaluées, puis orientées de façon claire, simple et rapide au service qui répond le mieux à leur condition devient une façon de faire très pertinente (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007).

Au Québec, la conjoncture des dernières années entourant les urgences hospitalières a mis en relief des difficultés à propos d'un taux élevé d'achalandage. Dans ce contexte, le ministère de la Santé et des Services sociaux à partir de son Offre de service en dépendances, prévoit l'implantation d'un programme régional d'évaluation spécialisée en centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) et priorise le déploiement d'équipes de liaison spécialisées en dépendances à l'urgence en centre hospitalier pour mieux rejoindre la clientèle qui est aux prises avec des problèmes d'abus ou de dépendances et ayant aussi des problèmes de santé mentale et d'itinérance.

Le modèle d'équipe de liaison présenté dans le présent guide est inspiré des résultats significatifs obtenus par la mise en place dans les services d'urgence hospitaliers de la région de la Capitale-Nationale, d'équipes de liaison spécialisées en dépendances (Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve, 2008). Il intègre également des pratiques éprouvées dans des projets similaires réalisés dans les régions de la Chaudière-Appalaches (Giroux, 2008), de la Mauricie et du Centre-du-Québec (Bertrand et Ménard, 2005) ainsi qu'en France (Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, 2003).

Par conséquent, l'objectif du présent guide est de soutenir les CRPAT et les centres hospitaliers dans la mise en place, dans les services d'urgence hospitaliers, d'équipes de liaison spécialisées en dépendances, et ce, en leur fournissant un outil sur les plans clinique, administratif et évaluatif.



### Les principales constatations relatives à l'implantation d'une équipe de liaison

À ce jour, les résultats de la mise en place d'équipes de liaison témoignent de la pertinence et de l'utilité d'une évaluation spécialisée, offerte directement dans les urgences par des professionnels des CRPAT. Les principales constatations observées permettent d'affirmer que la présence, en centre hospitalier, de l'équipe de liaison spécialisée en dépendances favorise :

- **un repérage efficace** par le personnel médical et clinique en centre hospitalier. La présence de l'équipe de liaison en centre hospitalier contribue à favoriser le repérage puisqu'elle est présente pour recevoir les personnes qui y sont dirigées. Ce repérage de personnes ayant un problème d'abus ou de dépendances ou de troubles concomitants de dépendances et de santé mentale se révèle l'enjeu principal dans la réussite de la mise en place d'une équipe de liaison (Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées, France, 2003) ;
- **une détection efficace**, par le personnel du CRPAT, des personnes ayant un problème d'abus ou de dépendances, de troubles concomitants de dépendances et de santé mentale et vivant souvent une situation d'itinérance qui, pour une grande majorité d'entre elles, ne consultent pas en CRPAT au moment de leur consultation à l'urgence. Cette mesure respecte le principe d'adapter les services en allant là où la clientèle se trouve ;
- **des résultats rapides et prometteurs qui contribuent au désencombrement à l'urgence**, particulièrement à l'urgence psychiatrique, en réduisant, de manière significative, la durée de séjour ;

- **l'utilisation de la crise comme une occasion à saisir pour introduire un changement et susciter chez les usagers, une motivation à se faire aider.** En grande majorité, les personnes détectées acceptent l'orientation vers les services de réadaptation en CRPAT, alors que cette clientèle est habituellement perçue comme manifestant peu de motivation à recevoir de l'aide;
- **une orientation plus rapide et mieux ciblée pour répondre aux besoins de la clientèle.** La justesse des orientations a contribué à diminuer le nombre de visites à l'urgence pour un même usager en offrant, dès le départ, un service de réadaptation en CRPAT qui correspond à sa condition. Un bon appariement de la clientèle et des services spécialisés en dépendances agit sur le phénomène des portes tournantes à l'urgence en contribuant à diminuer le nombre de visites pour un même usager;
- **un meilleur arrimage entre dispensateurs de services** pour favoriser l'accès ainsi que la continuité et l'adaptation des soins et des services aux personnes se présentant à l'urgence avec un problème d'abus ou de dépendances. Le jumelage des expertises et la mise en commun des ressources ont réduit les périodes d'attente liées, parfois, aux diagnostics difficiles à établir auprès de ces usagers. Le partage et l'utilisation d'une approche motivationnelle sont alors déterminants pour favoriser une démarche de changement;
- **un plus grand accès à des lits multifonctionnels**, notamment pour le soutien à la réadaptation (observation-transition-stabilisation) à court et moyen terme ou pour le soutien en désintoxication, dès que la condition médicale permet à l'utilisateur d'obtenir son congé du centre hospitalier;
- **un plus grand accès à des lits pour la désintoxication modérée** en CRPAT dès que la condition médicale permet à l'utilisateur d'obtenir son congé du centre hospitalier;
- **une bonification de l'offre de service de réadaptation** (non seulement en dépendances, mais aussi sur le plan des troubles concomitants) en disposant d'une meilleure connaissance des besoins de la clientèle et une plus grande habileté à y répondre.

## Le guide, un outil pour implanter l'équipe de liaison

L'utilité du présent guide se situe dans les grandes étapes d'implantation d'un projet. Ces étapes sont les suivantes :

- informer, sensibiliser et mobiliser les partenaires en échangeant sur les besoins identifiés, la pertinence du projet et la mise en valeur d'une offre de service;
- offrir de la formation au personnel du centre hospitalier et du CRPAT en fonction des nouvelles collaborations qu'amène le projet et en mettant à profit les programmes de formation disponibles;

- donner aux intervenants les instruments nécessaires sur les plans clinique et administratif, ainsi qu'en matière de suivi et d'évaluation ;
- conclure des ententes administratives qui précisent les rôles et les responsabilités des partenaires en cause (qui fait quoi), les modalités d'application (comment et quand) ainsi que les résultats attendus et les mécanismes de suivi.

Le guide représente un outil qui comporte les éléments relatifs à une implantation optimale des équipes de liaison spécialisées en dépendances de CRPAT dans des centres hospitaliers de différentes régions du Québec.

### La composition d'une équipe de liaison

Une équipe de liaison comprend les éléments suivants :

- l'équipe médicale et clinique du centre hospitalier
  - accès à des services de consultation psychiatrique ;
- l'équipe de liaison du CRPAT
  - infirmière de liaison
  - professionnel de réadaptation affecté à la liaison
  - accès aux services d'un médecin ;
- des lits multifonctionnels pour servir de soutien à la réadaptation et à la désintoxication ;
- des services de désintoxication.

