

Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires

MARS 2015

Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances



Déni de responsabilité

Les infirmières et les établissements où elles travaillent ne sont pas tenus d'appliquer cette ligne directrice. Son utilisation doit être souple afin de l'adapter aux besoins individuels et aux situations particulières. Elle ne constitue en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Bien que tous les efforts aient été consentis pour s'assurer de l'exactitude du contenu au moment de la publication, ni les auteurs, ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans la présente ligne directrice, et n'acceptent aucune responsabilité quant au manque à gagner, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou d'omissions dans le contenu de ce document.

Droit d'auteur

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le reste de ce document peut être reproduit et publié, en entier seulement, sans modification, sous toute forme, y compris le format électronique, à des fins éducatives ou non commerciales. Si une adaptation du document est requise pour une raison quelconque, le consentement écrit de la RNAO doit être obtenu. Une citation ou une référence doit apparaître dans le travail copié, comme indiqué ci-dessous :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2015). *Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Cet ouvrage est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Tout le travail produit par la RNAO est indépendant des sources de financement sur le plan éditorial.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
158 Pearl Street, Toronto (Ontario) M5H 1L3

Site Web : www.RNAO.ca



Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances

Mot de bienvenue de Doris Grinspun,

Directrice générale, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) vous présente la première édition de cette ligne directrice sur les pratiques cliniques exemplaires, *Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances*. Les pratiques professionnelles basées sur des données probantes vont de pair avec la qualité des services que les infirmières offrent tous les jours. La RNAO est ravie de vous fournir cette ressource clé.

Nous remercions infiniment le grand nombre d'intervenants qui ont permis à la RNAO de concrétiser sa vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, en commençant par le gouvernement de l'Ontario, qui a reconnu la capacité de la RNAO de diriger ce programme et qui lui a fourni un financement sur plusieurs années. Je remercie les docteurs Irmajean Bajnok et Monique Lloyd, directrice et directrice adjointe (respectivement) du Centre d'Affaires internationales

et programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, pour leurs compétences et leur leadership. Je remercie également les coprésidents du groupe d'experts, Wayne Skinner (directeur clinique adjoint du programme de dépendances au Centre de toxicomanie et de santé mentale) et la Dre Caroline O'Grady (professeure adjointe, École de soins infirmiers, Université York) pour leurs compétences et leur intendance exquises de la présente ligne directrice. Merci également à Sabrina Merali, Tasha Penney et Glynis Gittens, membres du personnel de la RNAO, pour leur travail acharné lors de la réalisation de cette ligne directrice. Un merci tout spécial aux membres du groupe d'experts qui ont généreusement fourni leur temps et leurs compétences, afin de nous permettre de produire une ressource clinique rigoureuse et robuste. Nous n'y serions pas parvenus sans vous!

La mise en place réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires nécessite un effort conjugué de la part des éducateurs, des cliniciens, des employeurs, des décideurs et des chercheurs. La communauté des infirmières et des professionnels de la santé, de par son engagement et sa passion pour l'excellence en soins des clients, partage ses connaissances et les heures innombrables de bénévolat qui sont essentielles à la création à la révision de chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Les employeurs ont réagi avec enthousiasme en désignant des champions des pratiques exemplaires, en mettant les lignes directrices en pratique et en évaluant leur impact sur les patients et les établissements. Les gouvernements, ici comme à l'étranger, se sont joints à nous pour ce grand parcours. Ensemble, nous créons une culture de pratiques fondées sur les données probantes.

Nous vous demandons de partager cette ligne directrice avec vos collègues d'autres professions : nous avons tant à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous devons être sûrs que les membres du public reçoivent les meilleurs soins possible, chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous. Tentons d'en faire les véritables gagnants de ce grand effort!

Doris Grinspun, inf.aut., M.Sc.inf., Ph.D., LLD(Hon), O.ONT.
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

Comment utiliser ce document	5	CONTEXTE
Intention et champ d'activité	6	
Résumé des recommandations	8	
Interprétation des données probantes	10	
Groupe d'experts de la RNAO	11	
Équipe du programme de la RNAO sur l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires	12	
Remerciements de l'intervenant	13	
Contexte	17	
Cadres d'orientation	20	
Algorithme pour l'établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances	29	
Recommandations relatives à la pratique professionnelle	31	RECOMMANDATIONS
Recommandations relatives à la formation	44	
Recommandations relatives au système, à l'établissement et aux politiques	47	
Lacunes relatives à la recherche et implications futures	52	
Stratégies de mise en œuvre	53	
Évaluation et surveillance de cette ligne directrice	54	
Processus de mise à jour et d'examen de la ligne directrice	57	

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	Liste de références bibliographiques	58
ANNEXES	Annexe A : Glossaire des termes	70
	Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice	77
	Annexe C : Processus utilisé pour l'examen systématique et la stratégie de recherche	78
	Annexe D : Critères de classification des troubles liés à l'utilisation de substances	82
	Annexe E : Exemples de déterminants sociaux de la santé	83
	Annexe F : Exemples de stratégies fondées sur la prévention	84
	Annexe G : Questions d'orientation relatives au modèle transthéorique du changement	85
	Annexe H : Outils de dépistage couramment utilisés	86
	Annexe I : Considérations relatives aux populations vulnérables	91
	Annexe J : Dépistage de l'abus d'alcool, intervention rapide et orientation : un guide clinique	97
	Annexe K : Types d'interventions psychosociales	100
	Annexe L : Évaluation continue du plan de soins	105
	Annexe M : Ressources supplémentaires	106
	Annexe N : Description de la Trousse	112
RECOMMANDATIONS	Recommandations	113

Comment utiliser ce document

La présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers (LDPE)^{G*} est un document exhaustif qui fournit des ressources pour la pratique de soins infirmiers fondée sur les données probantes^G. Elle n'est pas conçue en tant que manuel ou de guide des choses à faire, mais plutôt en tant qu'outil pour guider les pratiques exemplaires et améliorer la prise de décisions pour les infirmières qui travaillent avec des clients qui utilisent des substances^G. La présente ligne directrice devrait être consultée et appliquée dans le respect tant des besoins des organisations ou des établissements individuels que des besoins et des préférences du client^G. De plus, la ligne directrice contient une vue d'ensemble des structures et des soutiens appropriés qui permettent de fournir les meilleurs soins possible fondés sur les données probantes.

Les infirmières, les autres prestataires de soins de santé^G, de même que les administrateurs qui font la promotion des changements sur le plan de la pratique des soins infirmiers et qui y contribuent eux-mêmes, trouveront ce document précieux pour l'élaboration de politiques, de procédures, de protocoles, de programmes de formation et d'évaluations, d'interventions et d'outils de documentation. Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé qui offrent des soins directs aux clients pourront bénéficier d'un examen des recommandations et des données probantes qui les appuient. Nous recommandons fortement que les pratiques infirmières dans les établissements où les soins sont prodigués adaptent ces lignes directrices dans des formats qui seront faciles à utiliser dans le cadre du travail quotidien.

Si votre organisation adopte la présente ligne directrice, nous vous recommandons de suivre ces étapes :

- a) Évaluez vos pratiques en matière de soins de santé et de soins infirmiers grâce aux recommandations présentées dans la présente ligne directrice,
- b) Identifiez les recommandations qui vous permettront de répondre à des besoins ou de combler des lacunes dans les services;
- c) Élaborez un plan de mise en œuvre des recommandations. (Des ressources pour la mise en œuvre, y compris la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires [2e édition]* [RNAO, 2012a] de la RNAO sont disponibles à l'adresse www.RNAO.ca.)

Nous souhaitons connaître la façon dont vous avez mis en place cette ligne directrice. Veuillez communiquer avec nous pour partager votre expérience.

*Dans ce document, les mots suivis du symbole G (^G) sont définis dans le glossaire des termes ([annexe A](#)).



Intention et champ d'activité

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des énoncés élaborés de façon systématique afin de venir en aide aux infirmières et aux membres de l'équipe pluridisciplinaire^G qui doivent prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés (Field et Lohr, 1990). La présente ligne directrice fournit des recommandations fondées sur les données probantes à l'intention des infirmières et des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans tous les établissements, qui assurent l'évaluation et la prestation d'interventions^G à des personnes qui utilisent des substances et qui peuvent présenter un risque de trouble lié à l'utilisation de substances^G ou qui en souffrent.

En juin 2010, la RNAO a convoqué quatre groupes de discussion, regroupant 20 experts de tous les secteurs des soins de santé, qui se spécialisent dans l'évaluation de l'utilisation de substances et dans les interventions auprès de personnes qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent. Les groupes de discussion ont fourni aux participants l'occasion de discuter de points forts, de lacunes potentielles et de besoins dans le cadre de l'évaluation^G, l'intervention et la prise en charge de l'utilisation de substances et des troubles liés à l'utilisation de substances. La discussion qui a suivi a orienté l'élaboration de la présente ligne directrice.

En octobre 2010, un groupe d'experts composé d'une équipe pluridisciplinaire a été convoqué pour établir le but et la portée de la présente ligne directrice. La présente ligne directrice a pour but de fournir aux infirmières et à l'équipe pluridisciplinaire dans tous les établissements des recommandations fondées sur les données probantes liées à l'évaluation et aux interventions pour les personnes âgées de 11 ans ou plus qui utilisent des substances et qui peuvent présenter un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent. Le groupe d'experts a également déterminé que toutes les personnes qui utilisent des substances, qu'elles aient ou non reçu un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substances, ont besoin de soutien pour réduire les comportements à risque découlant de leur utilisation de substances. Le groupe d'experts a adopté la définition de trouble lié à l'utilisation de substances que l'on trouve dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e édition; *DSM-5*; American Psychiatric Association [APA], 2013), à savoir « un regroupement de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques qui indiquent que la personne continue à utiliser la substance malgré des problèmes importants liés à celle-ci » (APA, 2013, p. 483). Aux fins de la présente ligne directrice, le terme « trouble lié à l'utilisation de substances » sera utilisé pour désigner les personnes qui présentent un risque de problèmes associés à l'utilisation de substances, ainsi que celles qui satisfont aux critères d'un trouble lié à l'utilisation de substances du *DSM-5*.

La présente ligne directrice fournit des recommandations en matière de pratiques exemplaires dans trois principaux domaines :

- Les recommandations relatives à la pratique professionnelle^G s'adressent principalement aux infirmières et aux autres prestataires de soins de santé de l'équipe pluridisciplinaire qui prodiguent des soins aux jeunes et aux adultes dans tous les établissements.
- Les recommandations relatives à la formation^G s'adressent aux personnes chargées des soins infirmiers et de la formation du personnel, telles que les éducateurs, les équipes d'amélioration de la qualité, les gestionnaires, les administrateurs et les établissements d'enseignement.
- Les recommandations relatives au système, à l'organisation et aux politiques^G s'appliquent à différents auditoires, selon le cas. Ces auditoires comprennent les gestionnaires, les administrateurs, les décideurs, les organismes de réglementation des soins infirmiers et les organismes gouvernementaux.

Pour une efficacité optimale, les recommandations dans ces trois domaines devraient être mises en œuvre ensemble.

La portée de la présente ligne directrice inclut des interventions efficaces d'évaluation et de prise en charge qui peuvent être utilisées auprès de personnes âgées de 11 ans ou plus qui utilisent des substances et qui peuvent présenter un risque

de trouble lié à l'utilisation de substances ou en souffrent. Sont également incluses des recommandations relatives à l'éducation, à l'organisation et aux politiques permettant d'améliorer l'accès aux soins de ces personnes.

Parce que les outils d'évaluation et les interventions de prise en charge destinées aux enfants âgés de moins de 11 ans peuvent différer considérablement de ceux utilisés auprès des adolescents, des adultes et des aînés, la portée de la présente ligne directrice exclut les enfants âgés de moins de 11 ans. Un examen exhaustif des troubles non liés à l'utilisation de substances, dans la catégorie plus large des dépendances (p. ex., jeu, magasinage, troubles de l'alimentation, Internet/technologie, sexe, etc.) n'est pas non plus couvert par la présente ligne directrice, car les interventions d'évaluation et de prise en charge peuvent varier selon chaque trouble particulier. L'évaluation et les interventions de prise en charge spécifiques aux troubles liés au tabac ont été exclues, car elles sont couvertes dans les lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO qui concernent la cessation du tabagisme (RNAO, 2007a). Bien que le groupe d'experts ait été au courant du lien entre l'utilisation de substances et la santé mentale (c.-à-d. troubles concomitants^G), en raison des complexités associées au travail avec une telle population, une exploration de ce sujet est hors de la portée de la présente ligne directrice. Et pour terminer, bien que les interventions pharmacologiques – y compris des médicaments visant à traiter le sevrage^G ou la détoxification^G, la substitution^G, la prévention des surdoses liées au maintien et les soutiens à l'abstinence^G – constituent des facteurs importants lors du travail avec des clients qui présentent des troubles liés à l'utilisation de substances, de telles interventions ont été exclues de l'examen exhaustif, en raison des complexités associées aux caractéristiques de chaque client et à la nature de leurs troubles liés à l'utilisation de substances.

La présente ligne directrice est conçue pour s'appliquer à tous les établissements et tous les domaines de la pratique des soins infirmiers, y compris l'aspect clinique, l'administration et l'éducation, afin d'aider les infirmières à se sentir plus à l'aise, confiantes et compétentes lorsqu'elles s'occupent des clients qui utilisent des substances et qui peuvent présenter un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou en souffrir. Elle met l'accent sur les compétences de base et les stratégies fondées sur les données probantes dont ont besoin les infirmières et les membres de l'équipe pluridisciplinaire pour évaluer et traiter leurs clients qui utilisent des substances. La prestation de soins efficaces à ces patients nécessite une coordination entre les prestataires de soins de santé, ainsi qu'une communication ouverte entre les prestataires de soins de santé et leurs clients. De plus, les besoins et les préférences de chaque client devraient être reconnus, et les ressources personnelles et environnementales disponibles doivent être prises en considération.

Différents facteurs affecteront la réussite de la mise en œuvre des recommandations figurant dans la présente ligne directrice dans les différents établissements. Les compétences et les connaissances de chaque infirmière, ainsi que son jugement professionnel, sont formées avec le temps par l'éducation et l'expérience; c'est pourquoi l'expérience de chaque personne varie. Dans tous les cas où les besoins en matière de soins d'un client ne sont pas couverts par les connaissances professionnelles d'une infirmière, celle-ci devrait consulter d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIO], 2011). Les dispositions législatives, les politiques et les procédures organisationnelles et la population de clients influenceront également la mise en œuvre de la présente ligne directrice.

Une liste de références bibliographiques et d'annexes (qui comprennent un glossaire de termes, une description de l'élaboration de la ligne directrice et des renseignements sur notre recherche dans les ouvrages) est disponible après la ligne directrice elle-même. Voir l'**annexe A** pour obtenir un glossaire de termes. Voir les **annexes B et C** pour obtenir le processus d'élaboration de la ligne directrice et le processus suivi pour l'examen systématique et la stratégie de recherche. Les autres annexes comprennent des ressources relatives au dépistage, à l'évaluation et à la prise en charge de l'utilisation de substances et des troubles liés à l'utilisation de substances.

Résumé des recommandations

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES
1.0 Évaluation	<p>Recommandation 1.1 :</p> <p>Effectuer un dépistage auprès de tous les clients afin de vérifier s'ils utilisent des substances.</p>	V
	<p>Recommandation 1.2 :</p> <p>Pour les clients qui utilisent des substances, utiliser des questions de dépistage universelles ou un outil de dépistage approprié pour déterminer le niveau de soutien requis.</p>	V
	<p>Recommandation 1.3 :</p> <p>Procéder à une évaluation exhaustive de tous les clients dont le dépistage de l'utilisation de substances est positif, selon ce qui est approprié en fonction des connaissances, des compétences, du temps, de l'établissement et des ressources dont dispose l'infirmière.</p>	V
2.0 Planification	<p>Recommandation 2.1 :</p> <p>Développer des relations de collaboration avec les clients grâce à des techniques d'entrevues motivationnelles dans le but d'élaborer le plan de soins.</p>	la
3.0 Mise en œuvre	<p>Recommandation 3.1 :</p> <p>Recourir à une intervention rapide pour collaborer avec les clients identifiés comme présentant un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou en souffrant.</p>	la
	<p>Recommandation 3.2 :</p> <p>Préconiser et soutenir l'accès aux interventions pharmacologiques et psychosociales combinées, le cas échéant, et favoriser le recours approprié à des interventions combinées pour améliorer le bien-être et les résultats sur la santé.</p>	la
	<p>Recommandation 3.3 :</p> <p>Mobiliser les jeunes et les adolescents qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent en recourant à des thérapies familiales jusqu'à leur rétablissement, le cas échéant.</p>	la
4.0 Évaluation	<p>Recommandation 4.1 :</p> <p>Réévaluer l'efficacité du plan de soins jusqu'à ce que les objectifs du client soient atteints.</p>	V

RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA FORMATION		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES
5.0 Formation	<p>Recommandation 5.1 :</p> <p>Intégrer aux études de premier cycle des infirmières et des autres prestataires de soins de santé la théorie et les occasions de pratique clinique concernant le soin des clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent.</p>	V
	<p>Recommandation 5.2 :</p> <p>Les prestataires de soins de santé suivent des cours de formation permanente pour améliorer leur capacité à évaluer les clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent, ainsi qu'à travailler avec ces clients.</p>	Ib
	<p>Recommandation 5.3 :</p> <p>Les infirmières s'adonnent à la pratique réflexive afin d'améliorer leur sensibilité à leurs attitudes, à leurs perceptions et à leurs partis pris actuels et changeants, ainsi qu'à leurs valeurs et leurs convictions lorsqu'elles travaillent avec des clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent.</p>	V

RECOMMANDATIONS RELATIVES AU SYSTÈME, À L'ÉTABLISSEMENT ET AUX POLITIQUES		NIVEAU DES DONNÉES PROBANTES
6.0 Système, établissement et politiques	<p>Recommandation 6.1 :</p> <p>Se faire le porte-parole de meilleurs résultats sur la santé en :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ augmentant l'accès aux soins intégrés et collaboratifs pour les clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent; ■ réduisant les inégalités en matière de santé en consacrant des ressources à la prévention, au traitement et au soutien du rétablissement de personnes qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent. 	V
	<p>Recommandation 6.2 :</p> <p>Les organisations intègrent la prévention, l'évaluation et la prise en charge de l'utilisation de substances et des troubles liés à l'utilisation de substances en tant que priorité clinique stratégique dans tous les établissements de soins.</p>	V
	<p>Recommandation 6.3 :</p> <p>Les organisations intègrent des éléments de la réduction des méfaits et des déterminants sociaux de la santé dans des approches exhaustives, à plusieurs volets, qui visent à résoudre les troubles liés à l'utilisation de substances.</p>	V
	<p>Recommandation 6.4 :</p> <p>Les organisations ont recours à des processus de transfert de connaissances et à des stratégies à plusieurs volets lors de l'évaluation et de la prise en charge de l'utilisation de substances et des troubles liés à l'utilisation de substances dans tous les établissements.</p>	V

Interprétation des données probantes

Les niveaux des données probantes sont assignés aux modèles d'études afin de classer dans quelle mesure le modèle particulier permet d'éliminer d'autres explications possibles du phénomène étudié. Plus le niveau des données probantes est élevé, plus il est probable que les relations présentées entre les variables sont vraies. Les niveaux des données probantes ne reflètent ni le mérite ni la qualité des études.

Niveaux des données probantes

Ia	Données probantes obtenues à partir d'une méta-analyse ^G ou d'examens systématiques ^G d'essais contrôlés randomisés, ou d'une synthèse de plusieurs études regroupant des recherches principalement qualitatives.
Ib	Données probantes provenant d'au moins un essai contrôlé randomisé ^G .
IIa	Données probantes provenant d'au moins une étude contrôlée ^G bien conçue, sans randomisation.
IIb	Données probantes provenant d'au moins un autre type d'étude quasi expérimentale ^G bien conçue, sans randomisation.
III	Synthèse de multiples études, regroupant principalement des recherches qualitatives ^G .
IV	Données probantes provenant d'études descriptives non expérimentales bien conçues, comme des études comparatives ^G , des études descriptives ^G ou des études qualitatives.
V	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions d'experts ou de l'expérience clinique de spécialistes qui font autorité.

Adapté du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2011) et Pati (2011).

Groupe d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Wayne Skinner, MSW, RSW Coprésident du groupe d'élaboration

Directeur clinique adjoint du programme de dépendances,
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Professeur adjoint, Département de psychiatrie, maître
de conférences adjoint, Factor-Inwentash Faculty of
Social Work, Université de Toronto Toronto (Ontario)

Caroline O'Grady, inf.aut., MN, Ph.D. Coprésidente du groupe d'élaboration

Professeure adjointe, École de sciences infirmières
Université York Toronto (Ontario)

Shelly Archibald, inf.aut., B.Sc.inf.

Infirmière en santé publique – Sioux Lookout Zone,
Région de l'Ontario
Direction générale de la santé des Premières nations
et des Inuits, Santé Canada
Sioux Lookout (Ontario)

Tannice Fletcher-Stackhouse, inf.aut.(EC), B.Sc.inf.

Infirmière praticienne – Centre de santé communautaire
NorWest Community Health Centre
Thunder Bay (Ontario)

Bettyann Goertz, inf.aut., B.Sc.inf., CPMHN(C)

Infirmière soignante autorisée
London Health Sciences – Santé mentale des adultes
London (Ontario)

Beth Hamer, inf.aut., B.A., BSN, MS, CPMHN(C)

Chef de pratique/Infirmière enseignante – Sans Souci
Program for Transition and Recovery
Waypoint Centre for Mental Health Care
Penetanguishene (Ontario)

Mae Katt, inf.aut.(EC), B.Sc.inf.(avec spécialisation), M.Ed.

Infirmière praticienne en soins de santé primaires –
Dennis Franklin Cromarty High School Thunder Bay
(Ontario)

Tout intérêt pouvant être interprété comme constituant un conflit réel, potentiel ou apparent a été déclaré par tous les membres du groupe d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, et il a été demandé aux membres de celui-ci de mettre à jour leurs divulgations régulièrement pendant le processus d'élaboration de la ligne directrice. Des renseignements ont été demandés concernant les intérêts financiers, intellectuels, personnels et autres, et documentés pour consultation future. Aucun conflit restrictif n'a été identifié.

Des renseignements supplémentaires sont disponibles auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Colin MacRae, inf.aut., psychothérapeute, CMHPN(C) MA, PGDip(Ed), FHEA

Drug & Alcohol Nursing Cert. HIV/AIDS Nursing Cert.
Professeur de soins infirmiers
Université du Nouveau-Brunswick/Programme de
BN Humber ITAL
Toronto (Ontario)

Carles Muntaner, MHS, PhD

Chaire de recherche en psychiatrie et en toxicomanie
Centre de toxicomanie et de santé mentale – Équité
sociale et santé
Professeur, Bloomberg School of Nursing, Dalla Lana
School of Public Health and School of Medicine,
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Poonam Sharma, inf.aut., BN, MN(C)

Infirmière en santé publique, Région de Peel
Infirmière soignante autorisée, Trillium Health Partners
– Santé mentale des adultes
Ancienne présidente, Nursing Students of Ontario
Représentante des étudiants au sein du groupe d'experts
de la RNAO
Mississauga (Ontario)

Kristy Steele, inf.aut., CARN, CPMHN(C)

Spécialiste en troubles concomitants
Providence Care Mental Health Services – Community
Integration Assertive Community Treatment Team
Kingston (Ontario)

Rosanna Yoon, NP, CPMHN(C), PhD(C)

Infirmière praticienne – Adultes
The Jean Tweed Centre
& Adjunct Lecturer Lawrence Bloomberg School
of Nursing, Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario Équipe du programme d'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Sabrina Merali, inf.aut., MN

Chef de l'élaboration de la ligne directrice

Directrice de programmes

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Tasha Penney, inf.aut., MN, CPMHN(C)

Adjointe en chef de recherche en soins infirmiers

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Megan Bamford, inf.aut., M.Sc.inf.

Adjointe de recherche en soins infirmiers

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Ancilla Barco, inf.aut., MN

Adjointe de recherche en soins infirmiers

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Glynis Gittens, B.A. (avec spécialisation)

Coordonnatrice de projet

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Monique Lloyd, inf.aut., Ph.D.

Directrice adjointe, Élaboration de la ligne directrice, Recherche et évaluation

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Tanvi Sharma, inf.aut., B.Sc.inf. (avec spécialisation), MN (étudiante)

Adjointe de recherche en soins infirmiers

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Grace Suva, inf.aut., M.inf.