---

### L'équipe médicale et clinique du centre hospitalier

L'implantation d'une équipe de liaison par un CRPAT se fait dans un centre hospitalier et, plus étroitement, dans son service d'urgence. Par conséquent, l'équipe médicale et clinique du centre hospitalier représente un partenaire important pour l'équipe de liaison du CRPAT. Initialement, le succès de cette implantation demande un intérêt, un engagement et un désir de collaboration de la part du personnel en centre hospitalier pour que le CRPAT puisse introduire une équipe de liaison. Cet engagement se manifeste par une volonté de préciser les rôles et les responsabilités de chaque partenaire, d'ajuster les pratiques et d'assumer, plus particulièrement, les rôles spécifiques suivants :

- **repérer**, dès leur arrivée à l'urgence, les personnes qui peuvent présenter des problèmes d'abus ou de dépendances. Les **outils de repérage** consistent en quelques questions qui permettent de vérifier si la personne présente des indices d'un problème

d'abus ou de dépendance (annexe 1). Le repérage doit se faire facilement et avec la rapidité nécessaire afin qu'il puisse s'introduire dans la pratique des intervenants de services d'urgence;

- **obtenir** les consentements nécessaires des usagers pour rencontrer l'équipe de liaison dans le respect de la procédure relative à la confidentialité en vigueur dans l'établissement;
- **diriger**, vers l'infirmière de liaison, les personnes repérées, selon les critères convenus;
- **orienter** la clientèle vers un traitement en milieu hospitalier à l'occasion d'un risque de sevrage sévère;
- **participer**, au besoin, à des discussions cliniques avec un membre de l'équipe de liaison pour faciliter le processus de prise de décision clinique et l'orientation vers les services médicaux les plus opportuns. À cette fin, il peut être pertinent que l'expertise d'un psychiatre puisse être mise à contribution au cours d'une discussion clinique, particulièrement en ce qui concerne les personnes présentant des troubles concomitants de dépendances et de santé mentale;
- **donner** le congé à l'usager lorsque sa situation médicale s'est suffisamment stabilisée pour permettre un retour sécuritaire dans le milieu ou une orientation vers un milieu d'hébergement qui permet de poursuivre cette stabilisation.

### ***Accès à des services de consultation psychiatrique***

Compte tenu de la prévalence élevée des troubles de santé mentale chez les personnes qui vivent des problèmes d'abus ou de dépendances, la collaboration des services psychiatriques du centre hospitalier dans le modèle d'équipe de liaison est déterminante. Outre les rôles décrits précédemment au centre hospitalier, il est impératif que les professionnels de la réadaptation affectés à la liaison puissent obtenir l'accès à des consultations psychiatriques lorsque l'usager a fait l'objet d'un suivi ou d'une consultation en psychiatrie et que son état mental redevient instable.

---

### **L'équipe de liaison du Centre de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes**

Les caractéristiques des membres de l'équipe de liaison, c'est-à-dire infirmière et professionnel de la réadaptation affectés à la liaison, ainsi que médecin, sont présentés sur la base de leur lieu d'intervention, de leur disponibilité et de la description de leurs rôles. Avant de décrire ces points, il convient de préciser certaines particularités communes relatives aux aptitudes requises. Par ailleurs, une estimation sommaire de l'effectif nécessaire à une équipe de liaison, est présentée à l'annexe 2.

**Les aptitudes requises** pour assumer la fonction de liaison sont très importantes, autant pour l'infirmière que pour le professionnel en réadaptation affecté à la liaison. Ces professionnels doivent :

- posséder une expertise en dépendances et une excellente connaissance des services dans ce secteur d'intervention ;
- être capables d'autonomie sur le plan professionnel. Cette autonomie s'exprime, particulièrement, dans les dispositions personnelles suivantes :
  - manifester un grand intérêt et des habiletés pour travailler dans le contexte particulier et exigeant d'une urgence hospitalière où les processus de prise de décision exigent la célérité ;
  - posséder une capacité à travailler avec de multiples partenaires et présenter, particulièrement, une facilité à faire équipe avec le personnel des centres hospitaliers ;
  - être en mesure, sur le plan clinique, de faire valoir un jugement professionnel qui est en lien avec plusieurs problématiques et avec des groupes d'utilisateurs souvent marginalisés ;
  - manifester une capacité d'adaptation, permettant rigueur, souplesse et une bonne aptitude à gérer le stress.

Pour s'assurer de disposer de professionnels qui détiennent le plus possible ces caractéristiques, les conditions suivantes doivent être satisfaites :

- informer le personnel sur les exigences et les aptitudes requises ;
- s'assurer que les professionnels qui participent au projet sont en mesure **d'être pleinement opérationnels dès leur entrée en fonction**, cela en mettant à leur disposition une formation spécifique des rôles et des fonctions de l'équipe de liaison.

**L'engagement de l'équipe de liaison** consiste à répondre, le plus rapidement possible, aux besoins des personnes, jeunes et adultes, qui se présentent aux différentes urgences (psychiatrique, physique ou pédiatrique) et aux unités de soins, et qui peuvent requérir un service spécialisé en dépendances. Pour bien circonscrire le pourtour des engagements respectifs et en favoriser le respect, il est nécessaire que les rôles de l'équipe de liaison soient identifiés dans une offre de service élaborée par le CRPAT.

Cet engagement se rapporte non seulement à une fonction de liaison, mais aussi à une fonction d'évaluation et de prise en charge dans un contexte de services de deuxième ligne spécialisés en dépendances. L'équipe de liaison peut intervenir tant que la personne n'est pas prise en charge dans les services réguliers du CRPAT ou d'une autre ressource pertinente.

### ***Infirmière de liaison***

- **Lieu d'intervention** : dispose d'un bureau au centre hospitalier et d'un téléavertisseur pour être jointe rapidement ; possède des cartes professionnelles sur lesquelles ses coordonnées au CRPAT sont mentionnées ; peut accéder par Internet au centre hospitalier en vue de prendre son courrier électronique. Dispose d'un bureau au CRPAT et d'une boîte vocale.
- **Disponibilité** : assure une présence régulière et fréquente, ce qui peut signifier, selon la clientèle à desservir, tous les jours de la semaine. Un exemple d'une journée type se trouve à l'annexe 3.
- **Rôles** :
  - **reçoit** les références des personnes repérées par l'équipe médicale et clinique de l'urgence hospitalière. Au besoin, l'infirmière de liaison peut transmettre de l'information ou participer à des échanges cliniques avec l'équipe médicale qui assume la responsabilité d'orienter les usagers qui nécessitent un service de désintoxication interne en milieu hospitalier ;
  - **accueille** la personne référée et obtient, de la part des usagers, les consentements nécessaires :
    - pour partager de l'information entre les intervenants du CH et du CRPAT ;
    - pour consulter son dossier médical au centre hospitalier ;
    - à conserver, dans le dossier de l'usager du CRPAT, les informations nécessaires à leurs interventions ;
    - pour consigner, dans son dossier médical du centre hospitalier, l'information qui découle des rencontres, au centre hospitalier, entre les intervenants du CRPAT et l'usager ;
  - **valide** ses impressions cliniques à l'aide d'outils standardisés de détection de la problématique de dépendances (par exemple, DÉBA-Alcool, DÉBA-Drogues, DÉBA-Jeu, DEP-ADO) (annexe 1) et les risques associés au sevrage (par exemple, NID-ÉP, NID-EM ou CIWA-Ar). Lorsqu'un trouble concomitant en santé mentale est présent, une évaluation sommaire est menée en étroite collaboration avec l'équipe médicale de l'urgence. L'Offre de service en dépendances 2007-2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007) prévoit l'utilisation d'un coffre à outils pour effectuer le repérage et la détection ;
  - **échange** de l'information ou participe, avec le personnel médical et clinique du centre hospitalier, à l'orientation vers les services requis en déterminant les mesures thérapeutiques à déployer ;
  - **consulte**, au besoin, le médecin du CRPAT ;
  - **demande**, au besoin, une consultation auprès de l'équipe médicale pour des problèmes de santé physique ou mentale qui n'ont pas fait l'objet, au préalable, d'une consultation ;
  - **collabore** étroitement avec l'équipe du service social du centre hospitalier ;

- **dirige** les usagers :
  - vers le programme régional d'évaluation spécialisée selon les modalités de référence prévues. Lorsque la condition des usagers ne permet pas l'évaluation immédiate, l'infirmière les dirige vers le professionnel du CRPAT affecté à la liaison afin de poursuivre le travail de stabilisation et d'orientation dans la trajectoire des services en réadaptation et en vue de leur offrir le soutien nécessaire durant cette période de transition. À cette fin, l'infirmière a accès, dans les plages horaires de ce professionnel, à un nombre déterminé et suffisant de possibilités permettant de proposer à l'utilisateur un rendez-vous dans un délai rapide (maximum de trois à quatre jours);
  - vers le CRPAT, selon la gravité anticipée du sevrage, soit pour de la désintoxication externe intensive, soit pour des services de désintoxication avec hébergement, comme le définit l'Offre de service en dépendances 2007-2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007). En l'absence des lits nécessaires au CRPAT, l'infirmière entreprend une discussion clinique avec l'équipe médicale de l'urgence pour maintenir l'hospitalisation en vue de permettre un sevrage suffisant qui permettra de donner le congé en toute sécurité;
  - vers des lits multifonctionnels qui servent de soutien à la réadaptation (observation-transition-stabilisation) ou de soutien en désintoxication, de façon à offrir un milieu sécuritaire lorsque les usagers quittent l'urgence (ou une unité de soins), lorsque cela est nécessaire et dès que leur condition médicale ne nécessite pas ou ne nécessite plus l'accès au centre hospitalier. L'infirmière donne accès aux lits, s'assure au quotidien de la disponibilité de ces derniers et **veille** à leur utilisation optimale selon l'évolution de la condition des personnes qui les occupent. Un accompagnement doit être prévu pour faciliter cette orientation;
- **rencontre**, au besoin, les usagers aux unités de soins pour procéder à la détection ou pour assurer un suivi permettant de compléter l'orientation.

### ***Professionnel de la réadaptation affecté à la liaison***

- **Lieu d'intervention** : les entrevues se déroulent principalement dans les locaux du CRPAT. Le professionnel de la réadaptation peut aussi, au besoin, rencontrer les usagers aux unités de soins ou dans d'autres ressources ou lieux facilitant l'accès;
- **Disponibilité** : elle doit être suffisante pour accueillir rapidement les usagers qui ont été référés par l'infirmière de liaison et pour permettre un soutien durant la période de transition avant que ces usagers soient évalués et qu'ils s'insèrent dans les services de réadaptation vers lesquels ils seront orientés;
- **Rôles** :
  - **soutient**, sur le plan clinique, l'infirmière de liaison;
  - **collabore** étroitement avec l'infirmière de liaison et les autres professionnels du programme régional d'évaluation spécialisée, dans une perspective de réciprocité, de concertation et de plus grande efficacité;

- **intervient**, brièvement et immédiatement, en mettant la priorité sur la stabilisation de l'état de la personne afin qu'elle s'insère dans les programmes habituels de réadaptation du CRPAT :
  - il apporte un soutien qui peut aussi viser à ce que la personne réduise sa consommation et à ce que les conséquences négatives qui en découlent soient amoindries. Le professionnel favorise aussi le développement ou le maintien de la motivation de la personne ;
  - il planifie l'évaluation spécialisée avec l'équipe du programme régional d'évaluation spécialisée dès que la condition de la personne le permet. La collaboration se manifeste dans la dispensation de services pouvant prendre la forme d'un groupe de soutien, d'une gestion de crise, d'une intervention motivationnelle, d'une réinsertion sociale, ainsi que dans les échanges cliniques aux fins d'évaluation et d'orientation ;
  - il assure le suivi jusqu'à ce que la personne ait accès au programme régulier vers lequel elle est dirigée et, le cas échéant, travaille en vue de prévenir une rechute. L'intervention individuelle est privilégiée tant que l'état de l'utilisateur n'est pas stabilisé ;
- **agit de concert**, au besoin, durant cette période de stabilisation, avec les services de psychiatrie du centre hospitalier, particulièrement en présence de troubles concomitants de dépendances et de santé mentale. Avec les partenaires concernés, il détermine les services les mieux adaptés aux besoins de la personne, en apportant son expertise sur les dépendances. Cette concertation peut donner lieu à une prise en charge commune.

### ***Accès aux services d'un médecin***

L'engagement, dans l'équipe de liaison, des services médicaux du CRPAT en est un, particulièrement, de soutien à l'infirmière de liaison du CRPAT ; par conséquent, c'est un engagement consultatif. Ces médecins ne sont pas appelés à intervenir directement auprès de la clientèle visée ou à traiter directement avec le personnel médical du centre hospitalier.

- **Les rôles** de ces services médicaux auprès de l'équipe de liaison sont les suivants :
  - **soutien à l'évaluation et à l'intervention** : sur demande de l'équipe de liaison, les services médicaux peuvent donner un point de vue médical sur les symptômes observés, dont ceux liés aux risques associés au sevrage, les perspectives de diagnostic et les répercussions sur la santé. Cette approche représente un soutien à la prise de décision en vue d'une orientation vers les services de désintoxication ou vers tout autre service requis par la condition de la personne. Dans de telles situations, l'équipe de liaison fait mention, au besoin, de l'opinion exprimée par le médecin du CRPAT dans ses rapports avec le personnel médical du centre hospitalier. Les décisions finales en ce qui concerne le patient reviennent au médecin du centre hospitalier ;

- **soutien médical** : à la demande du professionnel affecté à la liaison et, exceptionnellement, lorsque l'utilisateur n'a pas de médecin, les services médicaux du CRPAT peuvent rencontrer l'utilisateur pour donner un point de vue médical sur les symptômes observés dont ceux liés aux risques de sevrage ;
- **soutien à la formation** : les médecins peuvent également agir comme formateurs au bénéfice des membres de l'équipe de liaison avant leur entrée en fonction et, au besoin, dans l'exercice de leurs fonctions. Si le CRPAT ne dispose pas d'un effectif médical en mesure d'assumer ce rôle, l'établissement doit trouver une autre modalité pour s'assurer que l'équipe de liaison bénéficiera d'une telle formation ;
- **disponibilité aux réunions d'équipe** : cette disponibilité contribue, sur le plan clinique, à la réflexion entourant les évaluations conduites auprès de la clientèle, le cheminement vers les services ainsi que les rapports de collaboration entretenus avec les équipes médicales et cliniques du centre hospitalier.