Directrice de programmes

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Rita Wilson, inf.aut., MN, M.Ed.

Directrice de programmes de cybersanté

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Nous remercions Samantha Mayo, Stacy Recalla et Michelle Reitsma pour leur soutien à la recherche et leur contribution à l'examen systématique de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires.

Remerciements aux intervenants

Comme élément du processus d'élaboration de la ligne directrice, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario s'engage à obtenir les commentaires des infirmières travaillant dans un large éventail d'établissements, d'administrateurs informés et de bailleurs de fonds de services de santé, ainsi que d'associations d'intervenants^G. Les commentaires d'intervenants issus de diverses disciplines ont été sollicités*, et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers :

Bisi Agiri-Saliu, B.Sc (avec spécialisation), B.Sc.inf.

Infirmière en santé publique
Durham Region Public Health
Toronto (Ontario)

Eunice Anyaso, inf.aut., B.Sc.inf.

Infirmière en santé publique
Service de santé publique de Toronto
Toronto (Ontario)

Catherine Awad, B.Sc.inf., inf.aut. et PHC-NP/MN (étudiante)

Infirmière autorisée
Windsor Regional Hospital
Windsor (Ontario)

Omran Barekzay, Étudiant-infirmier

Étudiant-infirmier autorisé
Université York
Toronto (Ontario)

Sarah Bartol, inf.aut., B.Sc.inf.

Infirmière autorisée
Toronto General Hospital – Réseau universitaire de santé
Toronto (Ontario)

Jennifer Bedding, inf.aut., BAHSc, GNC(C)

Liaison en cas de crise
Lakeridge Health
Oshawa (Ontario)

Jennifer Berger, inf.aut., M.Sc., CPMHN(C)

Spécialiste clinique
Institut canadien d'information sur la santé
Toronto (Ontario)

Debra Bishop, B.Sc.inf. (avec spécialisation), IP

Infirmière praticienne
Centre de maternité
Thunder Bay (Ontario)

Nick Boyce, B.Sc.

Directeur
Ontario HIV and Substance Use Training Program
Toronto (Ontario)

Lori Campbell, inf.aut., B.Sc.inf.

Chef des initiatives relatives à la pratique
Vancouver Coastal Health
Vancouver (Colombie-Britannique)

Maryanne Carroll, inf.aut.

Infirmière en milieu scolaire
Pelican Falls First Nations High School
Sioux Lookout (Ontario)

Michelle Court, inf.aut.

Infirmière autorisée
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton (Ontario)

Lisa Crawley, inf.aut., B.Sc.inf., CPMHN(c)

Gestionnaire clinique
Ontario Shores Centre for Mental Health Science
Whitby (Ontario)

Ashleigh Davis, inf.aut., B.Sc.inf.

Infirmière autorisée, réadaptation des lésions cérébrales acquises
Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ontario)

Karen de Prinse, inf.aut., B.Sc.inf., MN, CPMHN(C)

Chef de direction, soins infirmiers, des programmes cliniques
Casey House
Toronto (Ontario)

Susan Fairservice, inf.aut.(EC), NP-PHC, MPH

Infirmière praticienne
North Shore Family Health Team
Schreiber (Ontario)

Julia Fineczko, inf.aut., B.Sc.inf., MScCH

Gestionnaire, unité de diagnostic double pour patients hospitalisés
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Toronto (Ontario)

Lisabeth Gatkowski, inf.aut., B.Sc.inf., CPMHN(C)

Infirmière enseignante
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Mohawk College of Applied Arts & Technology
Hamilton (Ontario)

Lisa Gillespie, inf.aut., B.Sc.inf., PHN

Infirmière en santé publique
Oxford County Public Health
Woodstock (Ontario)

Kathy Greig, inf. aux. aut.

Infirmière soignante
The Scarborough Hospital, Birchmount Campus
Scarborough (Ontario)

Kristel Guthrie, inf.aut., B.Sc.inf., M.H.P.(C)

Infirmière en santé publique
Service de santé publique de Toronto,
The Works Needle Exchange
Toronto (Ontario)

Kelly Holt, inf.aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf.

Infirmière enseignante
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton (Ontario)

Aimee Jaun, M.Ed.

Directrice des services de dépendance
Thunder Bay Counselling Centre
Thunder Bay (Ontario)

Kristen Jones-Bonofiglio, B.Sc.inf., inf.aut., M.H.P.(N), Ph.D.(C)

Membre du corps professoral
Lakehead University, École des sciences infirmières
Thunder Bay (Ontario)

Lisa Keirstead-Johnson, inf.aut., BN, C-AED, CPMHN(C)

Coordonnatrice de la pratique des soins infirmiers
Horizon Health Network – Miramichi Regional Hospital
Miramichi (Nouveau-Brunswick)

Peter Kemp, inf.aut., B.Sc.inf., CPMHN(C)

Équipe de consultation psychiatrique en cas d'urgence
North York General Hospital
Toronto (Ontario)

Arlene Kent-Wilkinson, inf.aut., CPMHN(C), BSN, MN, Ph.D.

Professeure agrégée
College of Nursing, University of Saskatchewan
Saskatoon (Saskatchewan)

Kelly Kokus, inf.aut., B.Sc.inf. (avec spécialisation)

Infirmière d'entreprise
Unilever-Simcoe
Simcoe (Ontario)

Betty-Lou Kristy

Consultante, formation
Lived Experience / Family System Level Advocate
Georgetown (Ontario)

Susan Lalonde Rankin, inf.aut., B.Sc.inf., M.Sc.s.

Coordonnatrice de système
Waypoint Centre for Mental Health Care
Penetanguishene (Ontario)

Troy MacLean, conseiller certifié en toxicomanie

Travailleur de développement communautaire –
Region of Peel Chronic Disease Injury Prevention
Addictions Team
Toronto (Ontario)

Maureen McIlmoyl, inf.aut., M.Sc.

Infirmière en santé mentale
Calian Health – Health Services Detachment
North Bay (Ontario)

Tamar Meyer, M.A.

Superviseure
Centre de ressources en promotion de la santé du CAHM –
Initiative OpiATE
Programme provincial de soutien du système
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Toronto (Ontario)

Maria Moore, inf.aut.

Infirmière autorisée
Navigatrice du système, infirmière en télémédecine
Grand Bend Area Community Health Centre
Grand Bend (Ontario)

Lynn Anne Mulrooney, inf.aut., M.H.P., Ph.D.

Analyste principale des politiques
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Lisa Murata, inf.aut., B.Sc.inf., M.Ed., CPMHN(C), CSFT

Infirmière clinicienne enseignante
The Royal Ottawa Mental Health Centre
Ottawa (Ontario)

Joanne Nault, inf. aux. aut.

Clinicienne pour patients externes
Mood Disorders Outpatient Clinic
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton (Ontario)

Jennifer OlarteGodoy, MN, inf.aut., B.Sc.inf., CPMHN(C)

Entraîneuse en mise en œuvre
Concurrent Disorders Capacity Building Team –
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Hamilton (Ontario)

Darren Pace, B.Sc.inf., MK, inf.aut., CPMHN(C)

Anciennement CCPS
North Bay Regional Health Centre
North Bay (Ontario)

Archna Patel, inf.aut., RYT, CPHMN(C), B.Sc., B.Sc.inf., MN(C)

Infirmière clinicienne spécialisée en santé mentale
Mackenzie Health
Richmond Hill (Ontario)

Natasha Persaud, inf.aut., MN, CPMHN(C)

Infirmière clinicienne spécialisée en psychiatrie
Mount Sinai Hospital
Toronto (Ontario)

Paula Robeson, inf.aut., M.Sc.inf.

Chef d'équipe, mobilisation des connaissances
Centre canadien de lutte contre les toxicomanies
Ottawa (Ontario)

Stacey Roles, inf.aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf.

Infirmière clinicienne spécialisée
Health Sciences North
Sudbury (Ontario)

Jessie Rumble, inf.aut., B.Sc.inf., M.Sc.inf. (étudiante)

Promotion de la santé
Two Rivers Family Health Team
Cambridge (Ontario)

David Ryersee, inf.aut.

Infirmier autorisé
Infirmier soignant, champion des pratiques exemplaires
London Health Science Centre
London (Ontario)

Alysha Savji, inf.aut., B.Sc.inf., MN(C)

Infirmière autorisée
Réseau universitaire de santé – site TGH
Toronto (Ontario)

Keely Sheppard, inf. aux. aut.

Infirmière auxiliaire autorisée
Revera-Blenheim Community Village
Blenheim (Ontario)

Paula Simpson, inf.aut., B.Sc.inf.

Infirmière autorisée
William Osler Health System
Barrie (Ontario)

Donna Solomon, inf.aut., B.Sc.inf.

Infirmière autorisée
Hannam Fertility Centre
Toronto (Ontario)

Debora Steele, inf.aut., B.Sc.inf., CPMHN(C), GNCC

Consultante en ressources psychogériatriques
Providence Care Mental Health Services
Brockville (Ontario)

Susanne Swayze, inf. aux. aut.

Infirmière soignante – santé mentale médico-légale
Margaret and Charles Juravinski Centre for Integrated Health Care
St. Joseph's Healthcare West 5th Campus
Hamilton (Ontario)

Lanae Sylva, étudiante-infirmière

Étudiante-infirmière autorisée
Université du Nouveau-Brunswick / Humber College
Toronto (Ontario)

Irina Sytcheva, MSW, RSW

Directrice, politiques et relations communautaires
Société de schizophrénie de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Niall Tamayo, inf.aut., BN

Infirmier autorisé en santé mentale et en dépendances
Rexdale Community Health Centre
Toronto (Ontario)

Sue Tobin, NP-PHC, Addiction – Cert

Infirmière praticienne
Ingersoll Nurse Practitioner-Led Clinic
Ingersoll (Ontario)

**Kari Van Camp, M.Sc.inf., inf.aut.(EC), CPMHN(C),
CARN-AP**

Infirmière praticienne – Hospitaliste
Centre de toxicomanie et de santé mentale et EMCHC
(Centre de santé communautaire LAMP)
Mississauga (Ontario)

Dania Versailles, inf.aut., M.Sc.inf., CPMHN(C)

Infirmière clinicienne spécialisée
Hôpital Montfort
Ottawa (Ontario)

Nicole Wagner B.Sc.inf., inf.aut., MN

Liaison clinique
Reckitt Benckiser Pharmaceuticals
Toronto (Ontario)

Samira Walji, inf.aut., B.Sc.inf., M.H.P.(C)

Spécialiste en promotion de la santé
The Works Toronto Public Health Needle Exchange
Toronto (Ontario)

Nancy Waters, inf.aut., B.A., B.Sc.inf.

Infirmière soignante autorisée
Infirmary Program Sherbourne Health Centre
Toronto (Ontario)

*Les intervenants examinateurs sont des experts dans le domaine traité par la ligne directrice ou des représentants d'organisations qui prennent part à la mise en œuvre de la ligne directrice ou qui sont affectées par cette mise en œuvre. Les examinateurs peuvent être des infirmières et d'autres prestataires de soins de santé au point de service, des infirmières cadres, des administrateurs, des experts en recherche, des membres de l'équipe pluridisciplinaire, des éducateurs, des étudiantes-infirmières ou des patients. La RNAO souhaite solliciter le savoir-faire et les perspectives d'intervenants qui représentent différents secteurs de la santé, différentes fonctions à l'intérieur des soins infirmiers et d'autres professions (p. ex., pratique clinique, recherche, éducation et politique), et différents emplacements géographiques.

Les intervenants examinateurs des lignes directrices de la RNAO sont identifiés de deux façons. Premièrement, ils sont recrutés par l'entremise d'un appel public paraissant sur le site Web de la RNAO (<http://rnao.ca/bpg/get-involved/stakeholder>). Deuxièmement, des personnes et des organisations clés qui possèdent des compétences dans le sujet de la ligne directrice sont identifiées par le groupe d'élaboration de la ligne directrice de la RNAO et le groupe d'experts, et elles sont invitées directement à participer à l'examen.

Les examinateurs doivent lire une version préliminaire complète de la ligne directrice et participer à son examen avant la publication. Les intervenants soumettent leurs propositions et suggestions en ligne en remplissant un questionnaire. Les questions suivantes sont posées aux intervenants au sujet de chaque recommandation :

- Cette recommandation est-elle claire?
- Êtes-vous d'accord avec cette recommandation?
- Les données probantes appuient-elles cette recommandation?
- Cette recommandation s'applique-t-elle à tous les rôles, toutes les régions et tous les établissements?

L'enquête permet également la saisie de commentaires, de propositions et de suggestions relativement à chaque section de la ligne directrice.

Les enquêtes reçues sont compilées et les commentaires sont résumés par le groupe d'élaboration de la ligne directrice de la RNAO. Le groupe d'experts de la RNAO examine et étudie tous les commentaires, et au besoin, modifie le contenu de la ligne directrice et les recommandations avant la publication afin de tenir compte des commentaires reçus.

Les intervenants examinateurs ont consenti à la publication de leur nom et de leurs coordonnées dans la présente ligne directrice.

Contexte

Utilisation de substances et troubles liés à l'utilisation de substances

L'*utilisation de substances* fait référence à l'ingestion ou l'administration de substances psychoactives, telles que l'alcool, le tabac, la caféine, les drogues illégales, les médicaments, les solvants et les colles, qui peuvent être utiles ou nuisibles, selon la substance utilisée et la quantité, la fréquence, la méthode et le contexte de l'utilisation (Ministère de la Promotion de la santé, 2010; Rassool, 2010). L'utilisation de substances psychoactives est un comportement culturel observé depuis les débuts de l'histoire humaine (Ministère de la Promotion de la santé, 2010). L'utilisation de substances ne cause pas nécessairement des problèmes ou des effets problématiques; toutefois, dans certaines situations et selon le type de substance consommée, l'utilisation de substances peut entraîner des problèmes pour la santé physique et psychologique, quels que soient le statut socioéconomique et l'emplacement géographique.

Selon le *DSM-5*, un *trouble lié à l'utilisation de substances* est un « regroupement de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques indiquant que la personne continue à utiliser la substance, en dépit de problèmes importants liés à celle-ci » (APA, 2013, p. 483). Les critères de diagnostic et de classification (voir l'**annexe D**) pour un trouble lié à l'utilisation de substances, également fréquemment appelé « dépendance » ou « toxicomanie », sont fondés sur des tendances pathologiques de comportement qui incluent un manque de contrôle, une détérioration du fonctionnement social, une utilisation risquée et des critères pharmacologiques (APA, 2013). Aux fins de la présente ligne directrice, le terme « trouble lié à l'utilisation de substances » sera utilisé.

Au Canada, les trois substances psychoactives les plus couramment utilisées sont l'alcool, le cannabis et le tabac (Santé Canada, 2014). Globalement, le Canada a le deuxième niveau d'utilisation d'opioïdes sur ordonnance (p. ex., morphine, codéine, oxycodone) et les taux de prévalence des opioïdes sur ordonnance associés aux troubles liés à l'utilisation de substances augmentent régulièrement (Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, 2013). Chez les personnes âgées de 35 ans ou plus, le cannabis, les stimulants et les hallucinogènes sont les substances les plus couramment utilisées (Pirie, Jesseman, Di Gioacchino, et National Treatment Indicators Working Group, 2014).

Bien que les troubles liés à l'utilisation de substances puissent se produire à n'importe quel âge, ils commencent souvent pendant l'adolescence (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2011). Les jeunes âgés de 15 à 24 ans présentent un risque trois fois plus élevé de présenter un trouble lié à l'utilisation de substances que les personnes de plus de 24 ans (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2011). Les statistiques indiquent également un écart entre le nombre de personnes atteintes d'un trouble lié à l'utilisation de substances et le nombre de personnes qui accèdent à des services pour prendre en charge ces troubles (Pirie et al., 2014). En 2012, 4,4 % des Canadiens satisfaisaient aux critères d'un trouble lié à l'utilisation de substances, mais seulement 0,4 % d'entre eux accédaient à des services d'intervention publics pour l'utilisation de substances, ce qui indique un besoin pour de meilleurs services d'identification et de prise en charge (Pirie et al., 2014).

Développement d'un trouble lié à l'utilisation de substances

Les troubles liés à l'utilisation de substances découlent d'une interaction complexe entre plusieurs facteurs. Les facteurs de risque comprennent la génétique, la vulnérabilité biologique ou physiologique (p. ex., maladie physique et mentale, prédisposition génétique au développement d'un trouble lié à l'utilisation de substances, état de stress post-traumatique), facteurs psychosociaux (p. ex., facteurs de stress, traumatismes, situations sociales et familiales^G), et facteurs internes (p. ex., capacités d'adaptation et manque de résilience) (Ministère de la Promotion de la santé, 2010; RAO, 2009). De plus, la marginalisation attribuable à des problèmes relatifs aux déterminants sociaux de la santé (tels que le statut social, la culture^G, l'environnement social et le revenu) peut ajouter des niveaux de complexité supplémentaires (Ministère de la Promotion de la santé, 2010; RAO, 2009).

La figure 1 illustre le processus de développement d'un trouble lié à l'utilisation de substances. Un trouble lié à l'utilisation de substances est parfois, mais pas toujours, caractérisé par la dépendance et le sevrage. La dépendance a deux aspects : physique et psychologique. Au lieu d'être distincts, ils peuvent être considérés comme deux aspects du même processus. *La dépendance physique* se produit lorsqu'une personne développe une *tolérance* envers une substance; elle a alors besoin d'une quantité de plus en plus importante de la substance pour ressentir les effets désirés, ce qui inclut « se sentir normal » (APA, 2013; RNAO, 2009). *La dépendance psychologique* peut se produire avec la dépendance physique; elle est caractérisée par un schéma d'utilisation compulsive de la substance et d'état de besoin – ou envie intense – pour la substance, en raison de ses effets de renforcement (RNAO, 2009). L'état de besoin peut se produire à n'importe quel moment, mais il est plus susceptible d'être déclenché par un signal environnemental associé à une utilisation précédente (APA, 2013).

Les symptômes physiques du sevrage, tels que les nausées, les vomissements, les palpitations et les tremblements, peuvent se manifester si la personne cesse brusquement d'utiliser la substance (RNAO, 2009). Pour cette raison, les personnes atteintes d'un trouble lié à l'utilisation de substances continuent parfois à utiliser la substance pour éviter les sensations négatives et débilitantes associées au sevrage et non pour ressentir les sensations d'euphorie associées à l'utilisation initiale (RNAO, 2009). En plus de symptômes physiques du sevrage, l'arrêt soudain de l'utilisation d'une substance peut entraîner des symptômes psychologiques du sevrage, tels que l'anxiété, l'irritabilité ou les sautes d'humeur (APA, 2013; RNAO, 2009).

Figure 1 : Processus de développement d'un trouble lié à l'utilisation de substances.

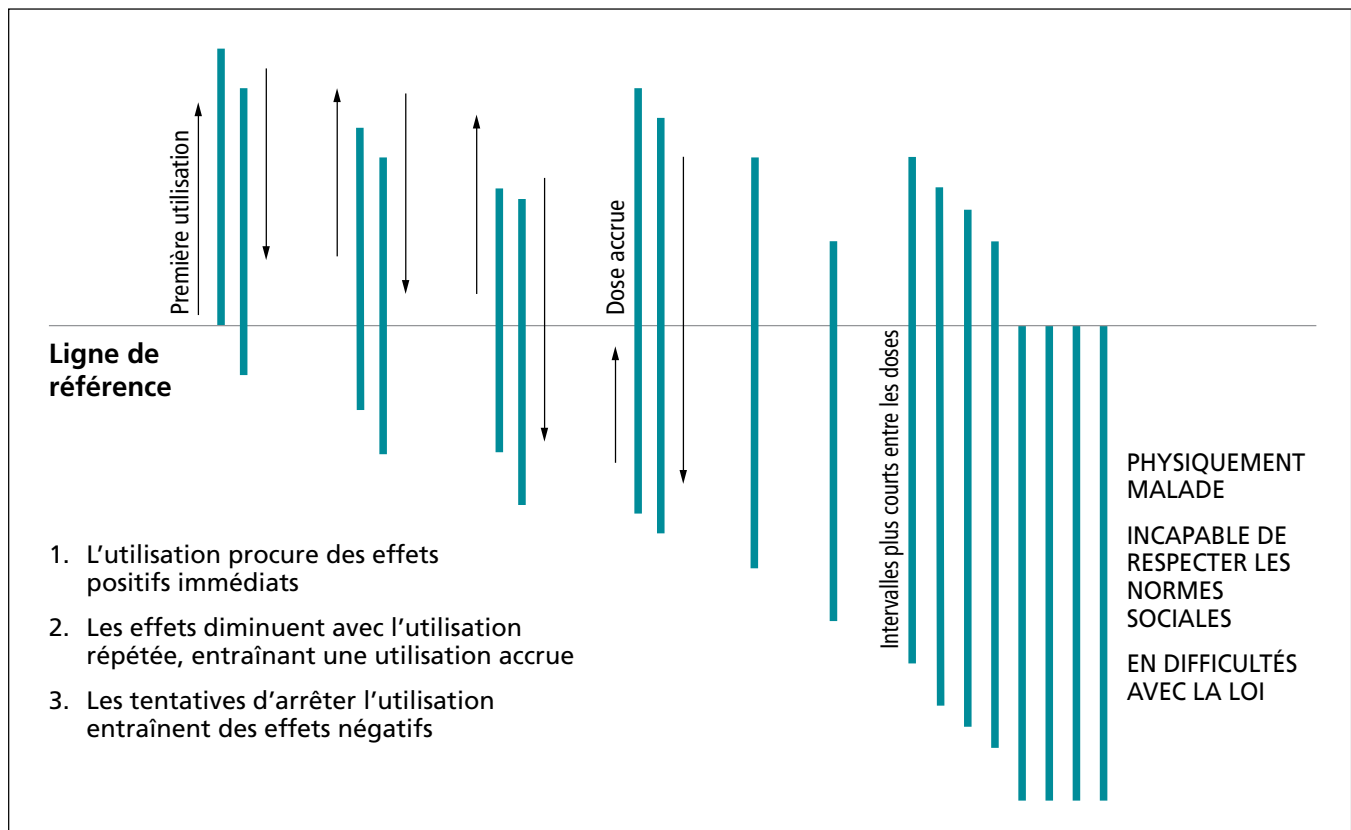


Figure 1. Adapté de M. Dykeman, communication personnelle, 24 juillet 2014.

On pense souvent, à tort, que la dépendance psychologique n'est pas aussi grave que la dépendance physique (RNAO, 2009). Toutefois, il est important de noter que l'existence d'un trouble lié à l'utilisation de substances est possible sans indication de dépendance physique (tolérance ou sevrage) ou de dépendance psychologique, selon la substance consommée (APA, 2013). Par exemple, les opioïdes, l'alcool et la nicotine causent tant une dépendance physique (c.-à-d. sevrage) qu'une dépendance psychologique (c.-à-d. état de besoin), tandis que la cocaïne ne cause qu'une dépendance psychologique.

Coûts des troubles liés à l'utilisation de substances pour la société

La figure 1 illustre certaines conséquences possibles d'un trouble lié à l'utilisation de substances pour la personne, y compris des maladies physiques, l'incapacité à respecter les normes sociales et les interactions négatives avec le système de justice. Au Canada, en 2002, on a estimé le coût global pour la société des troubles liés à l'utilisation de substances à 39,8 milliards de dollars, soit 1 267 \$ pour chaque Canadien (Ministère de la Promotion de la santé, 2010; Rehm et al., 2006). Ce coût pour la société inclut non seulement les coûts directs des soins de santé, mais également les coûts liés à l'application de la loi, la recherche et la prévention, ainsi que les coûts indirects associés à la perte de productivité à la maison ou au travail des personnes aux prises avec un trouble lié à l'utilisation de substances (Ministère de la Promotion de la santé, 2010; Rehm et al., 2006). Les données indiquent que la morbidité, les blessures et la mortalité importantes découlant des troubles liés à l'utilisation de substances pourraient être réduites pour les générations futures grâce à la mise en œuvre de stratégies efficaces d'évaluation, d'intervention et de prévention pour les troubles liés à l'utilisation de substances (Ministère de la Promotion de la santé, 2010).