---

### **Des lits multifonctionnels pour servir de soutien à la réadaptation et à la désintoxication**

Pour offrir un soutien à la réadaptation et à la désintoxication, il est utile de savoir que les lits multifonctionnels sont importants dans l'offre de service de l'équipe de liaison. Ils visent à répondre à une variété de besoins d'hébergement, tels que l'**observation**, la **transition** et la **stabilisation**. Ils permettent aussi de mettre fin, plus rapidement, à l'hospitalisation des personnes dont la condition a été jugée suffisamment sécuritaire pour obtenir un congé définitif et y être orientées. L'utilisation de ces lits se fait toujours dans la perspective de susciter, chez l'utilisateur, une démarche de réadaptation au CRPAT.

Tel que cela est précisé dans l'Offre de service en dépendances 2007-2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007), le CRPAT peut procéder par entente de service, avec un organisme certifié en toxicomanie offrant de l'hébergement lorsqu'il ne dispose pas lui-même des ressources nécessaires. Un exemple de critères relatifs à un appel d'offres se trouve à l'annexe 4.

À l'intérieur d'une équipe de liaison, l'hébergement dans ce type de ressource est pour une période transitoire n'excédant pas quinze jours. Dans les faits, les références effectuées donnent lieu à des séjours moyens d'environ cinq jours (Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve, 2008). La gestion des lits par l'infirmière de liaison se fait de façon efficiente, ce qui donne une certaine latitude pour répondre rapidement aux besoins d'orientation.

En ce qui concerne les personnes qui présentent une situation d'itinérance, un travail étroit de collaboration est entrepris, dès les premières rencontres entre l'équipe de liaison et les intervenants du service social du centre hospitalier. L'objectif principal consiste alors à prendre contact avec les ressources qui travaillent dans ce secteur d'activités, dont celles qui offrent le gîte et le couvert, pour faire en sorte que ces personnes y reçoivent rapidement un soutien adapté à leur condition.

## **Des services de désintoxication**

L'état fréquent d'intoxication dans lequel se présentent à l'urgence les personnes aux prises avec des problèmes d'abus ou de dépendances les met à risques de sevrage plus ou moins sévère lorsque survient un arrêt de consommation. Les meilleures pratiques en désintoxication font état de l'importance de disposer d'une gamme de services de désintoxication qui répondent à cette variété de risques associés au sevrage (Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxico-manes, 2008).

C'est pour répondre à ces différents risques associés au sevrage, et parce que ce moment se révèle déterminant dans l'amorce ou la poursuite du cheminement de la clientèle, que l'équipe de liaison comporte une variété de services de désintoxication, conformément à ceux prévus dans l'Offre de service en dépendances 2007-2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007).

### ***Désintoxication externe intensive en CRPAT***

Ce service comporte des consultations médicales à l'externe qui exigent la disponibilité d'infirmières pour faire le **suivi quotidien** des usagers dont le sevrage est qualifié de léger à modéré.

### ***Désintoxication avec hébergement en CRPAT***

Il est estimé que de 20 à 30 % des usagers dirigés vers l'infirmière de liaison peuvent requérir ce type de service (Duguay et collaborateurs, 2008; Bertrand et Ménard, 2005) pour un sevrage qualifié de modéré.

On considère deux sous-niveaux de services de désintoxication avec hébergement: un service plus léger, géré par du personnel détenant une formation psychosociale, et un service, géré par du personnel infirmier, susceptible de soigner des gravités plus importantes de sevrage. L'infirmière de liaison peut référer les usagers vers ces deux types de service.

Pour ce niveau de service de désintoxication, les services sont gérés par du personnel infirmier 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une disponibilité médicale au besoin. Si un CRPAT ne dispose pas d'un tel service, les usagers repérés à l'urgence et qui ont besoin de ce service devraient demeurer plus longtemps en centre hospitalier afin qu'ils puissent terminer leur sevrage de manière sécuritaire.

### ***Désintoxication interne en milieu hospitalier***

Il est estimé qu'environ 10% des personnes qui présentent un diagnostic d'abus ou de dépendance aux substances, et requérant des services spécialisés en dépendances, ont besoin d'être orientées au préalable pour une désintoxication interne en milieu hospitalier à l'occasion d'un sevrage sévère (Rush, 1990).

Ce service est supervisé par du personnel médical et infirmier. Pour les CRPAT qui disposent, dans leur région, d'un tel service, des ententes doivent être conclues ou maintenues pour en faciliter l'accès. Ces ententes doivent prévoir des mécanismes de liaison facilitant la continuité d'une démarche de traitement à la suite de cette désintoxication. Pour l'instant, les régions qui ne disposent pas d'un tel niveau de service de désintoxication doivent établir des ponts avec les centres hospitaliers d'autres régions qui offrent ce service.

#### **La trajectoire des services adaptée à l'équipe de liaison**

Dans l'implantation d'une équipe de liaison, il importe que les partenaires en CRPAT et en centre hospitalier se représentent, de la même manière, le cheminement de la clientèle dans les services. La trajectoire de service donne une indication claire des possibilités de ce cheminement. C'est dans cette trajectoire que s'inscrivent les rôles, précédemment décrits, des différents intervenants participants.