Stigmatisation et discrimination

La stigmatisation^G est définie comme « un processus social, vécu ou anticipé, caractérisé par l'exclusion, le rejet, le blâme ou la dépréciation découlant de l'expérience ou d'une anticipation raisonnable d'un jugement social négatif concernant une personne ou un groupe » (Martin et Johnston, 2007, p. 8). Contrairement à beaucoup d'autres états, les troubles liés à l'utilisation de substances sont souvent traités comme des problèmes moraux et criminels, plutôt que comme un problème de santé; les clients qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances sont plus susceptibles d'être perçus comme ayant un contrôle personnel sur leur maladie, et sont donc plus susceptibles d'en être tenus responsables et blâmés (Livingstone, Milne, Fang, et Amari, 2012). La stigmatisation contribue à une foule de résultats négatifs pour les personnes qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent, y compris une mauvaise santé mentale et physique, des obstacles à l'établissement d'un discours^G ou la réalisation d'interventions relatives à l'utilisation de substances, des processus retardés de rétablissement^G ou de réintégration, et un accroissement des comportements à risque (Livingstone et al., 2012).

Les préjudices sont favorisés par les stéréotypes négatifs, qui sont associés à la stigmatisation et créent les conditions nécessaires à la discrimination^G. Le *Code des droits de la personne* de l'Ontario (Gouvernement de l'Ontario, 2012) interdit la discrimination pour plusieurs motifs protégés dans des domaines sociaux protégés (p. ex., emploi, hébergement, produits, services et installations). Les motifs protégés comprennent, notamment, l'âge, l'ascendance, le lieu d'origine, la couleur, la race, la citoyenneté, l'origine ethnique, la foi, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'expression de genre, l'état matrimonial, la situation familiale et l'invalidité; « invalidité » couvre une gamme de problèmes, y compris les invalidités physiques, les troubles de santé mentale, ainsi que l'abus d'alcool ou d'autres drogues et la dépendance graves. Par exemple, un employeur qui refuse d'accorder une promotion à un employé en raison de la perception que celui-ci a déjà souffert d'un trouble lié à l'utilisation de substances pourrait violer les lois provinciales s'il ne fournit pas des occasions et des services de gestion égaux à l'employé, comme l'exige le *Code des droits de la personne de l'Ontario* (Commission ontarienne des droits de la personne [CODP], 2011).

La discrimination est un problème pour des raisons éthiques, professionnelles et juridiques, car il viole le *Code des droits de la personne* de l'Ontario. Il est important que les prestataires de soins de santé fassent attention à leurs attitudes et à leur comportement lorsqu'ils travaillent avec des clients qui utilisent des substances; qu'ils comprennent les répercussions éthiques, professionnelles et juridiques de la discrimination; et qu'ils s'adonnent à la pratique réflexive pour fournir des soins appropriés à tous les clients.

Cadres d'orientation

Les cadres suivants ont été utilisés pour guider la recension des écrits et l'élaboration des recommandations. Ils fournissent les connaissances préalables requises et constituent la base de chacune des recommandations présentées dans cette ligne directrice. On recommande aux infirmières et aux autres prestataires de soins de santé de recevoir une éducation et une formation adéquates relativement à ces cadres et de les appliquer dans le cadre de leur pratique quotidienne.

Déterminants sociaux de la santé

La pratique éthique des soins infirmiers s'efforce d'aborder des aspects larges des déterminants sociaux de la santé qui sont associés à la distribution de la santé et du bien-être (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2009).

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit ainsi les déterminants sociaux de la santé :

Les conditions dans lesquelles les personnes sont nées, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces circonstances sont formées par la distribution de l'argent, des pouvoirs et des ressources aux niveaux global, national et local. Les déterminants sociaux de la santé sont les principaux responsables des inégalités en matière de santé, à savoir les différences injustes et évitables en matière d'état de santé observées à l'intérieur d'un pays et d'un pays à l'autre (OMS, 2014, « Déterminants sociaux de la santé », paragraphe 1)

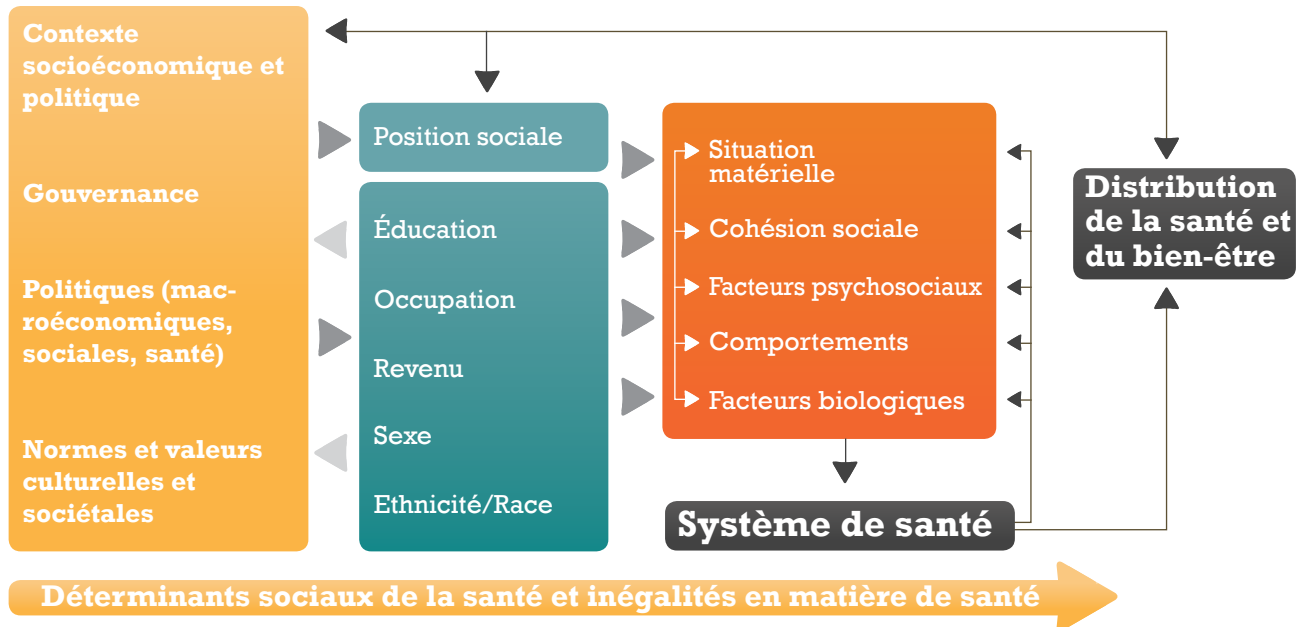
Les déterminants sociaux de la santé comprennent notamment le revenu et le statut social, l'éducation, la biologie et la génétique, ainsi que les services de santé. Les inégalités en matière de santé, à savoir les différences dans la santé de différentes personnes qui découlent principalement des déterminants sociaux – sont générées par la société (et sont donc modifiables), sont systémiques dans leur distribution au sein de la population, et sont injustes (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2013).

L'objectif des infirmières, lorsqu'elles travaillent avec les clients, consiste à atteindre l'égalité en matière de santé. *L'égalité en matière de santé* signifie que tout le monde peut atteindre son plein potentiel en matière de santé, sans être empêché d'atteindre ce potentiel par leur position sociale ou d'autres circonstances déterminées par la société (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2013). La figure 2, qui fournit un cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en matière de santé, illustre les grandes catégories de facteurs qui déterminent les résultats sur la santé, et dont les infirmières et autres prestataires de soins doivent tenir compte pour réaliser une distribution équitable de la santé et des résultats sur la santé. Les facteurs structureaux présentés dans la case or, à l'extrême gauche, sont les facteurs systémiques globaux qui affectent la distribution équitable de la santé et des résultats sur la santé (2012; OMS, 2014).

Figure 2 : Cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en matière de santé

Cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en matière de santé

Élaboré par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé



Réimprimé de « Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux », de la Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008, p. 43. Droit d'auteur 2008 par l'Organisation mondiale de la Santé. Réimprimé avec autorisation.

La Commission des déterminants sociaux de la santé, établie par l'OMS pour aider les pays à aborder les facteurs sociaux qui entraînent un mauvais état de santé et des inégalités en matière de santé, recommande les trois principes d'action suivants :

- Améliorer les conditions de vie quotidiennes, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.
- Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local.
- Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion publique aux questions de déterminants sociaux de la santé (Commission des déterminants sociaux de la santé [CDSS], 2008).

Les infirmières doivent reconnaître l'importance des déterminants sociaux de la santé, et doivent préconiser, individuellement et collectivement, l'élimination des inégalités en matière de santé et travailler dans cette direction (AIIC, 2009). Lorsqu'elles travaillent en collaboration avec des clients qui utilisent des substances, les infirmières doivent reconnaître les déterminants sociaux qui affectent la santé et le bien-être de leurs clients, y compris leur revenu et leur statut social, leurs réseaux de soutien social, leur éducation et leurs capacités d'adaptation (Agence de santé publique du Canada [ASPC], 2001). Les infirmières doivent incorporer leurs connaissances des déterminants de la santé dans leur évaluation, leurs plans et leurs interventions, lorsqu'elles travaillent avec des clients qui utilisent des substances. L'[annexe E](#) énumère 14 déterminants sociaux de la santé identifiés dans le contexte canadien, que les infirmières devraient connaître.

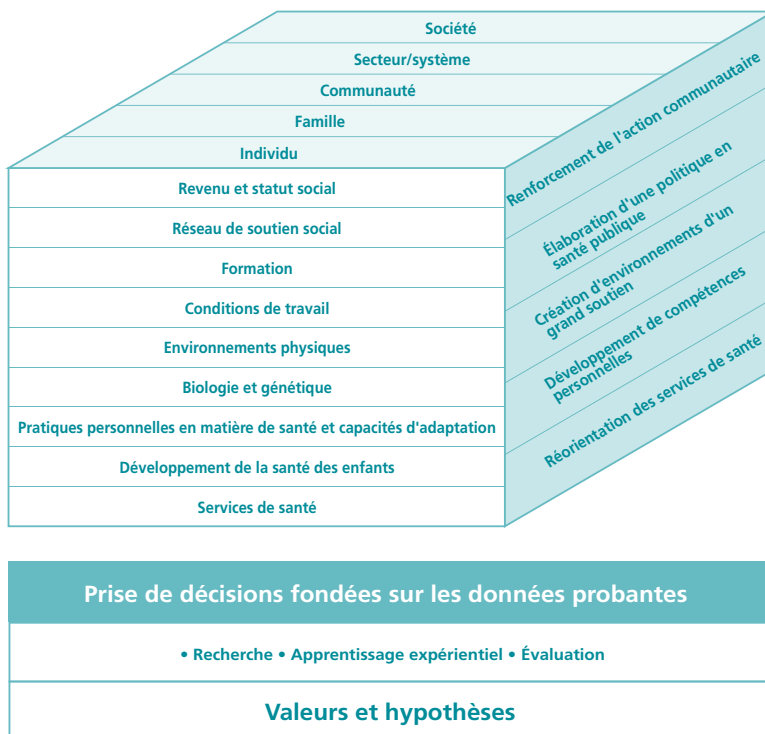
Modèle de promotion de la santé de la population

La promotion de la santé de la population^G vise à améliorer la santé de la totalité de la population et à réduire les inégalités en matière de santé entre les groupes de population (Hamilton et Bhatti, 1996). Par conséquent, ce modèle de soins aborde un vaste éventail de facteurs et de conditions qui affectent la santé (Hamilton et Bhatti, 1996). La relation entre la santé de la population et la promotion de la santé^G est illustrée dans le Modèle de promotion de la santé de la population (voir figure 3). Ce modèle illustre la manière dont la santé d'une population peut être améliorée grâce à des interventions et des stratégies de promotion de la santé qui agissent sur les facteurs et les conditions qui déterminent l'état de santé (Hamilton et Bhatti, 1996). Le modèle comprend trois principales composantes, dont chacune est représentée sur l'un des côtés visibles du cube :

1. Déterminants sociaux de la santé (côté avant),
2. Stratégies d'action exhaustives (côté droit), et
3. Niveaux d'action (dessus).

Une approche de la promotion de la santé de la population devrait être utilisée pour créer des initiatives exhaustives dans les communautés qui visent à prévenir et réduire le risque d'utilisation de substances, en bâtissant des communautés résilientes (Hamilton et Bhatti, 1996; Santé Canada, 2008). Les infirmières devraient appliquer les principes de la promotion de la santé de la population pour mettre en œuvre, planifier et évaluer des initiatives de prévention de l'utilisation de substances. L'**annexe F** fournit quelques exemples de stratégies axées sur la prévention auxquelles peuvent recourir les infirmières et d'autres prestataires de soins de santé pour prévenir et réduire le risque d'utilisation de substances dans les communautés et contribuer à bâtir des communautés résilientes.

Figure 3 : Modèle de promotion de la santé de la population



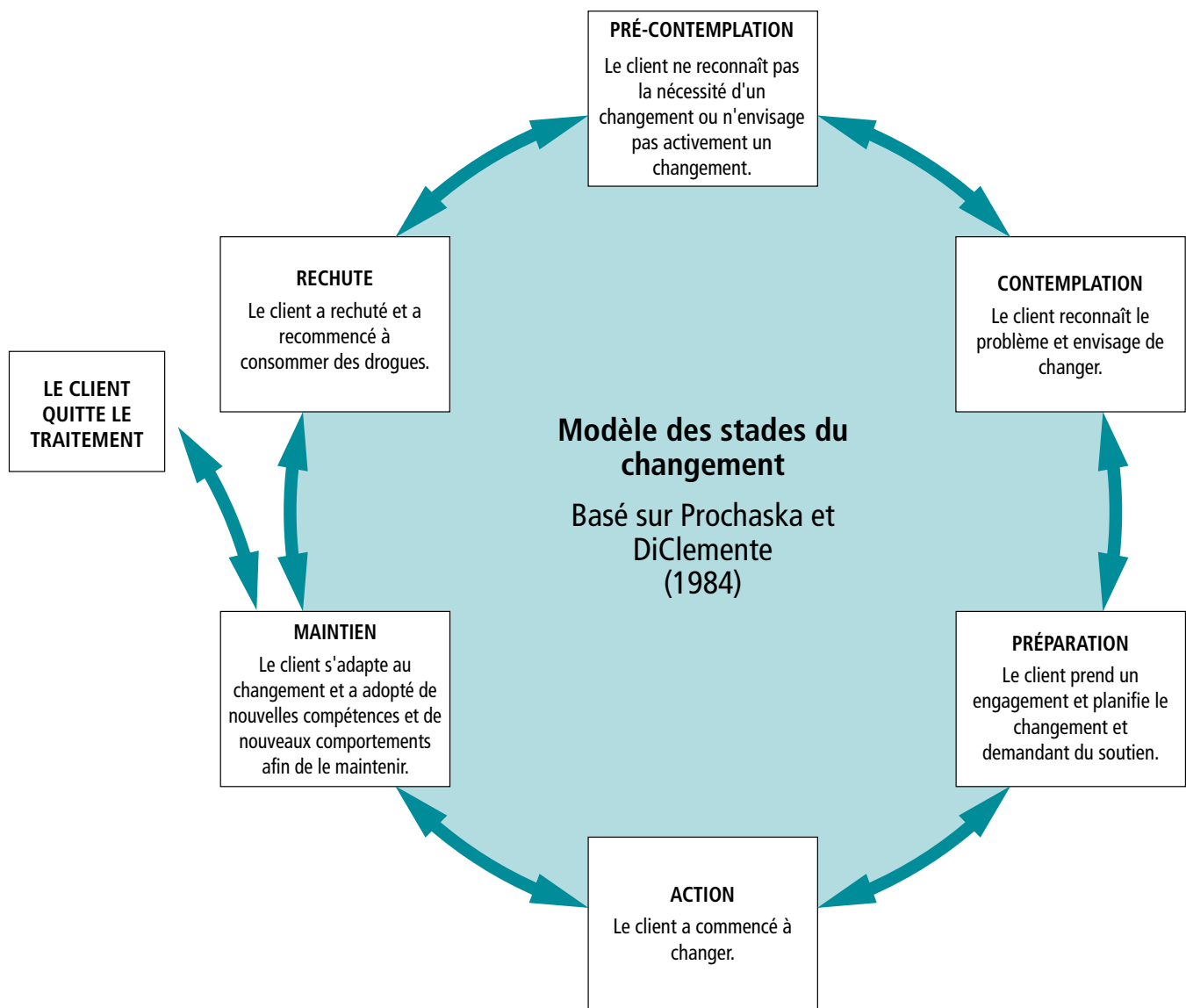
Modèle de promotion de la santé de la population

Reproduit de : *Promotion de la santé de la population : Modèle d'intégration de la santé de la population et de la promotion de la santé*, de Hamilton et Bhatti, 1996. Agence de santé publique du Canada, 2001. Réimprimé avec l'autorisation du ministre de la Santé, 2014.

Modèle transthéorique du changement

Le Modèle transthéorique (MTT) du changement a été élaboré par Prochaska et DiClemente (1984) pour décrire le processus menant à un changement de comportement. Le MTT, reproduit dans la figure 4, illustre le changement de comportement en tant que progression au travers d'une série de cinq stades (Prochaska et DiClemente, 1984). Le processus menant au changement n'est pas linéaire et il est unique à chaque personne. Le modèle aide les praticiens à évaluer et identifier le stade qu'a atteint une personne relativement au changement, permettant ainsi une mobilisation et des stratégies d'intervention appropriées au stade (Prochaska et DiClemente, 1984). Les infirmières devraient avoir recours au MTT pour évaluer, planifier et concevoir des interventions en collaboration avec les clients qui utilisent des substances. Des questions d'orientation spécifiques pouvant être utilisées par les cliniciens à chaque stade du MTT figurent dans l'**annexe G**. À l'aide du MTT, les prestataires de soins de santé peuvent collaborer avec chaque client pour répondre à ses besoins spécifiques dans le cadre du processus de changement (Prochaska et DiClemente, 1984).

Figure 4 : Modèle transthéorique du changement



Adapté de « Screening and Assessment Practices », de L. Sibley, 2014, *Fundamentals of Addiction: A Practical Guide for Counsellors*, p. 172, de M. Herie et W. Skinner (éditeurs). Droit d'auteur 2014 par le Centre de toxicomanie et de santé mentale. Adapté avec permission.

Réduction des méfaits

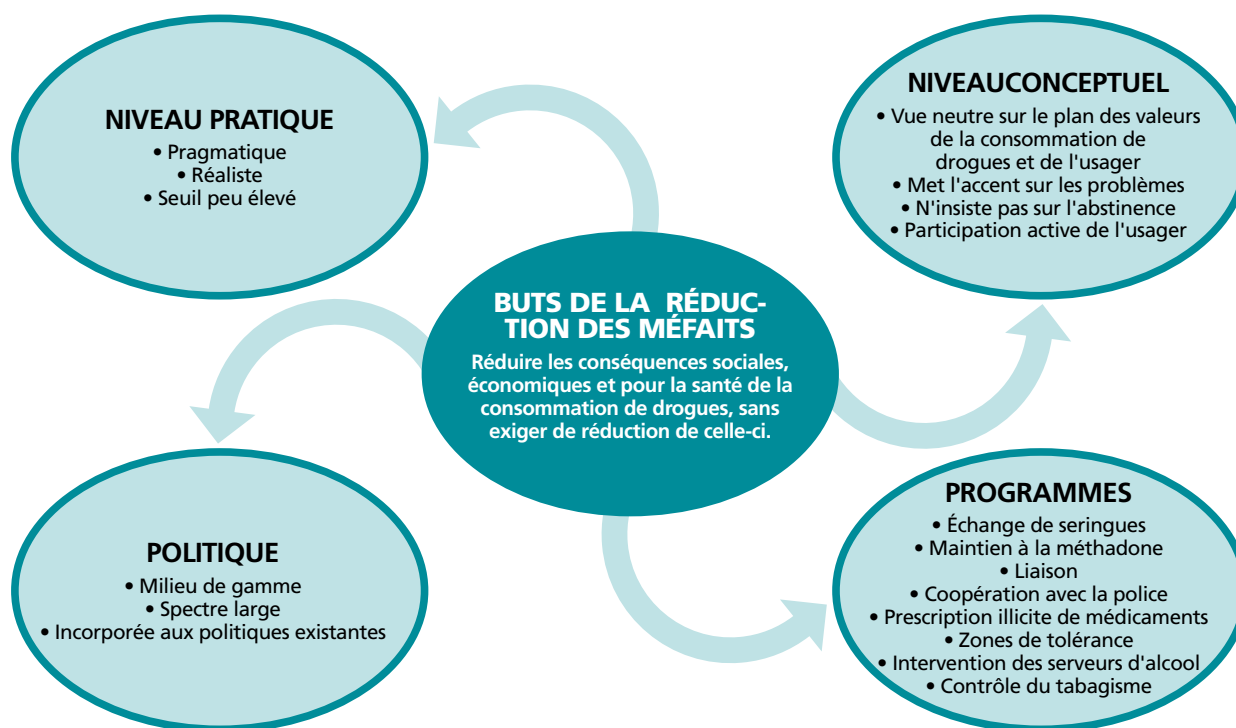
La réduction des méfaits^G fait référence aux pratiques, aux programmes et aux politiques dont le but consiste à réduire les conséquences négatives pour la santé, la société et l'économie associées à l'utilisation de substances, sans exiger l'abstinence vis-à-vis de l'utilisation de substances (AICC, 2011; Rassool, 2010). La réduction des méfaits :

- est une solution de remplacement au modèle de causes à l'origine d'une maladie associée à l'utilisation de substances;
- accepte qu'à un moment donné, certaines personnes ne sont pas prêtes à choisir l'abstinence;
- accepte que l'utilisation de substances se produit au sein de la société et travaille pour en minimiser les effets nocifs;
- accepte que les personnes dépendantes d'une substance devraient avoir leur mot à dire lors de la création de programmes et de politiques conçus pour les servir;
- apprécie l'autonomie des patients; et
- n'exclut pas l'abstinence comme option (Beirness, Jesseman, Notarandrea, et Perron, 2008; AICC, 2011).

La réduction des méfaits reconnaît que l'utilisation de substances est un phénomène complexe qui englobe un continuum de comportements et vise à minimiser les effets nocifs de l'utilisation de substances (AICC, 2011; Rassool, 2010). Cette approche demande une prestation de soins sans porter de jugement et préconise un accès égal aux ressources et aux services en matière de soins. De plus, la réduction des méfaits s'efforce de fournir des soins au sein des communautés dans lesquelles les clients vivent et dans les conditions où les substances sont utilisées, plutôt que dans des contextes éloignés de ces conditions (Rassool, 2010). La réduction des méfaits reconnaît les réalités de la pauvreté, le racisme, l'isolement social, les traumatismes antérieurs, et les autres inégalités sociales qui affectent la vulnérabilité d'une personne et sa capacité à faire face de façon efficace aux méfaits liés aux substances, sans toutefois tenter de minimiser ou d'ignorer les dangers associés à une telle utilisation (Rassool, 2010). La figure 5 illustre les objectifs, les principes directeurs et certains programmes associés à la réduction des méfaits.

Les infirmières devraient intégrer les principes de réduction des méfaits lorsqu'elles travaillent avec des clients qui utilisent des substances et lorsqu'elles traitent des personnes qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent. Avant de recourir à cette approche avec les clients, les infirmières doivent comprendre les principes de la réduction des méfaits; de plus, elles doivent être conscientes de leurs propres attitudes et partis pris et en tenir compte. L'application d'un cadre de réduction des méfaits permet aux infirmières d'adapter leur approche pour rencontrer leurs clients « là où ils se trouvent », pour établir des objectifs en collaboration avec le client et pour élaborer un plan de soins axé sur les besoins du client, tout en développant la confiance et l'autonomie dans la relation infirmière-client (RNAO, 2009).

Figure 5 : Modèle de réduction des méfaits



Reproduit de « Substance Abuse and Developments in Harm Reduction », de Y. W. Cheung, 2000, *CMAJ*, 162(12), p. 1698. Droit d'auteur 2000 de la Canadian Medical Association. Réimprimé avec autorisation.

Approches des soins tenant compte des traumatismes

Le traumatisme est défini comme une expérience qui accable la capacité d'adaptation d'une personne (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies [CCLT], 2012). Qu'il se produise tôt dans la vie ou plus tard, le traumatisme peut avoir des effets dévastateurs (CCLT, 2012). Le traumatisme peut découler de différentes expériences négatives, y compris les mauvais traitements ou la négligence pendant l'enfance, la violence, les accidents, les catastrophes naturelles, la guerre, une perte soudaine et imprévue, et d'autres événements de la vie qui sont indépendants de la volonté d'une personne (CCLT, 2012). De telles expériences peuvent nuire au sentiment de sécurité, au sentiment de soi et à l'auto-efficacité d'une personne, ainsi qu'à sa capacité de maîtriser ses émotions et de développer et maintenir des relations personnelles positives (CCLT, 2012).

Le traumatisme est envahissant et il peut transformer les vies, particulièrement celles de personnes qui ont fait face à de multiples événements traumatisants des mauvais traitements répétés ou une exposition prolongée aux mauvais traitements (CCLT, 2012; Clinic Community Health Centre, 2008; National Child Traumatic Stress Network, 2008). Les personnes qui ont subi des traumatismes présentent un risque plus élevé de développer un trouble lié à l'utilisation de substances (Macy et Goodbourn, 2012). Le traumatisme est une *réaction* à une expérience extraordinairement négative, et pour de nombreuses personnes qui ont subi un traumatisme, l'utilisation de substances constitue une façon de faire face à ses symptômes (CCLT, 2012).

Les infirmières devraient recourir à une perspective tenant compte des traumatismes lorsqu'elles évaluent et qu'elles traitent tous les clients qui utilisent des substances, même si des traumatismes ne sont pas soupçonnés chez tous les clients. Dans le cadre des services tenant compte des traumatismes, il n'est pas nécessaire que le client divulgue son traumatisme, et il n'est pas prévu que le clinicien traite le traumatisme (CCLT, 2012). Plutôt, une perspective tenant compte des traumatismes entraîne une approche particulière et reconnaît à quel point les traumatismes sont courants chez les clients qui utilisent des substances, ainsi que les manifestations du traumatisme dans leur vie. Cela entraîne la création d'une culture de non-violence, d'apprentissage et de collaboration. Le Tableau 1 présente les quatre principes clés des approches tenant compte des traumatismes, décrits par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2012).

Tableau 1 : Principes clés des approches tenant compte des traumatismes

1. Sensibilisation aux traumatismes	Tous les services qui adoptent une approche tenant compte des traumatismes commencent en sensibilisant le personnel et les clients sur les aspects suivants : la prévalence des traumatismes, l'aspect central de ses répercussions sur le développement d'une personne, la vaste gamme d'adaptations faites pour y faire face et survivre, ainsi que la relation entre les traumatismes et l'utilisation de substances, la santé physique et les problèmes de santé mentale. Ces connaissances constituent la base d'une culture organisationnelle de soins tenant compte des traumatismes.
2. Accent mis sur la sécurité et la confiance	<p>Pour les clients, la sécurité physique et émotionnelle est la clé de la pratique tenant compte des traumatismes, parce que les survivants d'un traumatisme se sentent souvent en danger, ont probablement fait l'expérience de la transgression de limites et d'un abus de pouvoir, et peuvent se trouver dans des relations dangereuses. La sécurité et la confiance sont établies grâce à des activités telles que les procédures d'admission accueillantes, l'exploration et l'adaptation de l'espace physique, la prestation de renseignements clairs concernant les programmes, le consentement éclairé, la création de plans de crise, la démonstration d'attentes prévisibles et la prise régulière de rendez-vous.</p> <p>Les besoins des fournisseurs de services sont également pris en considération dans le cadre d'une approche de services tenant compte des traumatismes. L'éducation et le soutien relatifs aux traumatismes indirects vécus par les fournisseurs de services eux-mêmes constituent des éléments clés.</p>
3. Choix, collaboration et connexion disponibles	Les services tenant compte des traumatismes créent des environnements sécuritaires qui favorisent le sentiment d'efficacité, d'autodétermination, de dignité et de contrôle personnel d'un client. Les fournisseurs de services essaient de communiquer de façon ouverte, d'égaliser les déséquilibres de pouvoir au sein des relations, de permettre l'expression des sentiments sans crainte de jugement, et fournir des choix en matière de préférences relatives aux traitements, et de travailler de façon collaborative. En plus, le fait de pouvoir établir des connexions sécuritaires avec les fournisseurs de traitement, les pairs et au sein de la communauté plus large constitue un élément réparateur pour ceux dont les expériences de traumatisme sont précoces ou continues. Cette expérience liée au choix, à la collaboration et à la connexion est souvent étendue à la participation du client dans l'évaluation des services de traitement et la création de conseils de représentation des consommateurs qui fournissent des conseils relatifs à la conception des services, les droits des consommateurs et les griefs.
4. Acquisition de forces et de compétences	Les clients qui participent à des services tenant compte des traumatismes sont aidés à identifier leurs forces et à développer davantage leur résilience et leurs habiletés d'adaptation. L'accent est mis sur l'enseignement et la démonstration de compétences permettant de reconnaître les déclencheurs, de se calmer, de se centrer et de rester présent. Dans son modèle de sanctuaire des changements organisationnels tenant compte des traumatismes, Sandra Bloom décrit ce phénomène comme ayant une culture organisationnelle caractérisée par « l'intelligence émotionnelle » et « l'apprentissage social ». Ici encore, une attention parallèle portée aux compétences du personnel et à l'apprentissage de ces aptitudes et de ces valeurs caractérise les services tenant compte des traumatismes.

Reproduit de « Essentials of ... Trauma-informed Care », de N. Poole, 2012, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et Allied Professionals. Droit d'auteur 2012 par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Réimprimé avec autorisation.

Compétence culturelle et sécurité culturelle

La culture est un processus qui se produit entre les personnes et les groupes d'une communauté, qui forme l'identité personnelle et confère un sens et une signification sociales (AHC, 2008). En prodiguant des soins axés sur les besoins du client, l'infirmière devrait réfléchir aux perspectives culturelles du client et aux siennes, et se demander quel pourrait être l'effet de ces différentes perspectives sur la relation de soin (OIIO, 2009). Chez les clients qui utilisent des substances, ces différentes peuvent affecter la façon dont l'utilisation de substances fait l'objet d'une discussion et est gérée au sein de la relation entre l'infirmière et le client (RNAO, 2009). En travaillant avec des clients qui ont différents antécédents culturels, il est important de ne pas oublier qu'il n'y a pas qu'une bonne approche; la situation de chaque client doit plutôt être traitée différemment. Lorsqu'elles prennent soin de clients qui utilisent des substances, les infirmières devraient procéder à des évaluations individualisées et planifier les soins infirmiers en collaboration avec le client. Les évaluations et les plans de soins devraient être axés sur les besoins du client (AHC, 2008).

La compétence culturelle⁹ est l'application de connaissances, de compétences, d'attitudes et d'attributs personnels dont ont besoin les infirmières pour fournir des soins et des services appropriés en relation avec les caractéristiques culturelles de leurs clients (RNAO, 2009). Les infirmières démontrent leur compétence culturelle lorsqu'elles sont en mesure : (1) de développer une conscience de soi, sans que celle-ci influence indûment les personnes ayant d'autres antécédents; (2) de démontrer leur connaissance et leur compréhension de la culture du client; (3) d'accepter et de respecter les différences culturelles; et (4) d'adapter les soins afin qu'ils soient en accord avec la culture du client (Conseil international des infirmières, 2007). Les infirmières devraient tenter de mieux comprendre les autres cultures et d'améliorer leur capacité à poser des questions pertinentes sur le plan culturel lorsqu'elles travaillent avec des clients de différentes cultures. L'autoréflexion concernant ses propres convictions culturelles et des interactions continues avec des collègues et des clients d'autres cultures constituent une partie importante de ce processus (OIIO, 2009). En appliquant le concept de compétence culturelle à l'exercice de leur profession, les infirmières doivent veiller à ce qu'il ne soit pas utilisé pour stéréotyper ou classer des personnes d'une manière qui pourrait causer la stigmatisation ou la marginalisation (RNAO, 2009).

La compétence culturelle est nécessaire à la prestation de soins appropriés sur le plan culturel. L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2009) a décrit les principes de base de la prestation de soins appropriés sur le plan culturel, présentés dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Principes de base de la prestation de soins appropriés sur le plan culturel

- Des évaluations personnalisées sont nécessaires afin de cerner les facteurs culturels pertinents selon la situation et selon le client.
- La culture d'une personne est influencée par plusieurs facteurs, dont la race, le sexe, la religion, l'origine ethnique, le statut socioéconomique, l'orientation sexuelle et l'expérience de la vie. Le degré d'influence de chacun de ces facteurs varie d'un individu à l'autre.
- La culture est dynamique. Elle évolue et se transforme au fil du temps, tout comme les personnes.
- Les réactions aux différences culturelles sont instinctives et agissent sur la dynamique d'une relation.
- La culture d'une infirmière est influencée par ses croyances personnelles et par les valeurs propres à la profession d'infirmière.
- L'infirmière est responsable d'évaluer les attentes et les besoins culturels du client et d'y réagir de façon appropriée.

Reproduit de : « Directive professionnelle : La prestation de soins adaptés à la culture », Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Droit d'auteur 2009, Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Réimprimé avec autorisation.

La sécurité culturelle^G inclut la sensibilisation culturelle^G (reconnaissance des différences), la sensibilité culturelle^G (reconnaissance de l'importance de respecter les différences) et la compétence culturelle (compétences, connaissances et attitudes des praticiens) (RNAO, 2007b). La sécurité culturelle tient compte des inégalités dans les structures de pouvoir en transférant le pouvoir du prestataire de soins de santé au client. Les prestataires de soins de santé doivent réfléchir aux différences culturelles, historiques et structurales, ainsi qu'aux relations de pouvoir existantes, afin de fournir aux clients des services sécuritaires sur le plan culturel (Santé Canada, 2011). Les fournisseurs qui établissent un dialogue avec le client doivent faire preuve d'excellence en matière de pratiques relationnelles pour que le respect de la culture du client soit reflété dans le cadre de leur pratique professionnelle. La sécurité culturelle va au-delà de la relation entre l'infirmière et le client; elle englobe l'environnement de soins de santé, y compris la conception des services, les politiques, les ressources humaines, la prestation de services et la réalisation de résultats sur la santé qui sont significatifs et pertinents sur le plan culturel (Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, 2013).

Perspective du rétablissement

Le rétablissement est un paradigme conceptualisé et compris en tant que processus unique à chaque personne. Il n'est pas défini comme aboutissement, mais plutôt comme parcours ancré dans des pierres d'angle, à savoir la dignité, d'espoir, d'habilitation et de résilience (Forchuck, 2003; Jacobson et Curtis, 2000). Plusieurs définitions et cadres qui formulent le concept de rétablissement ont émergé de plusieurs domaines, y compris le mouvement de réadaptation psychosociale, les dépendances, la santé mentale et l'activisme social (Anthony, 1993; Jacobson et Curtis, 2000; Jacobson et Greenley, 2001).

La perspective du rétablissement oriente la manière dont les infirmières établissent un dialogue avec les clients le long du continuum de l'utilisation de substances. Les thèmes globaux, à savoir la dignité, l'espoir, la résilience et les relations personnelles, la création de signification dans sa vie personnelle et l'auto efficacité dans chaque parcours unique et changeant, sont les principes directeurs de la perspective du rétablissement (Deegan, 1988; Forchuck, 2003; Jacobson, 2012; Jacobson et Curtis, 2000). Cette perspective reconnaît que le rétablissement est un processus à long terme de changement intérieur, et que ces changements intérieurs sont traités dans le cadre de différents stades (Substance Abuse and Mental Health Service Administration [SAMHSA], 2005). Le rétablissement est un processus constant qui consiste à se perfectionner et à apprendre à accepter ses vulnérabilités; à surmonter la stigmatisation et la discrimination; à retrouver l'espoir et à reprendre le contrôle sur sa vie et la responsabilité de celle-ci; et à s'impliquer dans des activités sociales qui ont un sens et une citoyenneté communautaire (Snow, 2010). En adoptant une perspective du rétablissement, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé reconnaissent que le rétablissement est un processus dirigé par le client, qui se produit à l'extérieur des soins professionnels ou après ceux-ci, et qui renforce la participation à long terme du client dans la gestion de ses soins (SAMHSA, 2005). Il est essentiel que les infirmières et les prestataires de soins de santé adoptent une perspective fondée sur le rétablissement lorsqu'ils travaillent avec des clients qui présentent des problèmes liés à l'utilisation de substances.

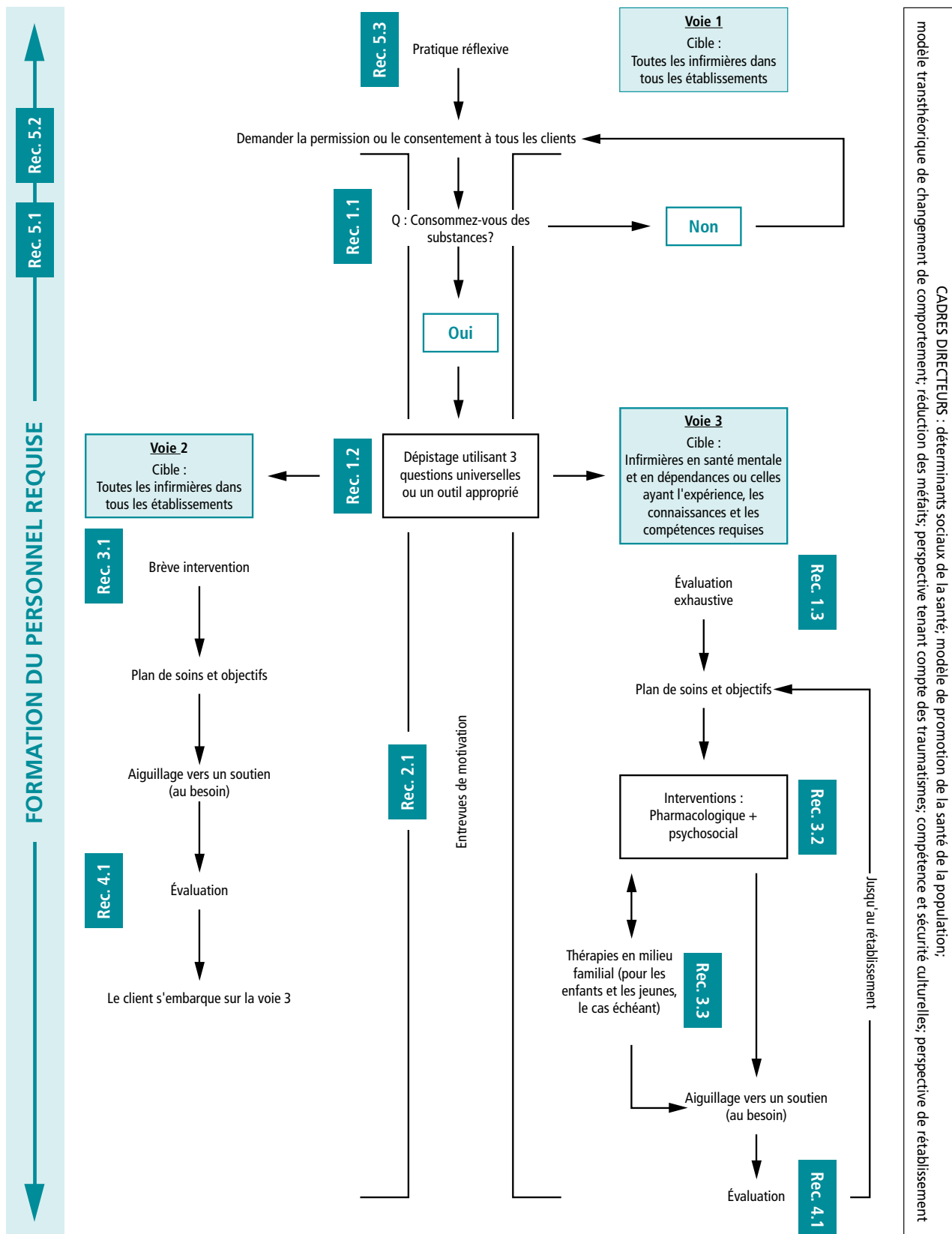
Algorithme pour l'établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances

Le groupe d'experts a élaboré un algorithme qui illustre toutes les recommandations liées à la pratique et à la formation de la présente ligne directrice qui devraient être mises en œuvre dans tous les établissements (voir la figure 6). Cet algorithme peut être mis en œuvre étape par étape, ou il peut être abrégé. La décision dépendra de l'environnement de soins de santé (p. ex., service d'urgence, centre de santé communautaire, établissement de santé mentale, etc.), des facteurs liés au client (p. ex., risque soupçonné de trouble lié à l'utilisation de substances ou trouble réel), et des facteurs liés à l'infirmière (p. ex., connaissances et compétences).

Une infirmière peut effectuer toutes les phases de l'algorithme de dépistage, d'évaluation, d'intervention et d'examen, ou demander l'aide d'autres prestataires de soins de santé, au besoin. **La Voie 1** – dépistage de tous les clients afin de déterminer s'ils utilisent des substances – s'applique à toutes les infirmières et aux autres prestataires de soins de santé dans tous les établissements, afin d'amorcer une discussion concernant l'utilisation de substances. Si le dépistage d'un client pour l'utilisation de substances est positif, les infirmières ou d'autres prestataires de soins de santé devraient étudier la situation plus en profondeur en posant les questions de dépistage universel^G ou en utilisant un outil approprié pour déterminer le niveau de soutien des soins requis. **La Voie 2** – interventions rapides^G, plan de soins et objectifs, et aiguillage vers le soutien – s'applique aux infirmières et aux autres prestataires de soins de santé dans tous les établissements dont le temps, les connaissances et les ressources en matière d'utilisation de substances sont limités. Elle présente le soutien minimal dont ont besoin tous les clients qui utilisent des substances. **La Voie 3** – évaluation exhaustive^G, plan de soins et objectifs, interventions et examen – s'applique aux infirmières et aux autres prestataires de soins de santé qui possèdent les connaissances et les compétences spécifiques, ainsi que le temps et les ressources nécessaires pour travailler de plus près afin d'effectuer le dépistage, l'évaluation et les interventions de clients qui utilisent des substances. La Voie 3 peut être suivie dans tous les établissements, mais elle est principalement suivie dans les établissements de santé mentale et de lutte contre les dépendances.



Figure 6 : Algorithme pour l'établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances



Élaboré par le groupe d'experts de la RNAO. Droit d'auteur 2015, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Recommandations relatives à la pratique professionnelle

1.0 ÉVALUATION

RECOMMANDATION 1.1 :

Effectuer un dépistage auprès de tous les clients afin de vérifier s'ils utilisent des substances.

RECOMMANDATION 1.2 :

Pour les clients qui utilisent des substances, utiliser des questions de dépistage universelles ou un outil de dépistage approprié pour déterminer le niveau de soutien requis.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Le dépistage est un processus officiel de test utilisé pour identifier les clients qui, à un moment donné, ont besoin d'une évaluation plus poussée afin de confirmer ou de réfuter les risques potentiels de trouble lié à l'utilisation de substances ou un diagnostic de celui-ci (Feldstein et Miller, 2007; Newton et al., 2011). Il a été démontré que l'administration d'outils de dépistage normalisés dans différents établissements (p. ex., services d'urgence, établissements de soins primaires, établissements de soins actifs, soins de longue durée) réduit l'utilisation de substances chez les clients; améliore l'accès aux interventions précoces, par conséquent réduisant les méfaits pour la santé des clients et entraînant des résultats positifs pour les clients; et réduisent les coûts de santé (Burns, Grayet & Smith, 2010; Newton et al., 2011). Tous les prestataires de soins de santé sur le continuum des soins devraient être en mesure d'identifier et d'effectuer un dépistage et une évaluation de base de tous les clients, afin d'identifier l'utilisation de substances et tout risque potentiel pour la santé physique ou psychologique lié à cette utilisation (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2007). Les outils de dépistage^G normalisés et appropriés devraient être brefs, faciles à administrer, appropriés à la population cible et économiques, et parvenir de façon fiable à identifier les clients qui ont besoin d'une évaluation supplémentaire (Burns et al., 2010; Dhalla, Zumbo, et Poole, 2011; Santé Canada, 2002; Lanier et Ko, 2008; Newton et al., 2011).

Dépistage initial

Le groupe d'experts recommande que les infirmières effectuent un dépistage initial de tous les clients afin de déterminer s'ils utilisent des substances (figure 6). Si le client n'utilise pas de substances, le groupe d'experts recommande que l'infirmière (a) lui fournisse un enseignement en santé et une validation positive des comportements sains, et (b) continuer d'effectuer un dépistage périodique de l'utilisation de substances, en utilisant l'algorithme de dépistage et d'évaluation présenté dans la figure 6. La fréquence du dépistage dépendra de l'établissement et de la fréquence des contacts avec le client. Le groupe d'experts recommande donc aux infirmières de discuter de la fréquence du dépistage avec le client et de recourir à son propre jugement ou de recommencer le dépistage à tous les nouveaux épisodes de soins, ou lorsque la situation du client change.

Dépistage supplémentaire des clients qui utilisent des substances

Les clients qui utilisent des substances peuvent présenter un risque de développer des problèmes associés à cette utilisation, ainsi que de développer un trouble lié à l'utilisation de substances. Le groupe d'experts recommande que les infirmières effectuent un dépistage supplémentaire des clients pour lesquels l'utilisation de substances est confirmée, en utilisant soit les questions de dépistage universel, soit un outil de dépistage approprié, afin d'identifier ceux qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent (figure 6). Les infirmières devraient recourir à leur jugement et à leurs compétences cliniques pour décider d'utiliser les questions de dépistage universel ou un outil approprié avec un client en particulier; l'infirmière ne verra peut-être pas de raison clinique claire d'effectuer un dépistage universel avant d'utiliser un outil de dépistage approprié lors de chaque rencontre clinique. De plus, l'infirmière n'a pas nécessairement les connaissances ou les ressources nécessaires pour effectuer un dépistage au moyen d'un outil approprié, mais elle peut effectuer un dépistage universel et aiguiller le client vers une évaluation supplémentaire.

Le dépistage de l'utilisation de substances permet à l'infirmière (a) de déterminer si le client consomme des substances; (b) d'identifier la fréquence de l'utilisation de substances et la quantité consommée; (c) d'identifier l'utilisation problématique de substances qui peut entraîner des comportements à risque ou un trouble lié à l'utilisation de substances, et (d) faciliter l'enseignement sur la santé. Les infirmières dans le continuum des soins devraient être conscientes des risques pour la santé associés à l'utilisation de substances (p. ex., cancer, infarctus du myocarde, etc.), et intégrer le dépistage et l'enseignement en santé à leurs soins.

Questions de dépistage universel

Le dépistage universel a pour but d'identifier si l'utilisation de substances par un client augmente son risque de différents problèmes; un dépistage supplémentaire à l'aide d'un outil ciblé approprié peut être justifié (voir la figure 6) (Santé Canada, 2002; SAMHSA, 2005). Le dépistage universel ne nécessite que peu de temps et d'effort de la part de l'infirmière, et il peut être effectué pendant le contact initial ou dans le cadre d'une évaluation régulière du client. Il est donc recommandé aux infirmières de poser les trois questions universelles suivantes afin de dépister l'utilisation de substances chez tous les clients lors du contact initial dans tous les établissements (Santé Canada, 2002, p. 32) :

1. Avez-vous déjà eu des problèmes liés à votre consommation d'alcool ou d'autres drogues? (Oui/Non)
2. Un membre de votre famille, un ami, un médecin ou un autre prestataire de soins de santé a-t-il manifesté des inquiétudes concernant votre consommation d'alcool ou d'autres drogues ou vous a-t-il suggéré de réduire votre consommation? (Oui/Non)
3. Avez-vous déjà dit à une autre personne : « Non, je n'ai pas de problème [d'alcool/de drogue] », tout en vous disant : « J'ai peut-être un problème »? (Oui/Non)

Une réponse positive (c.-à-d. lorsque le client répond « oui » à l'une de ces questions), indique la nécessité d'une enquête plus poussée (Santé Canada, 2002).

REMARQUE : s'il n'y a aucune réponse positive aux questions de dépistage universel ci-dessus, le groupe d'experts recommande que l'infirmière fournisse un enseignement en santé à l'aide d'une intervention rapide et d'une validation positive des comportements sains, et qu'elle continue à effectuer périodiquement le dépistage de l'utilisation de substances en utilisant l'algorithme de dépistage et d'évaluation illustré dans la Voie 2 de la figure 6. La fréquence du dépistage dépendra de l'établissement et de la fréquence des contacts avec le client. Le groupe d'experts recommande donc aux infirmières de discuter de la fréquence du dépistage avec le client et de le déterminer en recourant à leur propre jugement ou de recommencer le dépistage à tous les nouveaux épisodes de soins, ou lorsque la situation du client change.