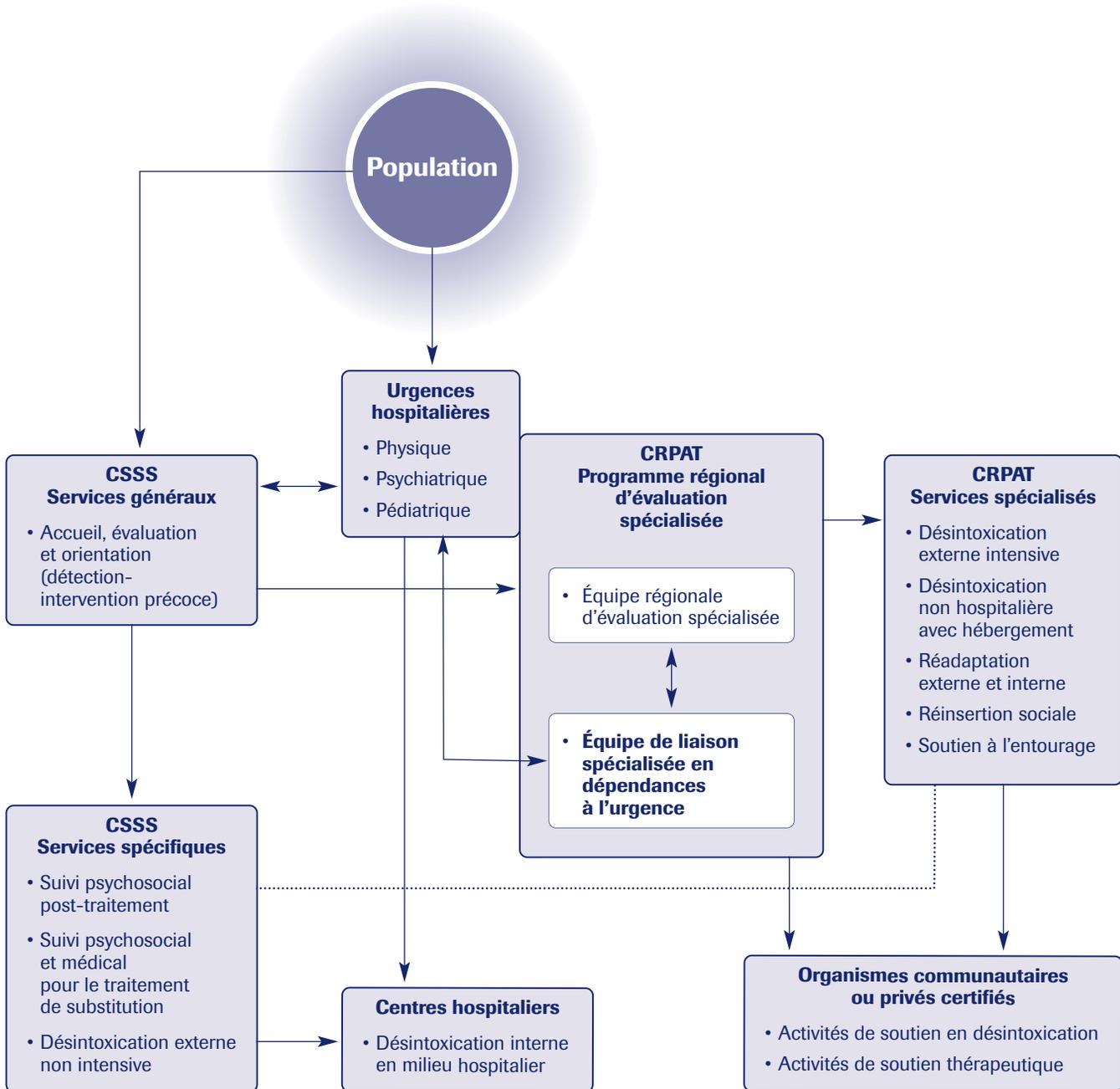
Cette trajectoire, illustrée à la figure 1, présente les services qui sont en lien direct avec l'équipe de liaison et elle s'inscrit en concordance avec l'Offre de service en dépendances 2007-2012 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007).

Dans la trajectoire de service adaptée à l'équipe de liaison, l'ensemble des personnes qui sont référées au CRPAT viennent des urgences du centre hospitalier. Le programme régional d'évaluation spécialisée est le service prévu pour disposer de ces références. L'équipe de liaison en centre hospitalier est une composante de ce programme qui vise à rejoindre les personnes vulnérables qui consultent dans les services d'urgences.

L'implantation d'une équipe de liaison montre, à ce jour, l'importance que le CRPAT élabore et dépose une offre de service, et ce, dès l'instauration du partenariat avec le centre hospitalier. Cette offre doit être claire dans la description des rôles et responsabilités liés à cette trajectoire de service. Elle doit aussi être comprise et acceptée par chacune des parties.

Cependant, les différentes composantes et les modalités de fonctionnement peuvent varier selon les caractéristiques distinctives de chacune des régions ou des territoires (par exemple, masse critique, disponibilité de l'effectif, nature de l'offre de service disponible, degré de concertation entre les partenaires).

Figure 1 – Trajectoire des services adaptée à l'équipe de liaison



## Les fonctions de soutien à l'implantation

Le déploiement d'une équipe de liaison nécessite un certain nombre d'activités de soutien pour qu'il puisse être optimal. Elles portent sur la formation, la gestion et la coordination, la gestion des communications et le monitoring de la clientèle. Pour parvenir à des changements effectifs et durables quant à l'intégration d'actes préventifs dans la pratique des cliniciens, certaines conditions d'efficacité sont établies dans le document, *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature* (Provost, et coll. 2007). En somme, ces conditions sont la motivation et l'accompagnement des milieux, la flexibilité, l'intensité et la continuité de l'intervention, ainsi que l'inclusion de changement organisationnel dans l'intervention.

---

### La formation

Avant tout, la formation requise est celle des membres de l'équipe de liaison du CPRAT avant qu'ils entrent en fonction. Cette formation est déterminante et relève de la responsabilité du CRPAT. Celui-ci doit s'assurer que l'équipe de liaison dispose des connaissances, des compétences et des outils nécessaires à l'exercice de ses fonctions. De plus, la formation doit comporter une prise de connaissance exhaustive de l'offre de service en dépendances et des critères pour référer à un service plutôt que vers un autre, en tenant compte de la trajectoire de service. Cette formation auprès de l'équipe de liaison est encore plus importante si l'effectif médical ou les services de désintoxication dont dispose le CRPAT pour soutenir les interventions de l'équipe sont peu nombreux.

Quant au centre hospitalier, il doit également s'assurer que son personnel est formé en ce qui concerne le repérage, et ce, afin de permettre l'arrimage cohérent des activités avec l'équipe de liaison du CRPAT et afin qu'il puisse procéder au repérage des problèmes d'abus ou de dépendances auprès de la clientèle. Dans le contexte de l'implantation d'équipes de liaison de CRPAT, le ministère de la Santé et des Services sociaux, par l'intermédiaire d'une formation réseau (Formation première ligne adulte en dépendances – Volet centres hospitaliers) rend disponible une formation spécifique qui s'adresse aux médecins ainsi qu'au personnel infirmier et psychosocial afin de les aider à mieux repérer les usagers qui éprouvent des problèmes d'abus ou de dépendances et qui manifestent des troubles concomitants (dépendances, problèmes de santé mentale, itinérance) et dans le but de pouvoir intervenir auprès d'eux.

---

## **La gestion et la coordination**

Sur le plan de son implantation, un nouveau projet comporte ses exigences. La désignation d'un gestionnaire attiré au projet dans chacun des établissements (CRPAT, CH) se révèle un élément déterminant pour assurer la coordination et l'encadrement du projet.

L'instauration d'une équipe de liaison comporte également la mise en place d'un comité travaillant à l'implantation. Ce comité est composé de représentants du CRPAT et du personnel du centre hospitalier (par exemple, cogestionnaire médical, infirmière-chef de l'urgence pour les soins physiques et psychiatriques, travailleur social de l'urgence). Le mandat du comité consiste à veiller au bon fonctionnement des collaborations et d'apporter les ajustements nécessaires lorsque se présentent des difficultés.

Durant cette même période d'implantation, l'équipe de liaison du CRPAT tient une rencontre hebdomadaire avec son gestionnaire. Ces rencontres permettent d'acquérir une vision articulée de l'équipe mise en place et d'apporter les correctifs nécessaires à un excellent fonctionnement et à un arrimage cohérent et optimal dans les activités avec les praticiens de l'urgence.