Outil de dépistage approprié

Le groupe d'experts recommande l'utilisation d'un outil de dépistage approprié, soit après les questions de dépistage universel, soit à la place de celles-ci, selon les compétences et le jugement cliniques de l'infirmière, l'établissement, le temps et les ressources disponibles. L'**annexe H** présente des outils de dépistage fréquemment utilisés selon la substance utilisée, la population de clients chez laquelle le dépistage est effectué, et l'établissement clinique où l'outil est utilisé. L'infirmière joue un rôle important dans l'administration de l'outil de dépistage, en collaboration avec les clients, afin d'identifier les risques potentiels associés à l'utilisation de substances par le client, et de s'assurer que les conclusions sont communiquées à l'équipe pluridisciplinaire et que les mesures nécessaires sont prises. L'administration de certains outils qui figurent dans l'**annexe H** prend moins que dix minutes et ne nécessite aucune formation spécialisée (APA, 2006; Mdege et Lang, 2011). Si un prestataire de soins de santé connaît mal les outils de dépistage, le groupe d'experts lui recommande de demander un soutien approprié à un expert ou d'administrer les questions de dépistage universel à la place.

Autres considérations

Parce que les outils de dépistage varient en fonction de la substance utilisée, des caractéristiques de la population cible parmi laquelle le dépistage sera effectué et de l'établissement, il n'est pas possible de recommander un outil de dépistage unique qui peut être utilisé avec tous les clients et dans toutes les situations. Le groupe d'experts recommande plutôt aux prestataires de soins de santé d'adopter une approche critique afin de déterminer l'outil le plus approprié pour chaque situation et la meilleure manière de l'utiliser, en fonction des caractéristiques uniques de chaque client et de l'établissement clinique. Lors de la sélection et de l'utilisation d'un outil de dépistage, les prestataires de soins de santé devraient respecter les lignes directrices suivantes :

- Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé devraient connaître les outils qu'ils utilisent;
- Si l'infirmière ou l'autre prestataire de soins de santé ne connaît pas bien les outils appropriés, il doit poser les trois questions de dépistage universel qui figurent ci-dessus;
- Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé devraient évaluer le stade de changement du client lorsqu'ils procèdent au dépistage, afin de guider les interventions futures;
- Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé devraient démontrer leur compétence culturelle lors de la sélection et de l'utilisation d'outils de dépistage particuliers;
- En raison de la nature sensible des questions, lorsqu'ils effectuent un dépistage auprès des clients, les infirmières et les autres prestataires de soins de santé devraient administrer les outils de façon sensible et confidentielle;
- Les infirmières et les autres prestataires de soins de santé devraient recourir à des compétences en communication thérapeutique pour assurer la sécurité du client et établir de bonnes relations avec tous les clients, particulièrement ceux qui appartiennent à des populations vulnérables^G.

RECOMMANDATION 1.3 :

Procéder à une évaluation exhaustive de tous les clients dont le dépistage de l'utilisation de substances est positif, selon ce qui est approprié en fonction des connaissances, des compétences, du temps, de l'établissement et des ressources dont dispose l'infirmière.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Le groupe d'experts recommande qu'une évaluation exhaustive soit effectuée pour tous les clients identifiés comme présentant un risque de trouble lié à l'utilisation de substances, selon le dépistage universel ou l'outil de dépistage approprié. Une évaluation exhaustive ne devrait être effectuée que par des infirmières qui possèdent les connaissances et les compétences appropriées, le temps et les ressources nécessaires (voir la Voie 3, figure 3). Pour les infirmières qui travaillent dans des établissements où leur temps, leurs connaissances et leurs ressources relatifs à l'utilisation de substances sont limités, veuillez consulter la recommandation 3.1. Une évaluation exhaustive a pour but d'obtenir des renseignements concernant les aspects pertinents de l'utilisation de substances par une personne, ainsi que les perceptions, les objectifs, les forces, les motivations et les besoins de celle-ci, afin de faciliter le mieux possible la planification et les interventions relatives à la prise en charge de l'utilisation de substances (APA, 2006; SAMHSA, 2005). L'évaluation exhaustive est importante parce qu'elle mène à des interventions spécifiques en soins infirmiers, à un aiguillage vers un spécialiste qui établira un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substances, ou à des interventions de soutien. L'évaluation peut également aider l'infirmière ou le spécialiste à déterminer le niveau de soin dont a besoin le client (p. ex., gestion de cas ou séances d'éducation).

Le Tableau 3 identifie des domaines clés relatifs à l'évaluation exhaustive que les infirmières et les autres prestataires de soins de santé devraient inclure lorsqu'ils effectuent l'évaluation de clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent. Si le prestataire de soins de santé ne connaît pas bien les domaines clés relatifs à l'évaluation exhaustive qui figurent dans le Tableau 3, le groupe d'experts lui recommande de demander un soutien approprié à un expert.

Lorsque les infirmières travaillent avec des clients qui appartiennent à des populations vulnérables, il est important qu'elles tiennent compte de leurs besoins uniques en ce qui concerne l'accès aux soins (p. ex., culture, stigmatisation), les facteurs biologiques (p. ex., douleur chronique, infections, vieillissement, femmes enceintes et nouvelles mères, troubles concomitants), et le risque de marginalisation (p. ex., travail dans le commerce du sexe, incarcération) afin de fournir des soins éthiques, respectueux et sensibles sur le plan culturel. L'utilisation de substances peut augmenter le risque de contracter une infection en raison d'une hygiène inadéquate, de mauvaises conditions de vie et de comportements à risque élevé (p. ex., rapports sexuels non protégés, partage de pipes à crack et d'autres accessoires pour la consommation de drogues) (AHC, 2011). En raison des plus grands risques pour la santé associés à l'utilisation de substances, le groupe d'experts recommande que lorsqu'elles effectuent des évaluations, les infirmières soient conscientes des infections potentielles pouvant découler de la consommation de drogues par intraveineuse (IV) ou des comportements à risque élevé, y compris :

- les infections ou les abcès localisés ou systémiques;
- la cellulite;
- le virus de l'immunodéficience humaine (VIH);
- l'hépatite B;
- l'hépatite C;
- l'endocardite infectieuse; et
- l'ostéomyélite.

Voir l'[annexe I](#) pour obtenir des facteurs spécifiques relatifs au dépistage, à l'évaluation et aux interventions lors de travail avec les populations vulnérables.

Tableau 3 : Domaines clés d'une évaluation exhaustive

Objectifs du client	<ul style="list-style-type: none"> ■ Raisons de demander des soins ■ Objectifs immédiats et à long terme en matière de préoccupations liées aux soins de santé (c.-à-d. santé physique et mentale) ■ Obstacles perçus à la réalisation des objectifs actuels et soutiens permettant de les réaliser ■ Discussion des répercussions des objectifs du client en matière d'utilisation de substances sur ses autres objectifs en matière de soins de santé ■ Valeurs et convictions du client concernant le meilleur résultat pour lui ■ Préparation et stade du changement concernant l'utilisation de substances
Renseignements démographiques et socioéconomiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Âge ■ Sexe : orientation sexuelle et identité de genre ou expression de genre ■ Antécédents culturels et ethniques ■ Éducation/emploi/revenu ■ Logement ■ Relations personnelles ■ Questions juridiques : implication antérieure ou actuelle avec le système de justice ■ Soutiens dans le cercle de soins : prestataires de soins de santé, famille et autres soutiens sociaux ■ Besoins en matière de culture et de diversité ■ Spiritualité
Antécédents d'utilisation de substances	<ul style="list-style-type: none"> ■ Substances utilisées par le client ■ Âge à la première utilisation de chaque substance ■ Schéma d'utilisation (p. ex., quantité, fréquence, durée de l'utilisation, etc.) ■ Voie d'utilisation de substances (p. ex., IV, fumer, renifler, etc.) ■ Symptômes de sevrage associés à l'utilisation de substances ■ Tolérance des substances ■ Substances qui constituent une source de problèmes, identifiées par le client ■ Accès aux stratégies de réduction des méfaits (p. ex., éducation sur une consommation de drogues plus sécuritaire) ou aux fournitures (p. ex., seringues propres) et utilisation de ces stratégies et fournitures ■ Éléments déclencheurs de l'utilisation de substances ■ Conséquences négatives associées à l'utilisation ■ Perte de contrôle accrue sur l'utilisation ■ Périodes d'abstinence et facteurs qui ont contribué à l'abstinence ■ Antécédents de demande d'aide liée à l'utilisation de substances

Antécédents de santé physique et troubles médicaux	<ul style="list-style-type: none"> ■ Troubles médicaux diagnostiqués, passés et présents ■ Médicaments : passés et présents (inclut les médicaments en vente libre et les médicaments de relais ou complémentaires) ■ Interventions et procédures ■ Expériences liées aux interventions et aux services ■ Douleur chronique ■ Antécédents de crises ■ Problèmes dentaires ■ Infections transmises sexuellement
Infections potentielles (résultant de la consommation de drogues par intraveineuse ou de comportements à risque élevé)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Infections ou abcès localisés ou systémiques ■ Cellulite ■ VIH ■ Hépatite B ■ Hépatite C ■ Endocardite infectieuse ■ Ostéomyélite
Antécédents de santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antécédents de problèmes de santé mentale ■ Préoccupations actuelles liées à la santé mentale ■ Interventions passées et présentes pour des problèmes de santé mentale (pharmacologiques et non pharmacologiques) ■ Expériences liées aux interventions et aux services pour des problèmes de santé mentale ■ Traumatisme (émotif, psychologique et physique) ■ Antécédents d'automutilation ■ Tentatives de suicide ou pensées suicidaires ■ Sentiments d'angoisse ou de dépression ■ Capacité actuelle de faire face à ses émotions ■ Résilience et espoir
Antécédents familiaux d'utilisation de substances et de préoccupations liées à la santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renseignements relatifs aux membres de la famille qui ont ou ont eu des problèmes liés à l'utilisation de substances ou à un trouble lié à l'utilisation de substances, et la manière dont ils l'ont pris en charge (p. ex., médicaments et traitements, état de santé actuel, etc.) ■ Renseignements concernant des membres de la famille qui ont ou ont eu des préoccupations en matière de santé mentale, et la manière dont ils les ont prises en charge (p. ex., médicaments et traitements, état de santé actuel, etc.)
Résilience et points forts	<ul style="list-style-type: none"> ■ Forces personnelles et sources de résilience identifiées par le client ■ Besoins et soutiens identifiés par le client pour améliorer la résilience et les forces
(APA, 2006; SAMHSA, 2005)	

2.0 PLANIFICATION

RECOMMANDATION 2.1 :

Développer des relations de collaboration avec les clients grâce à des techniques d'entrevues motivationnelles dans le but d'élaborer le plan de soins.

Niveau de données probantes = la

Discussion des données probantes :

Le développement de relations de collaboration est essentiel lors du travail avec les clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent. Les relations de collaboration entre le prestataire de soins de santé et le client permettent la création d'un environnement thérapeutique qui favorise le bien-être et l'autonomie du client pendant son rétablissement. Les entrevues motivationnelles^G (EM) sont une approche de consultation fondée sur les données probantes qui est axée sur les besoins du client, qui ne porte pas de jugement et qui est non directive, et à laquelle les infirmières peuvent recourir pour développer des relations de collaboration et d'empathie avec tous les clients dans tous les établissements.

Comme l'illustre la figure 6, les EM devraient être utilisées lors du dépistage, de l'évaluation, des interventions et des examens, lors de travail avec les clients qui utilisent des substances, quel que soit l'établissement. Dans le cadre de l'approche d'EM, les prestataires de soins de santé travaillent en collaboration avec les clients afin de mieux comprendre leurs besoins, leurs capacités et leurs objectifs (Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson, et Burke, 2010). Le principal objectif des EM consiste à aider le client à examiner et à résoudre l'ambivalence^G afin de susciter et de renforcer la motivation de changer (Lundahl et al., 2010; Rubak, Sandbaek, Lauritzen, et Christensen, 2005; Smedslund et al., 2011). Lors des EM, les prestataires de soins de santé ont recours à un large éventail de techniques afin d'aider les clients à explorer et à résoudre leur ambivalence vis-à-vis du changement de comportement. Grâce à la consultation et au développement d'une relation de collaboration, le prestataire de soins de santé aide les clients à devenir plus sensibles aux répercussions du changement ou de l'absence de changement (Lundahl et al., 2010). Les prestataires de soins de santé peuvent recourir à l'approche d'EM lorsqu'ils prodiguent des soins, et en particulier lorsqu'ils créent le plan de soins qui soutient les clients dans l'établissement de leurs objectifs personnels.

Un examen systématique d'essais comparatifs randomisés et un examen systématique qui incluait des essais comparatifs randomisés et des études contrôlées, ont démontré que l'efficacité des EM à susciter le changement et à réduire l'utilisation était de 10 à 20 % supérieure par rapport à l'absence d'intervention (Lundahl et al., 2010; Smedslund et al., 2011). Dans le cadre d'une méta-analyse, Lundahl et al. (2010) ont découvert que les approches d'EM aidaient le client à s'améliorer et augmentaient la participation du client aux interventions fournies. La participation du client dans les EM entraîne des améliorations des mesures de volonté et de motivation à changer, particulièrement avec les clients qui montrent leur réticence à changer ou leur ambivalence vis-à-vis du changement (Dunn, Deroo, et Rivara, 2001; Rubak et al., 2005). Les études ont également indiqué que les EM pouvaient aider les clients à changer leurs comportements de façon plus efficace que la prestation conventionnelle de conseils (Rubak et al., 2005). Les EM peuvent s'avérer efficaces, même dans le cadre de brèves rencontres d'une quinzaine de minutes (Lundahl et al., 2010; Rubak et al., 2005). Les participants à des interventions utilisant les EM démontrent une rétention accrue des interventions et le maintien des résultats positifs après l'intervention initiale (Lundahl et al., 2010).

Au cœur des EM se trouve la capacité de l'infirmière à former avec le client des liens de compassion et des relations de collaboration qui ne portent aucun jugement. Pour cette raison, l'accent mis sur le partenariat, l'acceptation, la compassion et l'évocation est considéré comme étant plus important que le recours à une compétence ou à une technique en particulier (Miller et Rollnick, 2013). Avant d'effectuer une EM avec un client, l'infirmière devrait demander une éducation et une formation appropriées et incorporer les principes, les techniques et les compétences nécessaires aux EM dans sa pratique quotidienne.

3.0 MISE EN ŒUVRE

RECOMMANDATION 3.1 :

Recourir à une intervention rapide pour collaborer avec les clients identifiés comme présentant un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou en souffrant.

Niveau de données probantes = la

Discussion des données probantes :

Les interventions rapides (IR) peuvent être utilisées de façon efficace avec des clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent afin d'identifier les problèmes actuels ou potentiels et de motiver les clients à changer leur comportement. Les IR s'appliquent aux infirmières et aux autres prestataires de soins de santé dans tous les établissements dont les connaissances, les ressources et le temps ne sont pas suffisants pour procéder à une évaluation exhaustive (voir la Voie 2, figure 6). Une IR est une pratique fondée sur les données probantes, conçue pour être utilisée par les prestataires de soins de santé de tous les établissements afin de motiver les clients à réduire leur utilisation de substances ou à s'abstenir de les utiliser (APA, 2006; McQueen, Howe, Allan, Mains, et Hardy, 2011). Il s'agit d'une intervention d'une durée limitée, qui cherche à identifier les personnes qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent par l'entremise d'un dépistage, et qui a recours à la rétroaction motivationnelle pour aider les clients à examiner les avantages et les désavantages du changement de comportement (APA, 2006; McQueen et al., 2011). En tant qu'approche axée sur les besoins du client, l'IR respecte le choix et l'autonomie du client lors de l'élaboration du plan de soins. La fréquence, le nombre et la longueur des séances d'IR que reçoit chaque client peuvent varier, mais la documentation dans ce domaine indique le plus souvent entre une et quatre séances durant entre 5 et 30 minutes chacune, avec une infirmière ou un prestataire de soins de santé spécialisé (APA, 2006; McQueen et al., 2011).

Les données indiquent que même une courte séance d'IR parvient à améliorer les résultats de façon efficace (McQueen et al., 2011; Sullivan, Tetrault, Braithwaite, Turner, et Fiellin, 2011). L'IR est efficace à motiver les clients à changer et à encourager ceux qui présentent des problèmes plus graves à envisager un aiguillage vers des services d'intervention spécialisés. Elle s'avère efficace pour réduire la consommation d'alcool, les pratiques à risque relatives à celle-ci et la fréquence des blessures (Nilsen, Aalto, Bendtsen, et Seppa, 2006). Deux examens systématiques d'essais comparatifs randomisés et d'études contrôlées ont démontré les avantages de la prestation d'IR dans les hôpitaux et les établissements de soins primaires en général aux personnes qui consomment de l'alcool (McQueen et al., 2011; Sullivan et al., 2011). Dans ces études, l'IR a présenté une réduction plus importante de la consommation d'alcool et des taux de mortalité par rapport aux groupes de contrôle (qui n'ont pas bénéficié d'IR) lors de suivis après six et neuf mois (McQueen et al., 2011), et était associée à 1,4 consommation standard par semaine de moins que les groupes de contrôle (Sullivan et al., 2011). Bien que ces études démontrent l'efficacité de l'IR sur la réduction de la consommation d'alcool, le groupe d'experts recommande de recourir aux brèves interventions avec tous les clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent.

Comme l'illustre la figure 6, toutes les infirmières de tous les établissements devraient être en mesure de recourir aux brèves interventions avec des clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent. L'IR est une approche pour laquelle une formation spécialisée est disponible, et avant d'utiliser l'IR avec des clients, les infirmières devraient demander une éducation et une formation spécialisée et élaborer un plan visant à incorporer l'IR à leur pratique clinique.

Des outils et des guides relatifs à l'IR, particulièrement dans le contexte des protocoles de dépistage, d'intervention rapide et d'orientation vers un traitement, sont disponibles pour les cliniciens. Un exemple d'un tel outil est fourni dans l'[annexe J](#).

RECOMMANDATION 3.2 :

Préconiser et soutenir l'accès aux interventions pharmacologiques et psychosociales combinées, le cas échéant, et favoriser le recours approprié à des interventions combinées pour améliorer le bien-être et les résultats sur la santé.

Niveau de données probantes = la

Discussion des données probantes :

Une approche intégrée, qui combine des interventions pharmacologiques et des interventions psychosociales, permet aux cliniciens de répondre les besoins des clients dans ces deux domaines (APA, 2006). L'efficacité de la pharmacothérapie pour le traitement de l'utilisation de substances peut être limitée, sauf si elle est administrée conjointement à des thérapies psychosociales (APA, 2006). Bien que les thérapies pharmacologiques agissent rapidement pour atténuer le sevrage physiologique et l'état de besoin, elles ne traitent pas les symptômes psychosociaux qui peuvent être présents pendant la stabilisation, la détoxication et le rétablissement (Amato, Minozzi, Davoli, et Vecchi, 2011). Les interventions psychosociales effectuent un changement en mettant l'accent sur la motivation, les habiletés d'adaptation et les relations sociales (APA, 2006).

Des examens systématiques d'essais comparatifs randomisés et d'études contrôlées ont démontré des résultats positifs en matière de réduction de l'utilisation de substances, avec le recours à des interventions pharmacologiques et psychosociales combinées (Amato et al., 2011; Kelly, Daley, et Douaihy, 2012). Les interventions pharmacologiques et psychosociales combinées produisent également une augmentation de la motivation et des occasions de formation pour le client, ainsi qu'une relation de promotion de la santé, qui est d'un grand soutien, entre le professionnel et le client (APA, 2006). L'encouragement du recours aux interventions pharmacologiques et psychosociales combinées constitue donc une partie importante des soins que prodiguent les infirmières, en collaboration avec les clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent. Il est important que le clinicien collabore avec le client, tienne compte de ses choix et respecte son autonomie lors du choix des approches de la prise en charge et de la prise de décisions.

Facteurs pharmacologiques

La pharmacothérapie peut jouer un rôle important dans la prise en charge du sevrage et de la détoxication, la substitution et la prévention des surdoses^G, et elle peut contribuer à appuyer l'abstinence chez les clients qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances. Bien qu'une description des interventions pharmacologiques spécifiques ne soit pas couverte par la portée de la présente ligne directrice, les prestataires de soins de santé devraient examiner le recours à la pharmacothérapie dans le cadre d'une intervention combinée lorsqu'ils travaillent avec des clients qui utilisent des substances ou qui présentent des troubles liés à l'utilisation de substances. En général, en ce qui concerne la prise en charge pharmacologique, les infirmières doivent veiller à ce que : 1) les options en matière de pharmacothérapie sont prises en considération lors de la planification de la prise en charge; 2) les clients ont accès à une pharmacothérapie appropriée; et 3) la pharmacothérapie est administrée de façon sécuritaire.

1) Options en matière de pharmacothérapie

Les infirmières devraient mobiliser l'équipe pluridisciplinaire afin qu'une gamme complète d'options pharmacologiques soient prises en considération pour le client. Les médicaments dans les six catégories suivantes d'agents pharmacologiques sont utilisés lors de la gestion des clients qui utilisent des substances qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances :

- Médicaments visant à traiter les surdoses et le sevrage;
- Médicaments visant à réduire les effets de renforcement des substances consommées;

- Thérapies de maintien des agonistes^G;
- Thérapies par antagonistes^G;
- Thérapies de promotion de l'abstinence et de prévention des rechutes;
- Médicaments visant à traiter les troubles psychiatriques comorbides (APA, 2006).

Le groupe d'experts recommande aux infirmières de consulter des ressources, des revues spécialisées et des manuels fondés sur les données probantes pour obtenir de plus amples renseignements sur la prise en charge pharmacologique de clients qui présentent des troubles liés à l'utilisation de substances.

2) Accès

Assurer une pharmacothérapie appropriée nécessite une analyse des questions de finances et de disponibilité relatives à l'accès du client à la prise en charge pharmacologique. Parmi les obstacles financiers qui peuvent nuire à l'accès aux médicaments d'un client ou l'empêcher, on peut citer : l'absence d'un régime d'assurance médicaments, le manque de couverture dans le cadre du régime d'assurance médicaments du client pour certains médicaments utilisés pour traiter l'utilisation de substances, et les frais supplémentaires associés à certains médicaments, que le client n'a pas les moyens de payer. Le groupe d'experts recommande aux infirmières de déterminer si le client a les moyens de payer le coût du médicament, et dans la négative, d'identifier des soutiens communautaires qui peuvent l'aider à bénéficier d'un soutien financier pour la couverture des médicaments.

Les questions de disponibilité doivent également être prises en considération avant qu'un client commence à prendre un médicament. Il faut se demander : (i) si la pharmacie du client offre des médicaments couramment utilisés pour traiter les troubles liés à l'utilisation de substances, tels que la méthadone et la suboxone (buprénorphine/naloxone); (ii) quelles sont les heures d'ouverture de la pharmacie du client; et (iii) si la pharmacie livre les médicaments, particulièrement dans les situations où un médicament est administré tous les jours et le client est incapable de se rendre à la pharmacie (p. ex., en raison d'une hospitalisation, mobilité réduite, etc.). Les infirmières de l'Ontario devraient consulter le site Web du ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour obtenir des renseignements sur les programmes et les soutiens qui peuvent aider les clients de la province à obtenir un soutien financier pour le coût des médicaments (<http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/drugs/>). Les professionnels d'autres provinces devraient obtenir des renseignements spécifiques à leur province sur le site Web du gouvernement en question.

3) Administration sécuritaire

Les infirmières jouent un rôle essentiel dans l'administration sécuritaire des médicaments. Lorsque les infirmières travaillent avec les clients qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances, leur capacité à assurer une administration sécuritaire peut être affectée par des facteurs tels que l'intoxication du client, le sevrage, et les clients qui arrivent en retard à leurs rendez-vous ou les manquent fréquemment (RNAO, 2009). Les infirmières qui administrent les médicaments doivent comprendre la nature des troubles liés à l'utilisation de substances. Lorsqu'elle administre une dose d'un médicament à un client, l'infirmière doit évaluer la pertinence du médicament, en suivant les huit droits de l'administration des médicaments (OIIO, 2014, p. 6) :

1. Le bon client,
2. Le bon médicament,
3. La bonne raison,
4. La bonne dose,
5. La bonne fréquence,
6. La bonne voie d'administration,
7. Le bon site, et
8. Le bon moment.