Le support conjoint des directions du centre hospitalier et du CRPAT est, lui aussi, déterminant dans la capacité de passer à travers les obstacles inhérents à l'implantation d'une nouvelle pratique de concertation.

---

## **La gestion des communications**

L'infirmière de liaison, sur les lieux de l'urgence, fait équipe avec les intervenants du milieu médical de l'urgence, avec les autres membres de l'équipe de liaison et avec les services de réadaptation de son CRPAT. Des stratégies sont déployées pour favoriser les communications et atteindre les objectifs attendus.

- **Sur le plan de la demande de service.** Une requête professionnelle est remplie par un membre du personnel du centre hospitalier pour rencontrer l'infirmière de liaison du CRPAT. Cette requête nécessite le consentement de l'utilisateur. Par ailleurs, la requête professionnelle, remplie par l'infirmière de liaison du CRPAT au moment de l'orientation de l'utilisateur, est condensée dans une page et elle est retournée au dossier du centre hospitalier et au dossier du CRPAT. Elle comporte les éléments suivants:
  - les motifs de consultation à l'urgence;
  - les données sociodémographiques (âge, sexe, statut social, enfants à charge, source de revenus, aspect juridique, hébergement);
  - l'histoire de la problématique (produits consommés, habitude de jeu, fréquence, quantité, dernière consommation, manifestation et risques associés au sevrage);
  - les services de réadaptation reçus antérieurement en dépendances et les périodes d'abstinence;

- le degré de motivation pour arrêter la consommation ;
- l'orientation (le rendez-vous avec le professionnel, la proposition de service formulée à l'utilisateur et la décision de ce dernier d'accepter ou non cette proposition) ;
- la présence d'idées suicidaires et l'état des affects.

De plus, un consentement est nécessaire pour accepter les services du CRPAT et pour échanger de l'information clinique entre les professionnels des deux établissements. Ce consentement est conforme aux règles établies en la matière.

- **Sur le plan des dossiers.** Un dossier est ouvert lorsque l'infirmière a commencé avec l'utilisateur des activités d'évaluation ou de réadaptation. Le déplacement des dossiers se fait dans le respect de la procédure de sécurité prévue dans la politique de l'établissement portant sur la gestion des dossiers. Un travail est nécessaire pour faire la reprographie de formulaires, d'outils dont une copie se trouve dans le dossier de l'utilisateur du CRPAT et dans celui de l'équipe responsable du monitoring de la clientèle. Les CRPAT disposent d'un logiciel (SIC-SRD) pour y insérer les données relatives au cheminement de la clientèle. Les indicateurs de suivi du projet font l'objet d'une fiche à remplir aux fins d'évaluation et de recherche.
- **Sur le plan des relations cliniques et administratives.** À l'intérieur du fonctionnement de l'équipe de liaison, les communications se font au quotidien. Cette quotidienneté permet de faciliter les rapprochements et d'assurer une concertation où chaque partenaire apprend à utiliser les compétences de l'autre. Tout imprévu exceptionnel donne lieu à une communication des plus diligentes de façon à assurer la chaîne de services dans les délais les plus brefs. L'infirmière de liaison dispose d'une boîte vocale au CRPAT à laquelle elle peut avoir accès plusieurs fois durant sa journée de travail. Elle dispose également d'un téléavertisseur lui permettant d'être jointe rapidement si le besoin l'exige. Si elle a des besoins sur le plan du soutien administratif, elle prend contact avec le gestionnaire de son service pour obtenir le soutien en question. S'il s'agit d'un besoin sur le plan du soutien clinique, elle fait appel au professionnel affecté à l'équipe de liaison ou au médecin du CRPAT si le besoin de soutien est d'ordre médical.

---

## **Le monitoring de la clientèle**

Il semble nécessaire de documenter l'utilisation de ce nouveau service qu'est l'équipe de liaison. Les données suivantes sont des exemples d'indicateurs qui peuvent être retenus pour entreprendre ce monitoring :

- nombre de demandes de service à l'équipe de liaison en étant en mesure de préciser le nombre de personnes différentes étant donné que certaines d'entre elles peuvent se retrouver à répétition à l'urgence ;
- proportion selon le sexe et l'âge ;
- provenance de la demande de consultation ;
- principaux motifs de consultation ;

- proportion d'usagers orientés vers les services du CRPAT après évaluation par l'équipe de liaison ;
- proportion des usagers ne recevant aucun service pour leur problème de dépendances ;
- proportion des usagers qui acceptent l'orientation proposée par l'équipe de liaison ;
- durée moyenne de séjour à l'urgence des usagers retournés à leur domicile ou dans les lits multifonctionnels coordonnés par le CRPAT, après évaluation et soins. Cette variable peut être calculée différemment d'un centre hospitalier à l'autre.

Ces données aident les cliniciens et les gestionnaires directement engagés sur le terrain à mieux identifier les besoins des usagers potentiels ciblés, ainsi qu'à améliorer les pratiques cliniques et l'offre de service (annexe 5).

## Conclusion

À ce jour, les expériences conduites au Québec montrent que l'implantation d'une équipe de liaison spécialisée en dépendances donne des effets positifs sur les plans de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services. Concrètement, elle contribue à mieux détecter, orienter et traiter les personnes qui présentent des problèmes de dépendances souvent concomitants à plusieurs problématiques (santé mentale, ITSS, itinérance) et, particulièrement, celles qui sont peu rejointes par les CRPAT ou qui ne le sont pas. Ce modèle d'intervention permet également de réduire, significativement, la durée de séjour dans les services d'urgence et de diminuer le phénomène des portes tournantes.

L'équipe de liaison est une illustration concrète d'un projet concerté qui vise à optimiser l'expertise disponible permettant ainsi une meilleure accessibilité des services pour les clientèles les plus vulnérables. Ce type de mesure favorise la création de partenariats importants entre les CSSS, les centres hospitaliers universitaires et les CRPAT. Cette collaboration ne peut que mieux servir les usagers et laisser place au renforcement des trajectoires et corridors de services locaux et régionaux en dépendances.

## Références bibliographiques

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (AQESSS). *Guide de gestion de l'urgence*, septembre, 2006, 250 p.

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

CENTRE DE RÉADAPTATION UBALD-VILLENEUVE. *Équipe de liaison spécialisée en dépendances dans les urgences hospitalières: Offre de service du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve au CHUQ-CHUL, Région de la Capitale-Nationale*, présentation au comité MSSS-Agences, 28 mai 2008, 35 diapositives.

CENTRE DE RÉADAPTATION UBALD-VILLENEUVE. *Projet-pilote à l'urgence du CHUQ-CHUL: programme conjoint d'intervention auprès des clientèles à l'urgence du CHUQ-CHUL qui présentent des troubles concomitants de dépendances et de santé mentale, présenté au Comité de coordination nationale sur les urgences en santé mentale (CCNU)*, 7 mars 2007a, 4 p.