Les infirmières devraient également gérer les réactions indésirables des patients aux médicaments et documenter l'information pertinente concernant l'administration du médicament et la sécurité du client (OIIO, 2014; RNAO, 2009). Les infirmières doivent se faire le porte-parole du client relativement à la capacité de celui-ci de choisir de prendre lui-même les médicaments, pourvu qu'il ait les compétences nécessaires pour le faire. Dans un tel cas, l'infirmière doit également s'assurer que le client possède les connaissances, les fournitures et le soutien clinique nécessaires pour prendre lui-même les médicaments.

Le groupe d'experts recommande aux infirmières d'obtenir un soutien organisationnel de la part d'un expert qualifié (p. ex., un expert en dépendances, une infirmière enseignante, etc.), si elle ne connaît pas bien les choix en matière de pharmacothérapie, les options relatives à l'accès et les protocoles d'administration.

Interventions psychosociales

L'intervention psychosociale est souvent un choix fait conjointement par l'infirmière et le client, en prenant en considération des facteurs tels que l'efficacité et l'accessibilité de l'intervention, ainsi que les préférences et les objectifs du client lui-même (NICE, 2007). Les interventions psychosociales couvrent une gamme d'approches qui aident les clients à acquérir des habiletés d'adaptation et qui permettent d'augmenter la motivation, de gérer les symptômes de sevrage, d'améliorer les soutiens, d'améliorer le fonctionnement et de fournir un renforcement positif (APA, 2006). Les interventions psychosociales peuvent également aider les clients à aborder des problèmes sous-jacents qui concernent les déterminants sociaux de la santé (p. ex., logement, soutien financier, etc.), particulièrement chez les populations marginalisées et vulnérables. Ces interventions peuvent se produire dans de multiples endroits fixes, mais peuvent également inclure des modes tels que les fourgonnettes mobiles et les programmes de liaison. Dans certains cas, les infirmières peuvent être les cliniciennes qui administrent l'intervention psychosociale, selon leur pratique clinique, leur niveau de formation et le type d'intervention psychosociale demandée. Toutefois, si l'infirmière ne possède pas l'expérience ou les compétences cliniques nécessaires pour l'intervention psychosociale en question, le groupe d'experts recommande un aiguillage vers un spécialiste pour obtenir un soutien supplémentaire. Voir l'[annexe K](#) pour obtenir une liste des types d'interventions psychosociales utilisées pour soutenir les clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent.

RECOMMANDATION 3.3 :

Mobiliser les jeunes et les adolescents qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent en recourant à des thérapies familiales jusqu'à leur rétablissement, le cas échéant.

Niveau de données probantes = la

Discussion des données probantes :

Les examens systématiques des essais comparatifs randomisés appuient l'efficacité des thérapies en milieu familial pour les jeunes et les adolescents qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent, démontrant ainsi une approche prometteuse des interventions axées sur les adolescents (Austin, Macgowan, et Wagner, 2005; Waldron et Turner, 2008). Les thérapies en milieu familial devraient être utilisées conjointement avec les interventions pharmacologiques et psychosociales combinées décrites dans la recommandation 3.2.

Les thérapies en milieu familial recourent à un ensemble d'approches thérapeutiques qui visent à aborder l'utilisation de substances en travaillant avec les jeunes et un ou plusieurs membres de la famille dans le cadre d'interactions et d'alliances thérapeutiques (Austin et al., 2005; SAMHSA, 2004). Le concept de famille et ce qu'elle englobe sont définis par le

jeune (Simpson, 2010). Les approches en milieu familial soulignent l'importance de reconnaître et d'aborder l'intégrité biopsychosociale de la famille, définie par le client et sa famille (Simpson, 2010). Cela peut inclure le fait de reconnaître et de tenir compte des multiples voies menant à l'utilisation de substances, telles que les facteurs biologiques (p. ex., prédisposition génétique), les processus psychologiques (p. ex., mécanismes d'adaptation) et les influences sociales, culturelles et religieuses (p. ex., pression imposée par les pairs).

La participation des clients à des thérapies en milieu familial augmente l'observance des interventions et favorise de meilleurs résultats (APA, 2006). Grâce à une telle thérapie, le client et sa famille peuvent aborder les interactions interpersonnelles et familiales, qui peuvent encourager les comportements positifs qui soutiennent le rétablissement du client (APA, 2006). Les interventions en milieu familial conviennent le mieux aux situations où les interactions avec la famille du client peuvent affecter le plan de soins de celui-ci (p. ex., lorsque les conflits ou les disputes sont fréquents au sein d'une famille, ce qui peut affecter l'utilisation de substances par le client) et lorsque les membres de la famille ont besoin d'aide pour s'adapter aux objectifs, aux attitudes et aux comportements individuels et familiaux du client (APA, 2006).

Les thérapies en milieu familial ne sont *pas* recommandées dans les situations où le jeune ne souhaite pas impliquer sa famille, où il n'existe aucun engagement ni soutien de la part de la famille, lorsqu'il y a des antécédents de mauvais traitements ou de négligence, et lorsque l'observance des soins par le client serait affectée pendant la thérapie familiale (p. ex., risque de rechute liée à la participation de la famille). Le groupe d'experts recommande aux infirmières de collaborer avec les jeunes qui utilisent des substances ou qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances afin de continuer à fournir des interventions, conformément à la recommandation 3.2, lorsque les thérapies en milieu familial ne sont pas recommandées.

Les infirmières qui ont recours à des thérapies en milieu familial cherchent à répondre aux besoins développementaux, familiaux, sociaux, communautaires et culturels pertinents du jeune (Austin et al., 2005). Le rôle de l'infirmière dans la prestation des thérapies en milieu familial inclut les consultations, la promotion des soins autoadministrés, le développement de forces et de ressources, la prestation d'une thérapie de soutien, l'éducation, l'enseignement en santé, et en fin de compte, le développement de la résilience chez les jeunes et les familles (Simpson, 2010). Les infirmières abordent également l'utilisation de substances par les jeunes et les problèmes associés en améliorant le fonctionnement familial grâce à l'acquisition de compétences liées à la communication et à la résolution de conflits (Austin et al., 2005). Les interventions peuvent inclure l'élaboration de contrats visant à renforcer les comportements associés à l'abstinence de drogues, la mise en œuvre d'interventions et de formations fondées sur les compétences, l'acquisition d'aptitudes à communiquer et la facilitation de l'accès aux occasions d'éducation et de formation qui peuvent aider le jeune à acquérir les compétences nécessaires pour trouver un emploi ou faire des études (SAMHSA, 2014a). Le groupe d'experts recommande l'intégration de techniques de réduction des méfaits à l'enseignement en santé offert aux jeunes et aux familles, si l'abstinence ne constitue pas le but des soins.

Les thérapies en milieu familial comprennent de nombreuses approches des interventions, qui sont influencées par les théories sur les systèmes familiaux, ainsi que par les principes de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), de la théorie de l'attachement, de la théorie du développement et de la théorie de l'écologie sociale (Austin et al., 2005). Un exemple de thérapie en milieu familial est la thérapie familiale multidimensionnelle (TFMD), qui a démontré des améliorations significatives sur le plan clinique de l'utilisation de substances chez les jeunes et les adolescents (Austin et al., 2005; Waldron et Turner, 2008). De plus amples renseignements sur la TFMD sont disponibles dans l'[annexe K](#). Avant de recourir aux thérapies en milieu familial en collaboration avec les clients, les infirmières devraient demander une éducation et une formation appropriées et incorporer les compétences requises dans leur pratique professionnelle quotidienne.

4.0 ÉVALUATION

RECOMMANDATION 4.1 :

Réévaluer l'efficacité du plan de soins jusqu'à ce que les objectifs du client soient atteints.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

La documentation indique qu'une réévaluation et un examen continu du plan de soins constituent un élément essentiel du travail avec des clients qui utilisent des substances. Cela nécessite une collaboration entre les infirmières, le client et les autres prestataires de soins de santé. Une telle collaboration aide les infirmières à maintenir et à renforcer les alliances thérapeutiques⁶ avec les clients, et motive également les clients à changer, en se basant sur les objectifs établis en matière de soins (APA, 2006).

Le plan de soins devrait être évalué et examiné avec le client lors de chaque visite clinique, dans le cadre d'un processus continu d'obtention de renseignements à jour concernant la gestion de ses soins (APA, 2006; SAMHSA, 2005). Une évaluation continue du plan de soins permet au prestataire de soins de santé de juger de l'engagement du client et de sa motivation relativement au traitement, ainsi que des progrès du client vers la réalisation des objectifs liés au traitement (SAMHSA, 2005). Lors de l'évaluation des progrès du client, il est plus important pour l'infirmière d'évaluer les améliorations par rapport aux facteurs sous-jacents qui affectent l'utilisation de substances par celui-ci (c.-à-d. facteurs comportementaux et sociaux), plutôt que son abstinence de l'utilisation de substances.

L'évaluation continue du plan de soins doit prendre en considération les perspectives du client relatives à ses progrès en matière de traitement, ce qui inclut un réexamen des objectifs du client, de son observance du plan de traitement et du maintien de celui-ci, et de la sécurité (c.-à-d. aucun effet négatif sur la santé physique et psychologique du client) (APA, 2006; SAMHSA, 2005). L'**annexe L** présente certaines composantes spécifiques qui peuvent être évaluées afin d'établir l'efficacité du plan de soins. Les conclusions de l'évaluation devraient être utilisées pour ajuster le plan de soins existant et les stratégies utilisées avec le client pour améliorer les résultats pendant le traitement.



Recommandations relatives à la formation

5.0 FORMATION

RECOMMANDATION 5.1 :

Intégrer aux études de premier cycle des infirmières et des autres prestataires de soins de santé la théorie et les occasions de pratique clinique concernant le soin des clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Le groupe d'experts recommande que les établissements d'enseignement qui fournissent une formation aux infirmières et aux autres prestataires de soins de santé améliorent le curriculum existant afin de mieux intégrer au programme de premier cycle l'étude et les soins des troubles liés à l'utilisation de substances. De plus, les infirmières qui commencent à exercer leur profession devraient bénéficier d'occasions de stage qui leur permettent d'acquérir les compétences, les connaissances et la confiance nécessaires pour travailler avec des clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent. Le groupe d'experts recommande que le curriculum et les occasions de stage intègrent les composantes relatives aux cadres d'orientation, aux entrevues motivationnelles et aux brèves interventions, mais sans s'y limiter.

Les constatations d'études et de rapports récents indiquent que les prestataires de soins de santé n'ont pas suffisamment de formation sur les approches du dépistage, de l'évaluation et des interventions pour les clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent, que ce soit dans le cadre des études de premier cycle ou des études supérieures (Cameron et al., 2006; Campbell-Heider et al., 2009; Kelleher et Cotter, 2009; Monks, Topping, et Newell, 2013; Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, 2013; O'Gara et al., 2005; Rassool, Villar-Luis, Carraro, et Lopes, 2006). Le manque d'intégration des cours théoriques sur la santé mentale et la lutte contre les dépendances avec les occasions de stage dans les écoles de soins infirmiers démontre un sous-investissement disproportionné dans l'éducation et la formation, compte tenu de la portée des problèmes liés à l'utilisation de substances et des coûts associés pour les personnes, les communautés, le système de santé et la société dans son ensemble.

La littérature empirique et une analyse environnementale effectuée en 2009 par la Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale ont démontré la variabilité et l'absence de normalisation des curriculums en santé mentale et en lutte contre les dépendances, en particulier les cours théoriques et les possibilités de stages, dans les différentes écoles de soins infirmiers (Chang et Yang, 2013; Cund, 2013; Mollica, Hyman, et Mann, 2011; Tognazzini, Davis, Kean, Osborne, et Wong, 2009). Il est important de noter qu'en pratique, la prestation de soins aux clients qui utilisent des substances est influencée négativement par un manque de confiance, une faible auto-efficacité et des perceptions de compétences inadéquates de la part des prestataires de soins de santé (Griffiths, Stone, Tran, Fernandez, et Ford, 2007; Nilsen et al., 2006; O'Gara et al., 2005; Rassool et al., 2006). Les expériences cliniques constituent un déterminant important des attitudes, des convictions et des connaissances des étudiantes, ainsi que de leurs compétences et de leur confiance lors des interventions auprès de clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent (Cund, 2013; Rassool et Oyefeso, 2007; Tognazzini et al., 2009). Par conséquent, des cours théoriques et des stages obligatoires dans des établissements de santé mentale, afin de travailler avec des clients qui utilisent des substances, devraient être envisagés.

RECOMMANDATION 5.2 :

Les prestataires de soins de santé suivent des cours de formation permanente pour améliorer leur capacité à évaluer les clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent, ainsi qu'à travailler avec ces clients.

Niveau de données probantes = Ib

Discussion des données probantes :

Les prestataires de soins de santé sur tout le continuum des soins devraient posséder les connaissances et les compétences nécessaires pour prodiguer des soins sécuritaires, compétents et éthiques aux clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent (CCLT, 2014). En particulier, le groupe d'experts recommande aux prestataires de soins de santé de participer à une formation dans les domaines clés liés aux cadres d'orientation (p. ex., réduction des méfaits, perspectives tenant compte des traumatismes, sécurité culturelle, etc.) et les relations thérapeutiques (p. ex., EM) afin de développer des relations de collaboration avec les clients.

Il y a un besoin évident d'occasions d'éducation professionnelle et de formation adaptées aux infirmières et aux prestataires de soins de santé sur tout le continuum des soins, relativement à l'évaluation des clients qui utilisent des substances et aux interventions auprès de ceux-ci (CCLT, 2014; Nilsen et al., 2006). Un manque d'occasions de perfectionnement professionnel en matière d'utilisation de substances, combiné avec des attitudes négatives et la méfiance à l'égard de clients qui présentent des troubles liés à l'utilisation de substances, a une influence négative sur la qualité des soins que reçoivent de tels clients (Monks et al., 2013). Un essai comparatif randomisé récent a indiqué que les infirmières qui participaient à des activités d'éducation et de formation professionnelles possédaient des connaissances, une autoefficacité et des compétences cliniques accrues lorsqu'elles répondent aux clients qui présentaient des problèmes liés à leur consommation d'alcool (Tsai et al., 2011). Cette constatation a également été attestée par d'autres études qui appuyaient l'efficacité des programmes d'éducation permanente pour les troubles liés à l'utilisation de substances, en ce qui concerne non seulement l'acquisition de compétences et de connaissances, mais également la réduction des attitudes négatives des infirmières à l'égard du travail avec les clients qui présentent de tels troubles (Chang et Yang, 2013; Kennedy et al., 2013).

Le groupe d'experts souligne que l'exposition des infirmières à des environnements d'apprentissage clinique, y compris la supervision clinique^G et l'encadrement, peut les aider à incorporer les pratiques exemplaires liées au dépistage, à l'évaluation et à l'intervention dans le cadre de leur travail auprès de clients qui utilisent des substances (RNAO, 2006). De plus, de telles occasions d'éducation professionnelle, de supervision clinique et occasions d'encadrement devraient être appuyées par l'organisation, en collaboration avec les infirmières enseignantes en pratique avancée et l'équipe pluridisciplinaire. L'**annexe M** inclut une liste de ressources que les infirmières et les autres professionnels de la santé peuvent consulter pour obtenir de plus amples renseignements lorsqu'ils travaillent avec des clients qui utilisent des substances.

Les Compétences pour les intervenants canadiens en toxicomanie, élaborées par le CCLT (2014), constituent une ressource éducatrice qui présente les compétences de base dont a besoin tout professionnel (dans le système de santé, mais également dans d'autres domaines, par exemple le système de justice) pour travailler de façon efficace avec des personnes qui utilisent des substances. Le groupe d'experts recommande aux organisations de recourir à cette ressource pour identifier les lacunes dans les connaissances et les compétences des prestataires de soins de santé, et pour aider à adapter des programmes d'éducation permanente. Les Compétences pour les intervenants canadiens en toxicomanie (CCLT, 2014) sont disponibles à l'adresse <http://www.ccsa.ca/fra/topics/workforce-development/workforce-competencies/pages/default.aspx>.

RECOMMANDATION 5.3 :

Les infirmières s'adonnent à la pratique réflexive afin d'améliorer leur sensibilité à leurs attitudes, à leurs perceptions et à leurs partis pris actuels et changeants, ainsi qu'à leurs valeurs et leurs convictions lorsqu'elles travaillent avec des clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Le groupe d'experts recommande aux infirmières qui travaillent avec des clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent d'utiliser une pratique réflexive pour rester conscientes de leurs attitudes, de leurs perceptions et de leurs partis pris changeants, ainsi que de leurs valeurs et de leurs convictions concernant de tels clients et les comportements liés à l'utilisation de substances. Il s'agit d'éléments appris qui se développent avec le temps et qui affectent la manière dont les infirmières voient les clients qui utilisent des substances, y répondent et en prennent soin. Lorsque les infirmières se penchent sur la manière dont leurs valeurs et leurs convictions personnelles affectent leurs relations avec leurs clients, cela améliore leur capacité à prodiguer des soins axés sur les besoins du client (AHC, 2008). De plus, la réflexion personnelle, l'apprentissage et le soutien permettent la prestation de soins de meilleure qualité aux communautés diversifiées que servent les infirmières (OIIO, 2009).

Les études démontrent qu'une proportion importante de prestataires de soins de santé ont des perceptions négatives ou stéréotypées de personnes qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances, ce qui nuit à la qualité de soins que ces personnes reçoivent (Natan, Beyil, et Neta, 2009; Skinner, Feather, Freeman, et Roche, 2007). Par exemple, lorsqu'ils traitent un client qui présente un trouble lié à l'utilisation de substances en même temps qu'un autre trouble ou une autre maladie (p. ex., douleurs chroniques ou cancer), les prestataires de soins de santé choisissent parfois de ne pas prescrire certaines interventions pharmacologiques ou de ne pas offrir certains services (p. ex., échange de seringues) en raison de leurs propres convictions négatives ou stéréotypées. Cela perpétue la stigmatisation et finit par avoir un effet négatif sur les soins prodigués aux clients (Livingstone et al., 2012). Pour les personnes qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances, la stigmatisation contribue à une foule de résultats négatifs, y compris une mauvaise santé mentale et physique, des obstacles à la participation à des interventions liées à l'utilisation de substances ou à leur achèvement, un processus de rétablissement ou de réintégration retardé, et un accroissement des comportements à risque (Livingstone et al., 2012). Les infirmières doivent être conscientes de leurs attitudes et de leurs comportements qui peuvent affecter les soins qu'elles prodiguent aux clients, et recourir à la pratique réflexive pour travailler de façon efficace avec tous les clients.



Recommandations relatives au système, à l'établissement et aux politiques

6.0 SYSTÈME, ÉTABLISSEMENT ET POLITIQUES

RECOMMANDATION 6.1 :

Se faire le porte-parole de meilleurs résultats sur la santé en :

- augmentant l'accès aux soins intégrés et collaboratifs pour les clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent;
- réduire les inégalités en matière de santé en consacrant des ressources à la prévention, au traitement et au soutien du rétablissement de personnes qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Le groupe d'experts affirme que tous les ordres de gouvernement devraient démontrer leur leadership et leur engagement à améliorer les résultats sur la santé grâce à des soins collaboratifs, intégratifs et d'un grand soutien, prodigués aux personnes qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent. De plus, les gouvernements et les décideurs doivent s'efforcer de réduire les inégalités en matière de santé afin de prévenir les troubles liés à l'utilisation de substances, grâce à l'élaboration de stratégies et de politiques fondées sur les données probantes.

Accès aux services de prise en charge intégratifs et collaboratifs

Parmi les avantages d'une collaboration et d'une coordination améliorées dans l'ensemble du système, on peut citer une réduction des visites évitables aux salles d'urgence et des hospitalisations, une baisse du temps d'attente pour les services en milieu communautaire ou hospitalier, et un accès amélioré aux soutiens communautaires, ce qui contribuera à répondre aux clients en temps plus opportun (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2011).

Un accès rapide à des soins intégrés, de qualité supérieure et axés sur les besoins du client, est essentiel au rétablissement de clients qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2011). Pour augmenter les occasions d'identification précoce et de prise en charge, les soins liés à l'utilisation de substances doivent être intégrés à tous les domaines du système de santé, y compris les soins primaires, les hôpitaux, les soins à domicile et de longue durée, la santé publique et les services de soutien (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2011; RNAO, 2014a). Par exemple, une unité de soins actifs pourrait veiller à ce qu'un dépistage universel soit effectué et documenté pour chaque client lors de son admission, et que les aiguillages et les rendez-vous appropriés pour des consultations avec des spécialistes ont lieu rapidement pour les clients identifiés comme présentant un risque. Un autre exemple d'intégration consisterait à s'assurer que les personnes qui demandent des soins pour une maladie mentale et un trouble lié à l'utilisation de substances n'aient pas à se rendre à des programmes distincts pour chaque problème de santé, mais qu'elles puissent recevoir des soins pour les deux problèmes dans le cadre d'un même programme.

En 2011, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a publié sa stratégie sur dix ans intitulée « Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances ». Le rapport présentait des stratégies clés au niveau du système qui permettront de renforcer et d'intégrer les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances dans la province, y compris :

- Améliorer la santé mentale et le bien-être de tous les Ontariens et de toutes les Ontariennes santé mentale (p. ex., en identifiant tôt dans la vie les besoins en matière de santé mentale et en fournissant aux jeunes des programmes et

des services dans leur communauté; en réduisant la stigmatisation grâce à la promotion de l'équité, de la diversité, de l'activité physique, d'une alimentation saine et de programmes d'amélioration de l'estime de soi; en élaborant pour les familles des programmes sur le rôle parental et de soutien par les pairs; en mettant en œuvre une formation en littératie en santé mentale et transdisciplinaire concernant l'identification précoce à l'intention des éducateurs; en mettant en œuvre des programmes scolaires afin de faciliter l'identification précoce et les aiguillages vers des interventions, et améliorant les ressources en matière de santé mentale dans les écoles);

- Bâtir des collectivités saines, résilientes et accueillantes (p. ex., en mettant en œuvre davantage de stratégies de promotion de la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation; en reconnaissant que le secteur de santé mentale et de lutte contre les dépendances devrait refléter la diversité; en reconnaissant les défis en matière de logement auxquels font face les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de dépendances; en élaborant des politiques et des outils visant à aider les personnes aux prises avec des troubles liés à l'utilisation de substances à accéder aux ressources en matière de santé, de logement et d'emploi);
- Améliorer l'intervention précoce (p. ex., en élaborant des pratiques exemplaires en matière d'identification et de prise en charge précoces, et en élaborant des rôles et des compétences normalisés pour les professionnels de la santé);
- Augmenter l'accès aux centres de soutien de la province (p. ex., en créant des services de soutien communautaire pour la santé mentale et la lutte contre les dépendances à des endroits facilement accessibles, et en améliorant les services de transition entre différents secteurs, par exemple entre le système pour jeunes et celui pour adultes).

Réduction des inégalités en matière de santé

En dépit des développements positifs en matière d'accroissement des soutiens et de l'accès aux services qui répondent aux besoins en matière de prévention et de prise en charge des troubles liés à l'utilisation de substances, le groupe d'experts recommande que le gouvernement prenne des mesures supplémentaires pour aborder les causes fondamentales de ces troubles. Les inégalités en matière de santé créent des barrières telles que la pauvreté, l'isolement et la discrimination, qui marginalisent les personnes et les rendent plus vulnérables au développement d'un trouble lié à l'utilisation de substances. Le groupe d'experts recommande aux gouvernements de prendre les mesures suivantes pour améliorer le système actuel :

- Mettre en œuvre un leadership et des investissements efficaces par tous les ordres de gouvernement dans le but de prendre des mesures intersectorielles relatives aux déterminants de la santé, par exemple planifier et mettre en œuvre des stratégies visant à réduire la pauvreté et à créer des logements abordables et des communautés inclusives (Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2009; OMS, 2010);
- Améliorer les conditions de vie quotidiennes en répondant aux besoins immédiats en matière de nourriture, d'abri sécuritaire et de sécurité du revenu, y compris en augmentant les taux d'aide sociaux afin qu'ils reflètent le coût réel de la vie (Muntaner, Ng, et Chung, (2012; RNAO, 2010a; CDSS, 2008);
- Maintenir et faire appliquer des lois puissantes sur les droits de la personne afin d'assurer une protection contre la discrimination pour des motifs protégés, y compris l'invalidité (Association canadienne pour la santé mentale Ontario, 2014; Commission ontarienne des droits de la personne, 2014);
- Mettre en œuvre pour tous les Canadiens un régime d'assurance médicaments financé et administré par l'État (Gagnon, 2014; Morgan, Daw, et Law 2013);
- Investir dans un système intégré de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en Ontario, y compris dans les ressources financières et humaines nécessaires pour aborder l'utilisation de substances de façon continue dans tous les établissements. Cela comprendrait :
 - Un accès en temps opportun à des services locaux de dépistage et de prise en charge en Ontario (Ontario Mental Health and Addictions Alliance, 2014);
 - Le financement de systèmes qui reconnaissent l'importance du traumatisme chez les personnes qui présentent un risque de troubles liés à l'utilisation de substances, et l'intégration d'approches des soins tenant compte des traumatismes (SAMHSA, 2014b);
 - Le financement et le soutien de la réglementation pour l'intégration de stratégies de réduction des méfaits dans tous les établissements (p. ex., services d'injection supervisée, accès accru à des programmes de naloxone, etc); (AICC, 2011);
 - Existence de mécanismes de responsabilisation afin que toutes les organisations de santé et de services sociaux, ainsi que le système de justice criminelle, fournissent des soins et une prise en charge de qualité supérieure aux personnes qui présentent des troubles liés à l'utilisation de substances.

Pour soutenir le système intégré décrit ci-dessus, le groupe d'experts recommande la génération d'un revenu durable grâce à un impôt progressif. Il serait important que les gouvernements investissent une partie des profits tirés de la vente de substances légales, particulièrement l'alcool, dans des initiatives axées sur la prévention, l'identification précoce et la prise en charge de troubles liés à l'utilisation de substances (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2011_).

RECOMMANDATION 6.2 :

Les organisations intègrent la prévention, l'évaluation et la prise en charge de l'utilisation de substances et des troubles liés à l'utilisation de substances en tant que priorité clinique stratégique dans tous les établissements de soins.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Les organisations doivent reconnaître que tous les clients ont le droit à des soins rapides, de qualité et intégrés en matière de prévention, d'identification et de prise en charge de l'utilisation de substances et des troubles liés à l'utilisation de substances dans tous les établissements de soins cliniques (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2011; Nilsen et al., 2006). À l'heure actuelle, des 4,4 % des Canadiens identifiés comme présentant un trouble lié à l'utilisation de substances, seuls 0,4 % ont accès à des services subventionnés (Pirie et al., 2014). Dans le cas de clients qui accèdent à des services cliniques pour les troubles liés à l'utilisation de substances, les soins peuvent être fragmentés (p. ex., les troubles liés à l'utilisation de substances ne sont pas évalués ou traités pendant les soins réguliers, par exemple lors d'une visite chez le médecin), ce qui signifie que les clients peuvent être forcés de se rendre à plusieurs établissements cliniques plutôt que de recevoir des soins à un seul endroit (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2011). Cela fait augmenter les temps d'attente et réduit la qualité des soins prodigués aux clients.

Aborder l'utilisation de substances en tant que priorité clinique pour toutes les organisations permettra aux clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent de recevoir des services dans le cadre d'un système rapide et coordonné, qui fournit des programmes de promotion, de prévention, d'intervention précoce et de soutien et de prise en charge communautaires (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2011). De plus, la prestation de soins intégrés contribuera à réduire les temps d'attente, le coût par personne de l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances et les visites répétées aux services d'urgence ou les réadmissions imprévues à l'hôpital, entraîneront de meilleurs résultats pour la santé mentale des clients, améliorera la qualité de vie des personnes atteintes de troubles liés à l'utilisation de substances, et créera une main-d'œuvre mieux formée à soutenir les clients qui utilisent des substances. Cela permettra à son tour de réduire la stigmatisation et la discrimination contre les personnes qui présentent des troubles liés à l'utilisation de substances (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2011).

Les données probantes indiquent que l'intégration des pratiques exemplaires pour aborder de façon plus efficace l'utilisation de substances dans les établissements de santé constitue préférentiellement un processus à long terme (Wits, Knibbe, et van de Mheen, 2005). Pour y parvenir, les organisations auront besoin des éléments suivants :

- L'appui de la direction et des gestionnaires en ce qui concerne la compréhension de l'importance critique de considérer comme une priorité stratégique la prévention, l'évaluation et la prise en charge de l'utilisation de substances;
- Des normes, des politiques et des procédures en matière de prévention, d'évaluation et de prise en charge de l'utilisation de substances;
- Un climat organisationnel positif, développé grâce au soutien de tous les membres du personnel (gestionnaires et personnel de première ligne) pour aborder les troubles liés à l'utilisation de substances (Babor, Higgins-Biddle, Dauser, Higgins, et Burleson, 2005; Howard & Holmshaw, 2010; Nilsen et al., 2006; RNAO, 2012; Wits et al., 2005). Par exemple, la création d'un comité spécialisé qui examinera l'utilisation de substances dans toute l'organisation contribuera au développement d'un climat organisationnel qui appuie les changements positifs pour aborder les troubles liés à l'utilisation de substances (Babor et al., 2005; RNAO, 2012).
- La création d'un groupe de travail clé, qui comprend des personnes qui ont vécu une telle expérience, et qui intégrera la prévention, l'évaluation et la prise en charge de l'utilisation de substances et des troubles liés à l'utilisation de substances dans tous les établissements de soins de l'organisation;

- La prestation de ressources physiques, humaines et financières adéquates (Babor et al., 2005; RNAO, 2012; Wits et al., 2005) (p. ex., sommes d'argent adéquates affectées à la prévention et à la prise en charge de l'utilisation de substances, personnel spécialisé qui aborde la prévention et la prise en charge de l'utilisation de substances, temps accordé au personnel pour suivre une formation, etc.); et
- Initiatives continues d'amélioration de la qualité visant à évaluer les processus et les résultats relatifs à la prévention, l'évaluation et la prise en charge de l'utilisation de substances et des troubles liés à l'utilisation de substances.

Lorsque les troubles liés à l'utilisation de substances sont abordés en tant que priorité clinique, il est recommandé que les organisations créent des plans durables à long terme, qui répondent aux besoins des clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent.

RECOMMANDATION 6.3 :

Les organisations intègrent des éléments de la réduction des méfaits et des déterminants sociaux de la santé dans des approches exhaustives, à plusieurs volets, qui visent à résoudre les troubles liés à l'utilisation de substances.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Pour soutenir les résultats sur la santé positifs pour les clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent, le groupe d'experts recommande aux organisations d'intégrer les principes de la réduction des méfaits et les déterminants sociaux de la santé dans des approches exhaustives qui abordent l'utilisation de substances. Ces principes reconnaissent les réalités des inégalités sociales qui affectent la vulnérabilité des différentes personnes et leur capacité à faire face de façon efficace aux troubles liés à l'utilisation de substances, tout en visant également à minimiser les dangers associés à une telle utilisation (Rassool, 2010). Grâce à l'élaboration d'approches organisationnelles exhaustives qui abordent l'utilisation de substances, les organisations devraient développer une main-d'œuvre formée à identifier les injustices sociales qui affectent la santé des clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent, et à se faire le porte-parole de ces clients (CDSS, 2008).

Des approches organisationnelles exhaustives à plusieurs volets, qui incluent de l'éducation, des soutiens cliniques et des ressources, réussissent bien à soutenir les infirmières et l'équipe pluridisciplinaire (Babor et al., 2005; Nilsen et al., 2006; Wits et al., 2005). Un changement réussi de la pratique clinique à l'échelle du système nécessite une planification soignée, une mise en œuvre exhaustive et des soutiens continus à l'évaluation et à l'amélioration de la qualité (RNAO, 2012; Stanley, Worrall, Lunsford, Couillard, et Norcross, 2007).

Pour créer une approche exhaustive à plusieurs volets, les organisations devraient :

- Intéresser les personnes ayant des expériences vécues en matière d'utilisation de substances dans l'élaboration de leur approche, le cas échéant;
- Établir des politiques et des procédures visant à évaluer et à traiter tous les clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent, lesquelles incorporent les principes de réduction des méfaits et les déterminants sociaux de la santé (Groves et al., 2010).
- Établir et intégrer les principes de réduction des méfaits et les déterminants sociaux de la santé à tous les programmes, nouveaux et existants, qui abordent l'utilisation de substances dans l'organisation (p. ex., programmes d'échange de seringues, programmes de prévention des surdoses qui utilisent le naloxone) (AICC, 2011);
- Faire preuve d'uniformité dans le recours aux outils de dépistage et d'évaluation dans le cadre des équipes pluridisciplinaires et des établissements;
- Intégrer les outils de dépistage et d'évaluation dans les processus de et documentation (Groves et al., 2010);
- Élaborer des outils normalisés de documentation et de communication des plans d'évaluation et de prise en charge de l'utilisation de substances et des troubles liés à l'utilisation de substances (Groves et al., 2010);
- Bénéficier du soutien des spécialistes en troubles liés à l'utilisation de substances de l'organisation concernant les initiatives de mise en œuvre (Groves et al., 2010);

- Développer des réseaux d'aiguillage afin de faciliter les soutiens supplémentaires pour les clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent (Bernstein et al., 2009);
- Fournir une éducation sur l'utilisation de substances et les troubles liés à l'utilisation de substances, y compris des renseignements relatifs à la réduction des méfaits et aux déterminants sociaux de la santé, et soutien pour le perfectionnement professionnel continu et l'orientation des nouveaux employés. L'éducation (c.-à-d. théorie, supervision clinique et occasions d'encadrement) devrait être appuyée par l'organisation, en collaboration avec les infirmières enseignantes en pratique avancée et l'équipe pluridisciplinaire;
- Participer à des initiatives continues d'amélioration de la qualité afin d'évaluer les processus et les résultats en matière d'évaluation et de prise en charge, et déterminer les besoins futurs de l'organisation (Armstrong et Holmes, 2005).

RECOMMANDATION 6.4 :

Les organisations ont recours à des processus de transfert de connaissances et à des stratégies à plusieurs volets lors de l'évaluation et de la prise en charge de l'utilisation de substances et des troubles liés à l'utilisation de substances dans tous les établissements.

Niveau de données probantes = V

Discussion des données probantes :

Le groupe d'experts recommande aux organisations de soins de santé de recourir à de multiples stratégies de transfert de connaissances afin d'augmenter les connaissances et les compétences des prestataires de soins de santé relativement à l'utilisation de substances et aux troubles liés à l'utilisation de substances (Caley, Riemer, et Weinstein, 2010; Nordqvist, Johansson, Lindqvist, et Bendtsen, 2006; Seale et al., 2005; Tran, Stone, Fernandez, Griffiths, et Johnson, 2009; Tsai et al., 2011). L'existence d'occasions continues de transfert des connaissances contribue à augmenter la sensibilisation des prestataires de soins de santé à l'utilisation de substances et aux troubles liés à l'utilisation de substances, encourage les attitudes positives et améliore les connaissances et les compétences dont ont besoin les praticiens pour identifier les clients qui utilisent des substances et leur prodiguer des soins, afin d'augmenter de façon positive les taux de dépistage et d'intervention chez ces clients (Groves et al., 2010; RNAO, 2009). La promotion du transfert de connaissances par l'entremise du perfectionnement professionnel favorise également les environnements de travail positifs qui sont propices à la mise en œuvre de lignes directrices fondées sur les données probantes (RNAO, 2009). La présence de personnel infirmier qui connaît les données probantes actuelles relatives à l'évaluation et à la prise en charge des troubles liés à l'utilisation de substances permet d'améliorer la qualité et la continuité des soins dont bénéficient les clients au sein de l'organisation (RNAO, 2009).

L'adoption de pratiques exemplaires associées aux soins des clients qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances est rehaussée lorsque les organisations mettent en pratique les stratégies suivantes de transfert de connaissances :

- Recours aux lignes directrices sur les pratiques exemplaires (RNAO, 2012a);
- Prestation régulière d'une supervision clinique et d'occasions d'encadrement à tous les employés (McKenna, Thom, Howard, et Williams, 2010; Nilsen et al., 2006; Rassool et Oyefeso, 2007; RNAO, 2006);
- Prestation d'ateliers interactifs et instructifs (p. ex., entrevues motivationnelles, réduction des méfaits, déterminants sociaux de la santé, etc.) sur les pratiques exemplaires associées à l'utilisation de substances et aux troubles liés à l'utilisation de substances, qui ouvrent la porte aux discussions et à la réflexion (Aalto, Pekuri, et Seppa, 2005; Babor et al., 2005; Seale et al., 2005; Stanley et al., 2007; Tsai et al., 2011);
- Création de champions qui se spécialisent dans l'évaluation et la prise en charge de l'utilisation de substances et des problèmes associés, à savoir le personnel clinique (p. ex., infirmières enseignantes) qui a suivi une formation spécialisée sur les substances, l'évaluation et les interventions, qui incorporent les pratiques exemplaires et qui agissent comme ressource pour le personnel qui travaille dans des cadres de soins spécifiques, au sein de l'organisation afin d'appuyer l'adoption et la mise en œuvre des pratiques exemplaires (Babor et al., 2006; Bernstein et al., 2009; Groves et al., 2010; RNAO, 2012);
- Prestation d'un accès à des occasions d'apprentissage autodidacte, y compris l'apprentissage sur le Web et les vidéos (Daly, Kermodé, et Reilly, 2009; Stanley et al., 2007).

Lacunes relatives à la recherche et implications futures

En examinant les données probantes pour cette édition de la ligne directrice, le groupe d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) a identifié les domaines suivants comme étant prioritaires pour la recherche énoncés dans le Tableau 4. Ces domaines sont classés dans quelques groupes généraux, à savoir la pratique professionnelle, les résultats et la recherche sur le système de santé.

Tableau 4 : Domaines prioritaires pour la pratique professionnelle, les résultats et la recherche dans le système de santé

CATÉGORIE	DOMAINE DE RECHERCHE PRIORITAIRE
Recherche sur la pratique	Stratégies efficaces de prévention primaire pour le développement de résilience associée à l'utilisation de substances, à la réduction des risques associés à cette utilisation et aux problèmes.
	Validation d'outils de dépistage et d'options en matière d'intervention pour les adultes plus âgés qui utilisent des substances, les clients qui présentent des troubles liés à l'abus de plusieurs substances toxiques, et les clients qui présentent des troubles concomitants.
	Outils de dépistage et interventions efficaces pour les troubles liés à l'utilisation de substances adaptés à différentes cultures.
	Utilité, faisabilité et efficacité clinique de l'application d'outils de dépistage dans des établissements de soins primaires animés.
Recherche sur les résultats	Programmes éducatifs et occasions de stage pour les infirmières et les autres prestataires de soins de santé qui sont utiles pour l'acquisition des compétences requises pour gérer et prendre en charge l'utilisation de substances chez les clients.
	Efficacité des interventions officielles (c.-à-d. programme dirigé par un prestataire de soins de santé) par rapport aux interventions informelles (c.-à-d. dirigées par les pairs) pour les clients qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances.
	Résultat du travail de prestataires de soins de santé au sein d'une équipe de santé pluridisciplinaire, afin de prendre en charge les soins des clients qui utilisent des substances.
Recherche relative au système de santé	Politiques organisationnelles et gouvernementales qui améliorent l'accessibilité aux services de prise en charge de l'utilisation de substances et le recours à ces services.
	Modèles efficaces de prestation des soins qui appuient l'évaluation et les interventions pour les personnes qui utilisent des substances.
	Efficacité des interventions d'imposition du gouvernement sur la réduction de la consommation de l'alcool et les problèmes de santé associés.
	Répercussions des déterminants sociaux de la santé sur le rétablissement des clients suite à des troubles liés à l'utilisation de substances (p. ex., approches du logement d'abord).

Le tableau ci-dessus, bien qu'il ne soit pas exhaustif, constitue une tentative d'identification et de priorisation de la recherche requise relativement à l'utilisation de substances et aux troubles liés à l'utilisation de substances. Bon nombre de nos recommandations sont fondées sur les données probantes quantitatives et qualitatives issues de la recherche. D'autres recommandations sont fondées sur les opinions d'experts ou sur des sources tirées de la littérature grise. D'autres recherches de fond seront requises pour valider certaines de ces recommandations. L'augmentation des données issues de la recherche mènera à une amélioration de la pratique professionnelle et des résultats pour les clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent.

Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre de la ligne directrice au chevet du patient est multidimensionnelle et stimulante à tous les niveaux : la sensibilisation aux lignes directrices et leur distribution ne suffisent pas à convaincre les gens à changer leur pratique. Les lignes directrices doivent être adoptées pour chaque établissement de manière systématique et participative, afin de s'assurer que les recommandations conviennent au contexte local (Harrison, Graham, Fervers, et van den Hoek, 2013). La *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2e édition)* (2012a) de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) fournit un processus fondé sur les faits pour y parvenir (voir l'**annexe N**).

La *Trousse* est fondée sur les données émergentes que l'adoption réussie des pratiques exemplaires dans les soins de santé est plus probable dans les situations suivantes :

- les dirigeants de tous les niveaux se sont engagés à appuyer la mise en œuvre de la ligne directrice;
- les lignes directrices à mettre en œuvre sont sélectionnées dans le cadre d'un processus systématique et participatif;
- les intervenants pour qui les lignes directrices sont pertinentes sont identifiés et participent à la mise en œuvre;
- la préparation environnementale est évaluée avant la mise en œuvre des lignes directrices;
- la ligne directrice est adaptée au contexte local;
- les obstacles à l'utilisation de la ligne directrice et les éléments qui en facilitent l'utilisation sont évalués et abordés;
- des interventions visant à favoriser l'utilisation de la ligne directrice sont sélectionnées;
- l'utilisation de la ligne directrice est surveillée et soutenue systématiquement;
- l'évaluation des répercussions de la ligne directrice est intégrée au processus;
- des ressources suffisantes sont disponibles pour effectuer tous les aspects de la mise en œuvre.

La *Trousse* (RNAO, 2012a) utilise le modèle « des connaissances à l'action » (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein, & Bhattacharyya, 2009) qui démontre les étapes du processus requises pour l'obtention et la synthèse des connaissances. Elle guide également l'adaptation des nouvelles connaissances au contexte local, ainsi que la mise en œuvre. Le cadre propose d'identifier et d'utiliser des outils relatifs aux connaissances, tels que les lignes directrices, pour identifier les lacunes et amorcer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances à l'établissement local.

La RNAO s'est engagée à assurer un déploiement et une mise en œuvre à grande échelle des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE). La RNAO a recours à une approche coordonnée de la diffusion, qui incorpore une gamme de stratégies, y compris : 1) le réseau des champions des pratiques exemplaires de la RNAO (Nursing Best Practice Champion Network®), qui développe la capacité de chaque infirmière à encourager la sensibilisation aux LDPE, leur engagement envers celles-ci et leur adoption de celles-ci; 2) les modèles d'ordonnances de soins infirmiers^G, qui fournissent des énoncés d'intervention clairs, concis et réalisables, qui peuvent facilement être incorporés aux dossiers médicaux électroniques, mais qui peuvent également être utilisés dans le cadre d'environnements qui utilisent le papier ou qui sont hybrides; et 3) le titre d'organisations phares pour les pratiques exemplaires (Best Practice Spotlight Organization), qui soutient la mise en œuvre au niveau de l'organisation et du système. Les OVPE travaillent essentiellement pour la création de cultures professionnelles fondées sur les données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enracer » plusieurs LDPE de la RNAO. De plus, nous proposons tous les ans des instituts d'apprentissage sur différentes lignes directrices et leur mise en œuvre afin de renforcer les capacités (RNAO, 2012a).

Vous trouverez des renseignements concernant les stratégies de mise en œuvre de la RNAO aux endroits suivants :

- Réseau de champions des pratiques exemplaires en soins infirmiers de la RNAO : <http://www.RNAO.ca/bpg/get-involved/champions>
- Modèles d'ordonnances de soins infirmiers de la RNAO : <http://rnao.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets>
- Organisations phares pour les pratiques exemplaires de la RNAO : <http://www.RNAO.ca/bpg/bps>
- Instituts de renforcement des capacités de la RNAO et autres occasions de perfectionnement professionnel : www.RNAO.ca/events

Évaluation et surveillance de cette ligne directrice

Au fur et à mesure que vous mettez en œuvre les recommandations présentées dans cette ligne directrice, nous vous demandons de réfléchir à la manière dont vous en surveillerez et évaluerez la mise en œuvre et les répercussions.

Le Tableau 5 est fondé sur un cadre décrit dans la *Trousse sur la marche à suivre: Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (RNAO, 2012a) de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et illustre quelques indicateurs spécifiques relatifs à la surveillance et à la mise en œuvre de la présente ligne directrice.

Tableau 5 : Indicateurs de la structure, du processus et des résultats pour la surveillance et l'évaluation de la présente ligne directrice

TYPE D'INDICATEUR		
STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
<p>Ces indicateurs font référence aux soutiens et aux ressources requis pour la mise en œuvre réussie de la ligne directrice, <i>Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances</i> par un système de santé, une organisation de services de santé ou un établissement universitaire.</p>	<p>Ces indicateurs déterminent si les pratiques exemplaires axées vers l'éducation, la formation et la pratique des professionnels de la santé visant à améliorer l'établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances ont été mises en œuvre.</p>	<p>Ces indicateurs évaluent les répercussions de la mise en œuvre des recommandations de la ligne directrice sur les organisations de soins de santé, les professionnels de la santé et les résultats pour les clients.</p>
<p>Établissement d'un comité au niveau du système pour examiner les pratiques exemplaires relatives à l'évaluation et la prise en charge des clients qui utilisent des substances.</p> <p>Intégration à l'échelle du système de politiques conformes aux pratiques exemplaires et aux recommandations de la ligne directrice permettent de soutenir les clients qui utilisent des substances.</p> <p>Les organisations établissent l'évaluation et la prise en charge des troubles liés à l'utilisation de substances en tant que priorité clinique stratégique.</p> <p>Disponibilité de ressources financières adéquates pour soutenir et mettre en œuvre les recommandations de la ligne directrice.</p>	<p>Pourcentage d'étudiantes de premier cycle en soins infirmiers qui ont participé à des occasions cliniques/pratiques liées aux soins des clients qui utilisent des substances.</p> <p>Pourcentage des infirmières nouvellement embauchées qui ont assisté à une séance d'orientation relative aux pratiques exemplaires permettant de soutenir les clients qui utilisent des substances.</p> <p>Pourcentage des infirmières qui ont assisté à des séances d'éducation permanente ou de formation liées aux soins des clients qui utilisent des substances.</p> <p>Pourcentage des infirmières qui ont rempli une évaluation annuelle du rendement.</p>	<p>Les nouvelles diplômées, le personnel infirmier et les autres prestataires de soins de santé indiquent qu'ils sont satisfaits de l'éducation et de la formation reçues.</p> <p>Les nouvelles diplômées et le personnel infirmier peuvent formuler les cadres d'orientation liés aux soins des clients qui utilisent des substances.</p> <p>Les nouvelles diplômées et le personnel infirmier démontrent les connaissances et les compétences nécessaires pour travailler avec des clients qui utilisent des substances, en utilisant des techniques d'entrevues motivationnelles.</p> <p>Le personnel infirmier et les autres prestataires de soins de santé indiquent un niveau de confiance accru relativement à l'évaluation et à la prise en charge efficaces des clients qui utilisent des substances.</p>