CENTRE DE RÉADAPTATION UBALD-VILLENEUVE. *Appel d'offres pour deux lits d'observation/transition dans la communauté*, juin, 2007b, 5 p.

CENTRE DE RÉADAPTATION UBALD-VILLENEUVE. *Offre de service en dépendances auprès des clientèles admises à l'urgence au CHUQ-CHUL*, Québec, juillet, 2007c, 6 p.

DUGUAY, L., N. BLANCHETTE-MARTIN, R. PARENT et M.-P. GUÉRIN. *Équipes de liaison en dépendances implantées aux urgences du CHUQ-CHUL et de l'hôpital du CSSS de Beauce*, Présentation, Journée des partenaires du RISQ, Saint-Augustin-de-Desmaures, 4 avril 2008, 47 diapositives.

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES. *Les services de désintoxication dans les centres de réadaptation en dépendances: meilleures pratiques et offre de service de base dans un contexte de réseau intégré de services*, Montréal, 2008, 62 p.

GIROUX, F. *Projet Infirmier pivot en dépendances: rapport d'évaluation final*, Centre de réadaptation en dépendances Chaudière-Appalaches (CRAT-CA), janvier 2008, 9 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2, 2005.

KESSLER, R. C., K. MCGONAGLE, S. ZHAO, C. D. NELSON, M. HUGHES, S. ESHLEMAN, H. WITTCHEM et K. KENDLER. *Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States; Results from the National Comorbidity Survey*, Archives of General Psychiatry, 1994, 51, p. 8-19.

## Guide d'implantation

Équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme-services Dépendances: Offre de service 2007-2012, Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience*, 2007, 56 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 80 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES. *Guide de bonnes pratiques pour les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie*, France, décembre 2003, 43 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Alcohol in emergency Departments*, rapport sommaire, 2007.

PROVOST, M.-H., et autres. *Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques: revue de la littérature*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 168 p. (Collection L'intégration de pratiques cliniques préventives)

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

SAMHSA. *Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health: National findings*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, 2006.

TREMBLAY, J., M. TOURIGNY, Y. GINGRAS et J. DUMONT. *Proposition d'un requis de service pour la Capitale-Nationale 2007-2015: «Pour vivre autrement sa vie»*, Centre Ubald-Villeneuve, mai 2007, 61 p.

## Annexe 1

### Outils

---

Le ministère de la Santé et des Services sociaux rend disponible un coffre à outils comprenant des tests validés et standardisés pour le repérage et la détection des problèmes de dépendances, ainsi qu'un outil pour l'intervention précoce. Voici quelques exemples d'outils contenus dans ce coffre ainsi que d'autres outils, portant sur le risque du sevrage et sur l'évaluation spécialisée, qui peuvent être utilisés dans le contexte d'une équipe de liaison spécialisée en dépendances.

#### COFFRE À OUTILS

##### *Outils de repérage<sup>1</sup>*

CAGE-AID: Cut, Annoyed, Guilty, Eye-Opener-Adapted to include Drugs-Conjoint screening questionnaires for alcohol and other drug abuse: Criterion validity in primary care practice. (Brown & Rounds, 1995).

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001).

##### *Outils de détection des problèmes de dépendance<sup>2</sup>*

DÉBA-A/D: Dépistage évaluation du besoin d'aide-Alcool/Drogues (Tremblay, Rouillard & Sirois, 2000. Rév. mai 2001).

DÉBA-Jeu: Dépistage évaluation du besoin d'aide-Jeu (Tremblay, Ménard & Ferland, 2003. Révision décembre 2005).

DEP-ADO: Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (Germain, Guyon, Landry, Tremblay, Brunelle, Bergeron, Version 3.1-octobre 2003).

GAIN-SS: Global Appraisal of Individual Needs-Short Screener (Dennis, Chan & Funk, 2006).

#### AUTRES OUTILS

##### *Outils d'évaluation des risques associés au sevrage<sup>3</sup>*

NID-ÉP: Niveau de Désintoxication-Évaluation par les intervenants psychosociaux (Rouillard & Tremblay, 2004).

- 
1. Outils validés et présents dans le coffre à outils offert par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
  2. Outils validés et présents dans le coffre à outils offert par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
  3. Ces trois outils d'évaluation ne se trouvent pas dans le coffre à outils, mais ils sont recommandés par les meilleures pratiques en désintoxication (Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, 2008).

NID-ÉM: Niveau de désintoxication-Évaluation par les intervenants médicaux (Rouillard, Tremblay & Boivin, 1999).

CIWA-Ar: Outil validé pour évaluer le nombre et l'intensité des symptômes de sevrage associés à l'arrêt d'une consommation d'alcool (Sullivan *et al.*, 1989).

#### *Outils d'évaluation de la gravité d'une toxicomanie*

IGT-adolescent: Indice de gravité d'une toxicomanie pour les adolescents (Landry, Bergeron, Provost, Germain, Guyon, 2000).

IGT-adulte: Indice de gravité d'une toxicomanie pour la clientèle adulte (Bergeron, Landry, Ishak, Vaugeois, Trépanier, 1992).

GAIN: Global Appraisal of Individual Needs-Version 5 (Dennis, Chan & Funk, 2003).

## Annexe 2

### **Estimation de l'effectif nécessaire à l'implantation d'une équipe de liaison**

À partir du modèle prévisionnel des besoins (Rush, 1990) et du modèle d'implantation des équipes de liaison de la région de la Capitale-Nationale, il est possible d'estimer l'effectif nécessaire et les besoins en lits de désintoxication modérée dans un CRPAT, comme le tableau suivant l'illustre.

| <b>Nombre total d'usagers<br/>sur une civière</b> | <b>ETC<br/>(infirmier)</b> | <b>ETC<br/>(réadaptation)</b> | <b>Lits de désintoxication<br/>modérée en CRPAT</b> |
|---------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 14 500 et plus                                    | 1,5                        | 2,5                           | 2                                                   |
| De 10 000 à 14 499                                | 1,5                        | 1,5                           | 1                                                   |
| 10 000 et moins                                   | 1,5                        | 1                             | 1                                                   |

En plus de ces ressources allouées s'ajoute, au tronc commun, la disponibilité de ressources médicales pour assurer un soutien clinique et des activités de formation non seulement à l'équipe de liaison, mais aussi à d'autres professionnels, ou gestionnaires, engagés dans la trajectoire des services aux usagers visés par la question.

## Annexe 3

### **Journée type de l'infirmière de liaison lorsque disponible 7 jours par semaine (50,75 heures)**

- Sur semaine, l'horaire de travail de l'infirmière s'échelonne de 7 h 30 à 16 h. La fin de semaine, il s'échelonne de 7 h 30 à 13 h. Son bureau se situe au centre hospitalier.
- À son arrivée, elle prend connaissance du cahier de bord de l'équipe de liaison du CRPAT, où se trouvent les principaux renseignements portant sur le mouvement des usagers (c'est-à-dire admissions, évolution des usagers). Elle prend connaissance des messages dans sa boîte vocale au CRPAT.
- À 7 h 45, elle participe à la réunion de l'équipe d'urgence (horaires de jour et de nuit). Cette rencontre informe de la condition des usagers à l'urgence, y compris ceux qui sont arrivés au cours de la nuit. Les besoins de consultation sont déterminés. Cette participation permet également à l'infirmière d'entretenir, au quotidien, un sentiment d'appartenance et de tisser des liens de concertation avec l'équipe d'urgence.
- Elle **établit ses priorités** et convient de son plan de journée, tout en sachant que d'autres priorités pourront s'intercaler dans son horaire.
- Elle **identifie** les usagers de l'urgence qu'elle doit rencontrer durant la journée. Elle peut rencontrer des usagers qui sont maintenant à une unité de soins et qui requièrent un suivi pour des fins d'orientation. Le nombre de personnes rencontrées peut varier d'une journée à l'autre. Les données disponibles à ce jour montrent que, sur une base hebdomadaire, le nombre demeure relativement stable (Duguay, 2008).
- Elle **rencontre** les personnes référées vers elle afin de détecter et d'évaluer notamment la problématique de dépendances.
- Elle **remplit** les rapports cliniques et fait la tenue de ses dossiers.
- Elle est **présente** l'équivalent d'une demi-journée par semaine au CRPAT pour les réunions d'équipe, la gestion des dossiers, la supervision, etc.

## Annexe 4

### **Exemple de critères relatifs à un appel d'offres pour des lits multifonctionnels qui servent de soutien à la réadaptation et à la désintoxication (observation-transition-stabilisation)**

Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, 2007b

---

- L'organisme retenu devra être certifié par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Les lits d'observation-transition 24/7 sont situés dans un territoire prédéterminé et sont réservés exclusivement au projet.
- L'accès aux lits d'observation-transition 24/7 est géré par le CRPAT, par l'intermédiaire de l'infirmière de liaison.
- L'organisme s'engage à fournir le transport des usagers entre le lieu d'hospitalisation et sa ressource, et ce, dans le délai prescrit.
- Le personnel de cet organisme possède les compétences et les habiletés nécessaires pour travailler avec les usagers qui présentent la double problématique dépendances et santé mentale.
- L'organisme s'assure que l'offre de service répond aux besoins de la clientèle visée et il assume la responsabilité de la qualité et de la sécurité des services offerts dans ces lits.
- L'organisme travaille avec les professionnels du CRPAT ainsi qu'avec tous les autres partenaires qui participent à la prestation de services requis pour l'utilisateur.
- Les usagers ont accès gratuitement à ces lits multifonctionnels.
- L'organisme doit avoir une assurance responsabilité civile générale.

## Annexe 5

### Exemple d'une fiche de bilan périodique des indicateurs de suivi

Équipe de liaison spécialisée en dépendances du Centre de réadaptation  
Ubald-Villeneuve (CRUV) auprès des usagers aux urgences du CHUQ-CHUL

| Renseignements généraux                                                                                                                                                                  | Renseignements spécifiques                                                              | Période allant                                                                    |                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                          |                                                                                         | du 16 juillet 2007<br>au 23 juin 2008<br>(49 semaines)                            | du 16 juillet 2007<br>au 30 septembre 2008<br>(63 semaines)                         |
| Nombre de demandes de service aux infirmiers de liaison du CRUV depuis le début du projet                                                                                                |                                                                                         | <b>577</b> <sup>1</sup>                                                           | <b>727</b> <sup>2</sup>                                                             |
| Proportion selon sexe                                                                                                                                                                    | Homme<br>Femme                                                                          | 62%<br>38%                                                                        | 63%<br>37%                                                                          |
| Proportion selon âge                                                                                                                                                                     | 17 ans et moins<br>De 18 à 29 ans<br>De 30 à 39 ans<br>De 40 à 49 ans<br>50 ans ou plus | 5%<br><b>34%</b><br>24%<br>22%<br>15%                                             | 4%<br><b>34%</b><br>23%<br>21%<br>18%                                               |
| Provenance de la demande de consultation (plus significative)                                                                                                                            | Urgence psychiatrique<br>Urgence physique<br>Unité de soins                             | <b>51%</b><br>31,9%<br>10,4%                                                      | <b>49,4%</b><br>32,2%<br>10,7%                                                      |
| Principaux motifs de consultation                                                                                                                                                        | Crise suicidaire<br>Intoxication aux substances psychoactives<br>Santé mentale          | 30,8%<br>25,5%<br>11,3%                                                           | 29%<br>26%<br>11,7%                                                                 |
| Proportion des usagers ayant refusé d'être évalués par le personnel infirmier de liaison lors de la demande de service                                                                   |                                                                                         | 4%<br>(25 personnes)                                                              | 4%<br>(32 personnes)                                                                |
| Proportion des usagers orientés vers le CRUV après évaluation par le personnel infirmier de liaison                                                                                      |                                                                                         | <b>76,8%</b>                                                                      | <b>82,7%</b>                                                                        |
| Proportion des usagers ne recevant aucun service pour leur problème de dépendance                                                                                                        |                                                                                         | <b>84,7%</b>                                                                      | <b>82,2%</b>                                                                        |
| Proportion des usagers qui acceptent l'orientation proposée par le personnel infirmier de liaison du CRUV                                                                                |                                                                                         | 87,3%                                                                             | 86,9%                                                                               |
| Proportion d'usagers qui auraient bénéficié de services de désintoxication de type modéré (non hospitalière) en centre de réadaptation si ceux-ci avaient été disponibles dans la région |                                                                                         | 19,2%<br>(111 personnes)                                                          | 16,2%<br>(118 personnes)                                                            |
| Durée moyenne de séjour à l'urgence des usagers retournés à leur domicile (ou dans les lits de transition coordonnés par le CRUV) après évaluation et soins                              |                                                                                         | <b>20,1 h</b><br>(394 personnes)<br><b>22,6 h</b> <sup>3</sup><br>(404 personnes) | <b>20,91 h</b><br>(455 personnes)<br><b>22,87 h</b> <sup>4</sup><br>(466 personnes) |

1. 445 personnes différentes.
2. 554 personnes différentes.
3. 10 patients n'ont pu être admis faute de lits et ont dû vivre leur hospitalisation à l'urgence. Si ces 10 patients sont retirés du calcul, la durée moyenne de séjour est de 20,1 heures.
4. 11 patients n'ont pu être admis faute de lits et ont dû vivre leur hospitalisation à l'urgence. Si ces 11 patients sont retirés du calcul, la durée moyenne de séjour est de 20,91 heures.



[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)



• Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale  
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

**CENTRE DE RÉADAPTATION  
UBALD-VILLENEUVE**

Services publics spécialisés en dépendance

Alcoolisme – Toxicomanie – Jeu pathologique



« POUR VIVRE AUTREMENT SA VIE »