TYPE D'INDICATEUR		
STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
<p>Les organisations adoptent et mettent en œuvre des politiques et des procédures fondées sur les données probantes qui appuient le dépistage pour tous les clients, ainsi que l'évaluation, l'intervention et l'aiguillage des clients qui utilisent des substances.</p> <p>Les programmes organisationnels qui abordent les troubles liés à l'utilisation de substances intègrent les principes de réduction des méfaits et tiennent compte des déterminants sociaux de la santé.</p> <p>Disponibilité à l'intérieur de l'organisation de ressources éducatives pour les infirmières et les autres professionnels de la santé associées à la prise en charge des clients qui utilisent des substances, avant, pendant et après la mise en œuvre de la ligne directrice.</p> <p>Les organisations fournissent à tous les prestataires de soins de santé des occasions de perfectionnement professionnel liées à l'évaluation et à la prise en charge de clients qui utilisent des substances (c.-à-d. dans le cadre du service, formation/orientation clinique, élaboration de pratiques et de procédures, élaboration de formulaires de documentation).</p> <p>Les organisations adoptent et fournissent des protocoles, des normes et des outils de documentation appropriés pour l'exécution d'évaluations exhaustives.</p> <p>Les unités, les programmes, les services ou les équipes mettent en œuvre des outils appropriés de dépistage de l'utilisation de substances.</p>	<p>Pourcentage de clients ayant subi un dépistage pour l'utilisation de substances lors de l'admission ou du premier contact.</p> <p>Pourcentage de clients dont le dépistage pour l'utilisation de substances était positif, et qui ont subi par la suite un dépistage pour le risque ou la présence d'un trouble lié à l'utilisation de substances, à l'aide d'un outil approprié.</p> <p>Pourcentage de clients dont le dépistage pour l'utilisation de substances était positif, et qui ont par la suite bénéficié d'une évaluation exhaustive.</p> <p>Pourcentage de clients dont le dépistage pour l'utilisation de substances était positif, qui ont bénéficié d'une intervention rapide pendant leurs soins.</p> <p>Pourcentage de clients présentant un risque ou un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substances, qui ont bénéficié d'interventions pharmacologiques et psychosociales combinées.</p> <p>Pourcentage de clients ayant un plan de soins individualisé pour l'utilisation de substances, pour lesquels il est avéré que l'efficacité du plan de soins est évaluée lors de chaque visite.</p> <p>Pourcentage de clients qui ont été aiguillés vers un traitement en fonction de l'évaluation exhaustive.</p>	<p>Pourcentage d'infirmières qui font preuve d'autoréflexion relativement aux soins prodigués aux clients qui utilisent des substances lors de l'évaluation du rendement la plus récente.</p> <p>Économie et efficacité démontrées de la prise en charge des clients qui utilisent des substances.</p> <p>Pourcentage de clients qui présentent un risque ou un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substances, qui ont participé à l'élaboration d'un plan de soins individualisé.</p> <p>Pourcentage de clients qui présentent un risque ou un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substance, qui atteignent ou maintiennent leurs objectifs d'autogestion.</p> <p>Pourcentage de jeunes et d'adolescents qui présentent un risque ou un diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substance qui bénéficient d'un traitement en milieu familial pendant leurs soins.</p> <p>Pourcentage de clients qui sont satisfaits des soins qu'ils ont reçus relativement à la prise en charge de leur trouble lié à l'utilisation de substances.</p>

TYPE D'INDICATEUR		
STRUCTURE	PROCESSUS	RÉSULTAT
<p>Les unités, les programmes, les services ou les équipes fournissent au personnel infirmier des programmes de formation sur les entrevues motivationnelles et les interventions rapides.</p> <p>Processus obligatoire d'évaluation annuelle du rendement pour tous les membres du personnel infirmier, qui met l'accent sur la pratique réflexive et le perfectionnement professionnel continu.</p> <p>Disponibilité de ressources éducatives pour les programmes de premier cycle en soins infirmiers et en services paramédicaux, qui correspondent aux pratiques exemplaires en matière d'évaluation et de prise en charge de clients qui utilisent des substances.</p> <p>Incorporation dans des curriculums de base et pluridisciplinaires de la théorie et des occasions cliniques/pratiques liées à la prise en charge des clients qui utilisent des substances pour les infirmières et les autres professionnels de la santé.</p>		

Autres ressources de la RNAO pour l'évaluation et la surveillance des lignes directrices sur les pratiques exemplaires :

- Des indicateurs de qualité en soins infirmiers pour la production de rapports et l'évaluation (Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation ou NQUIRE®) ont été désignés pour les organisations phares pour les pratiques exemplaires (BPSO®) de la RNAO dans le but de procéder de façon systématique à une surveillance des progrès et une évaluation des résultats de la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO au sein de leurs organisations. NQUIRE® est la première initiative internationale d'amélioration de la qualité en son genre, qui consiste en une base de données d'indicateurs de la qualité dérivés des recommandations présentées dans certaines lignes directrices sur la pratique clinique de la RNAO. Pour obtenir de plus amples renseignements, rendez-vous à l'adresse <http://rnao.ca/bpg/initiatives/nquire>.
- Les modèles d'ordonnances de soins incorporés aux dossiers médicaux électroniques fournissent un mécanisme qui permet la saisie électronique de données relatives aux indicateurs du processus. La capacité d'associer les indicateurs du processus et de la structure aux indicateurs spécifiques des résultats pour le client contribue à déterminer les répercussions de la mise en œuvre de la LDPE sur des résultats sur la santé spécifiques au client. Pour obtenir de plus amples renseignements, rendez-vous à <http://rnao.ca/ehealth/nursingordersets>.

Processus de mise à jour et d'examen de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) s'engage à mettre à jour ses lignes directrices sur les pratiques exemplaires comme indiqué ci-dessous :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sera révisée par une équipe de spécialistes du domaine tous les cinq ans après la publication de l'édition précédente.
2. Le personnel affecté au Centre d'Affaires internationales et programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires surveillera régulièrement la publication de nouveaux examens systématiques, d'essais comparatifs randomisés, et d'autres ouvrages pertinents dans le domaine.
3. Selon les résultats de cette surveillance, le personnel pourrait recommander une révision plus rapide. On consultera de manière adéquate une équipe formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes du domaine, qui apporteront leur point de vue afin de prendre la décision d'examiner et de réviser (ou non) la ligne directrice avant l'échéance prévue.
4. Trois mois avant l'échéance de révision, le personnel commencera la planification du processus de révision comme suit :
 - a) Invitation de spécialistes du domaine à se joindre au groupe d'experts, lequel sera formé de membres du groupe initial et d'autres spécialistes et experts recommandés.
 - b) Compilation des commentaires reçus et des questions rencontrées pendant l'étape de mise en œuvre, y compris les commentaires et les expériences des organisations phares pour les pratiques exemplaires et des autres sites de mise en œuvre au sein des établissements.
 - c) Compilation des nouvelles lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires dans le domaine et examen systématique des données probantes.
 - d) Établissement d'un plan de travail détaillé comportant des échéances et des résultats attendus pour l'élaboration de la nouvelle édition de la ligne directrice.
5. La nouvelle édition de la ligne directrice élaborée sera diffusée selon les structures et les processus établis.



Liste de références bibliographiques

- Aalto, M., Pekuri, P., et Seppa, K. (2005). Implementation of brief alcohol intervention in primary health care: Do nurses' and general practitioners' attitudes, skills and knowledge change? *Drug and Alcohol Review*, 24(6), 555-558.
- Adams, S., Leukefeld, C. G., et Peden, A. R. (2008). Substance abuse treatment for women offenders: A research review. *Journal of Addictions Nursing*, 19(2), 61-75.
- Agence de santé publique du Canada (ASPC). (2010). *Glossary of terms*. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/glos-eng.php>
- Alberta Health Services. (2012). Provincial diverse populations strategy: An overview. Consulté à l'adresse <http://www.albertahealthservices.ca/8431.asp>
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., et Vecchi, S. (2011). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(9), 1-53. doi:10.1002/14651858.CD005031.pub4
- American Psychiatric Association (APA). (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders* (2nd ed.). Consulté à l'adresse http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) {1111}. Arlington, Virginie : Auteur.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Armstrong, M., et Holmes, E. (2005). Frequency of nurse practitioner screening for substance use disorders. *Journal of Addictions Nursing*, 16(3), 125-129.
- Assemblée des Premières Nations (APN). (2011). Resolution no. 57/2011: Support for Akwesasne leadership in addressing state of crisis regarding substance abuse. Consulté à l'adresse <http://www.afn.ca/uploads/files/sca-res-11.pdf>
- Association canadienne pour la santé mentale Ontario. (2014). *Advancing equity in Ontario: Understanding key concepts*. Toronto, Ontario : Auteur. Consulté à l'adresse <http://ontario.cmha.ca/files/2014/05/Advancing-Equity-In-Mental-Health-Final1.pdf>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2006). *Établissement de la relation thérapeutique*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2007a). *Integrating smoking cessation into daily nursing practice*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2007b). *Embracing Cultural Diversity in Health Care: Developing Cultural Competence*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2009). *Supporting persons on Methadone maintenance treatment*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2010a). *Creating vibrant communities*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2010b). *Enhancing Healthy Adolescent Development*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2012a). *Toolkit: Implementation of Best Practice Guidelines* (2e éd.). Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2012b). *Promoting Safety: Alternative Approaches to the Use of Restraints*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2014a). *ECCO: Enhancing Community Care for Ontarians* (2nd ed.). Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2004). *Position statement: Promoting culturally competent care*. Consulté à l'adresse http://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ps73_promoting_culturally_competent_care_march_2004_e.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2008). *Code of ethics for registered nurses (2008 centennial edition)*. Ottawa, Ontario : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2009). *Position statement: Social determinants of health*. Consulté à l'adresse http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/en/ps124_social_determinants_of_health_e.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2011). *Harm reduction & criminally illegal drugs: Implications for nursing policy, practice, education and research*. Ottawa, Ontario : Auteur.
- Austin, A. M., Macgowan, M. J., et Wagner, E. F. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: A systematic review. *Research on Social Work Practice, 15*(2), 67-83.
- Austin, W., et Boyd, M. (2010). *Psychiatric and mental health nursing for Canadian practice* (2nd ed.){1115}. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Babor, T. E., Higgins-Biddle, J. C., Dauser, D., Higgins, P., et Bureson, J. A. (2005). Alcohol screening and brief intervention in primary care settings: Implementation models and predictors. *Journal of Studies on Alcohol, 66*(3), 361-368.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Dauser, D., Bureson, J. A., Zarkin, G. A., et Bray, J. (2006). Brief interventions for at-risk drinking: Patient outcomes and cost-effectiveness in managed care organizations. *Alcohol and Alcoholism, 41*(6), 624-631.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., et Nickleson, L. E. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration, 29*(3), p. 11-20.
- Beirness, D. J., Jesseman, R., Notarandrea, R., et Perron, M. (2008). *Harm Reduction: What's in a name?* Ottawa, Ontario : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- Beiser, M. et Stewart, M. (2005). Reducing health disparities: A Priority for Canada. *Canadian Journal of Public Health, 96* (Suppl. 2), S4-S5.
- Bernstein, E., Topp, D., Shaw, E., Girard, C., Pressman, K., Woolcock, E., et Bernstein, J. (2009). A preliminary report of knowledge translation: Lessons from taking screening and brief intervention techniques from the research setting into regional systems of care. *Academic Emergency Medicine, 16*(11), 1225-1233.

- Blow, F. C., Brower, K. J., Schulenberg, J. E., Demo-Dananberg, L. M., Young, J. P., et Beresford, T. P. (1992). The Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G): A new elderly-specific screening instrument. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16, 372.
- Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., ... Zitzelsberger, L., pour le AGREE Next Steps Consortium (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. Consulté à l'adresse <http://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii/>
- Burns, E., Gray, R., et Smith, L.A. (2010). Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: A systematic review. *Addiction*, 105, 601-614.
- Caley, L. M., Riemer, S., et Weinstein, H. S. (2010). Results of a nurse-led workshop designed to prevent fetal alcohol spectrum disorder. *Public Health Nursing*, 27(3), p. 232-239.
- Cameron, I. M., Matheson, C. I., Bond, C. M., van Teijlingen, E. R., Wardell, F. A., Cronkshaw, G., et Lawrie, T. (2006). A national survey of nurses working in the management of illicit drug misuse in Scotland. *International Journal of Drug Policy*, 17(5), 442-446.
- Campbell-Heider, N., Finnell, D. S., Feigenbaum, J. C., Feeley, T. H., Rejman, K. S., Austin-Ketch, T. ... Schmitt, A. (2009). Survey on addictions: Toward curricular change for family nurse practitioners. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), 1-17. doi: 10.2202/1548-923X.1645
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). *Descriptive and analytic studies*. Consulté à l'adresse http://www.cdc.gov/globalhealth/fetp/training_modules/19/desc-and-analytic-studies_ppt_final_09252013.pdf
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT). (2009). *Concurrent disorders: Substance abuse in Canada*. Ottawa, Ontario : Auteur.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT). (2014). *Competencies for Canada's substance abuse workforce*. Ottawa, Ontario : Auteur.
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *Let's talk: Health equity*. Antigonish, Nouvelle-Écosse : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, St. Francis Xavier University.
- Chang, Y. P., et Yang, M. S. (2013). Nurses' attitudes toward clients with substance use problems. *Perspectives in Psychiatric Care*, 49(2), 94-102.
- Cheung, Y. W. (2000). Substance abuse and developments in harm reduction. *CMAJ*, 162(12), 1697-1700.
- Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2009). In from the margins: A call to action on poverty, housing and homelessness. Ottawa, Ontario : Auteur. Consulté à l'adresse <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/citi/rep/rep02dec09-e.pdf>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2009). *Towards recovery and wellbeing: A framework for a mental health strategy for Canada*. Consulté à l'adresse http://www.mentalhealthcommission.ca/English/system/files/private/document/FNIM_Toward_Recovery_and_Well_Being_Text_ENG.pdf
- Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS). (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, Genève, Organisation mondiale de la Santé. Consulté à l'adresse http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/

- Commission ontarienne des droits de la personne (CODP). (2011). Drug or alcohol dependency and abuse as a disability. Consulté à l'adresse <http://www.ohrc.on.ca/en/policy-drug-and-alcohol-testing/drug-or-alcohol-dependency-and-abuse-disability>
- Commission ontarienne des droits de la personne (CODP). (2014). Policy on preventing discrimination based on mental health disabilities and addictions. Toronto, Ontario : Auteur. Consulté à l'adresse <http://www.ohrc.on.ca/en/policy-preventing-discrimination-based-mental-health-disabilities-and-addictions>
- Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance. (2013). *First do no harm: Responding to Canada's prescription drug crisis*. Ottawa, Ontario : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- Conseil international des infirmières (2007). *ICN position statement: Cultural and linguistic competence*. Consulté à l'adresse http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/B03_Cultural_Linguistic_Compentence.pdf
- Cund, A. (2013). Alcohol education revisited: Exploring how much time we devote to alcohol education in the nursing curriculum. *Nurse Education in Practice*, 13(1), 35-39.
- Daly, M., Kermode, S., et Reilly, D. (2009). Evaluation of clinical practice improvement programs for nurses for the management of alcohol withdrawal in hospitals. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 31(2), 98-107.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Dhalla, S., Zumbo, B. D., et Poole, G. (2011). A review of the psychometric properties of the CRAFFT instrument: 1999-2010. *Current Drug Abuse Reviews*, 4(1), 57-64.
- Donald, M., Dower, J., et Kavanagh, D. (2005). Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: A qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1371-1383.
- Drake, R. E., O'Neal, E. L., et Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 123-138.
- Dunn C., Deroo L., et Rivara F.P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction*, 96, 1725-1742.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., et Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-187.
- Feldstein, S. W., et Miller, W. R. (2007). Does subtle screening for substance abuse work? A review of the Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI). *Addiction*, 102(1), 41-50.
- Ferri, M., Amato, L., et Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006(3), 1-26. doi:10.1002/14651858.CD005032.pub2
- Ferris, F. D., Balfour, H., M., Bowen, K., Farley, J., Hardwick, M., Lamontagne, C., ...West, P., J. (2002). A model to guide patient and family care: Based on nationally accepted principles and norms of practice. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 106-123.

- Field, M., et Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington, DC : National Academy Press.
- Fingeld-Connett, D., et Johnson, E. D. (2011). Therapeutic substance abuse treatment for incarcerated women. *Clinical Nursing Research, 20*(4), 462-481.
- First Nations Information Governance Centre. (2012). *First Nations regional health survey (RHS) 2008/10: National report on adults, youth and children living in First Nations communities*. Consulté à l'adresse [http://fnigc.ca/sites/default/files/First Nations Regional Health Survey 2008-10 National Report.pdf](http://fnigc.ca/sites/default/files/First_Nations_Regional_Health_Survey_2008-10_National_Report.pdf)
- Fleiss, J. L., Levin, B., et Paik, M.C. (2003). *Statistical methods for rates and proportions* (3rd ed.). New York : John Wiley & Sons.
- Forchuk, C., Jewell, J., Tweedell, D., et Steinnagel, L. (2003). Reconnecting: The client experience of recovery from psychosis. *Perspectives in Psychiatric Care, 39*(4), 141-150.
- Fries, H. P., et Rosen, M. I. (2011). The efficacy of assertive community treatment to treat substance use. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 17*(1), 45-50.
- Gagnon, M. (2014). *A roadmap to a rational pharmacare policy in Canada*. Ottawa, Ontario : Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. Consulté à l'adresse https://nursesunions.ca/sites/default/files/pharmacare_report_0.pdf
- Gouvernement de l'Ontario. (2012). *Human Rights Code*. Consulté à l'adresse http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_90h19_e.htm
- Gregory, V. L. J. (2011). Cognitive-behavioral therapy for comorbid bipolar and substance use disorders: A systematic review of controlled trials. *Mental Health and Substance, 4*(4), 302-313.
- Griffiths, R. D., Stone, A., Tran, D. T., Fernandez, R. S., et Ford, K. (2007). Drink a little; take a few drugs: Do nurses have knowledge to identify and manage in-patients at risk of drugs and alcohol? *Drug and Alcohol Review, 26*(5), 545-552.
- Groves, P., Pick, S., Davis, P., Cloudesley, R., Cooke, R., Forsythe, M., et Pilling, S. (2010). Routine alcohol screening and brief interventions in general hospital in-patient wards: Acceptability and barriers. *Drugs: Education, Prevention & Policy, 1*, 55-71.
- Hamilton, N., et Bhatti, T. (1996). Population health promotion: An integrated model of population health and health promotion. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/php-ppp/php3-eng.php#Developing>
- Harrison, M. B., Graham, I. D., Fervers, B., et van den Hoek, J. (2013). Adapting knowledge to local context. In S. E. Straus, J. Tetroe, et I. D. Graham (Eds.), *Knowledge Translation in health care: Moving from evidence to practice* (2nd ed.) (p. 110-120). Chichester, Royaume-Uni : John Wiley & Sons, Ltd.
- Herie, M., et Skinner, W. (2010). *Substance abuse in Canada*. Toronto, Ontario : Oxford University Press.
- Hesse, M., Vanderplasschen, W., Rapp, R., Broekaert, E., et Fridell, M. (2007). Case management for persons with substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007*(4), 1-65. doi:10.1002/14651858.CD006265.pub2
- Hides, L., Samet, S., et Lubman, D. I. (2010). Cognitive behaviour therapy (CBT) for the treatment of co-occurring depression and substance use: Current evidence and directions for future research. *Drug and alcohol review, 29*(5), 508-517.

- Howard, V., et Holmshaw, J. (2010). Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 862-872.
- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Sitharthan, T., et Cleary, M. (2013). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(10) 1-258. doi:10.1002/14651858.CD001088.pub3
- International Harm Reduction Association. (2010). *What is harm reduction?* [Position statement]. Londres, Royaume-Uni : Auteur.
- Jacobson, N. (2102). *Dignity and health*. Nashville, Tennessee : Vanderbilt University Press.
- Jacobson, N., et Curtis, L. (2000). Recovery as policy in mental health services: Strategies emerging from the States. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(4), 333-341.
- Jacobson, N., et Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485.
- Kaner, E. F. S., Brown, N., et Jackson, K. (2011). A systematic review of the impact of brief interventions on substance use and co-morbid physical and mental health conditions. *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis*, 4(1), 38-61.
- Kelleher, S., et Cotter, P. (2009). A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *International Emergency Nursing*, 17(1), 3-14.
- Kelly, B., Long, A., et McKenna, H. (2001). Clinical supervision: Personal and professional development or nursing novelty of the 1990s? In J. Cutcliffe, T. Butterworth, et B. Proctor (Eds.), *Fundamental Themes in Clinical Supervision* (p. 9-24). New York, New York: Routledge.
- Kelly, T. M., Daley, D. C., et Douaihy, A. B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive behaviors*, 37(1), 11-24.
- Kennedy, A. J., Mellor, D., McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A., Brumby, S. A., Head, A., Mercer-Grant, C. (2013). Training and experience of nurses in responding to alcohol misuse in rural communities. *Public Health Nursing*, 30(4), p. 332-342.
- Kertesz, S. G., Crouch, K., Milby, J. B., Cusimano, R. E., et Schumacher, J. E. (2009). Housing first for homeless persons with active addiction: Are we overreaching? *The Milbank Quarterly*, 87(2), 495-534.
- Klinic Community Health Centre. (2008). *The trauma-informed toolkit*. Winnipeg, Manitoba : Auteur.
- Knapp, W. P., Soares, B., Farrell, M., et Silva de Lima, M. (2007). Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007(3), 1-95. doi:10.1002/14651858.CD003023.pub2
- Kunyk, D., et Els, C. (2010). Substance-related disorders. In W. Austin & M. A. Boyd (Eds.), *Psychiatric and mental health nursing for Canadian practice* (2nd ed.) (p. 534-575). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lanier, D., et Ko, S. (2008). Screening in primary care settings for illicit drug use: Assessment of screening instruments – A supplemental evidence update for the U.S. preventative services task force. *Evidence Synthesis* 58(2). Publication de l'AHRQ n° 08-05108-EF-2. Rockville, Maryland : Agency for Healthcare Research and Quality.
- Lasiuk, G. (2010). The assessment process. In W. Austin & M. A. Boyd (Eds.), *Psychiatric and mental health nursing for Canadian practice* (2nd ed.) (p. 173-190). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

- Lim, R. (2008). Cultural issues in substance abuse treatment. *38th Semi-Annual Substance Abuse Research Consortium (SARC)*. Consulté à l'adresse <http://www.docstoc.com/docs/161256045/Cultural-Issues-in-Substance-Abuse-Treatment---UCLA-Integrated>
- Livingstone, J. D., Milne, T., Fang, M. L., et Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review. *Addiction, 107*(1), 39-50.
- Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., et Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice, 20*(2), 137-160.
- Macy, R. J., et Goodbourn, M. (2012). Promoting successful collaborations between domestic violence and substance abuse treatment service sectors: A review of the literature. *Trauma Violence Abuse, 13*(4), 234-251.
- Magill, M., et Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 70*, 516-527.
- Martin, N., et Johnston, V. (2007). *A time for action: Tackling stigma and discrimination*. Consulté à l'adresse http://www.multiculturalmentalhealth.ca/wp-content/uploads/2013/10/Stigma_TimeforAction_MHCommission.pdf
- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L., et Davoli, M. (2004). Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2004*(4), 1-20. doi:10.1002/14651858.CD004330.pub2
- McKenna, B., Thom, K., Howard, F., et Williams, V. (2010). In search of a national approach to professional supervision for mental health and addiction nurses: The New Zealand experience. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession, 34*(2), 267-276.
- McQueen, J., Howe, T. E., Allan, L., Mains, D., et Hardy, V. (2011). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011*(8), 1-57. doi:10.1002/14651858.CD005191.pub3
- Mdege, N. D., et Lang, J. (2011). Screening instruments for detecting illicit drug use/abuse that could be useful in general hospital wards: A systematic review. *Addictive behaviors, 36*(12), 1111-1119.
- Mikkonen, J., et Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*. Toronto, Ontario : York University School of Health Policy and Management. Consulté à l'adresse http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf
- Miller, W. R., Bogenschutz, M., et Villarreal, M. I. (2006). Research and practice together: The NIDA clinical trials network. *Addictions, 18*(1), 11-22.
- Miller, W. R., et Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.) New York, New York : The Guilford Press.
- Milligan, K., Niccols, A., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., Smith, A., et Liu, J. (2010). Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: A meta-analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 5*(21), 1-14. doi: 10.1186/1747-597X-5-21
- Ministère de la Promotion de la santé. (2010). Prevention of substance misuse guidance document. Toronto, Ontario : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario. Consulté à l'adresse <http://www.mhp.gov.on.ca/en/healthy-communities/public-health/guidance-docs/PreventionOfSubstanceMisuse.PDF>
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2011). Open minds, healthy minds: Ontario's comprehensive mental health and addiction strategy. Toronto, Ontario : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., et The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *British Medical Journal*, 339, b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535
- Mollica, M. A., Hyman, Z., et Mann, C. M. (2011). Alcohol-related content in undergraduate nursing curricula in the northeastern United States. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 49(6), 22-31.
- Monks, R., Topping, A., et Newell, R. (2013). The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: A grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 935-946.
- Moore, B. A., Fazzino, T., Garnet, B., Cutter, C. J., et Barry, D. T. (2011). Computer-based interventions for drug use disorders: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(3), 215-223.
- Morgan, S., Daw, M., et Law, S. (2013). Rethinking pharmacare in Canada. Toronto, Ontario : Institut C. D. Howe. Consulté à l'adresse http://www.cdhowe.org/pdf/Commentary_384.pdf
- Muntaner, C., Ng, E., et Chung, H. (2012). *Better health: An analysis of public policy and programming focused on the determinants of health and health outcomes that are effective in achieving the healthiest populations*. Ottawa, Ontario : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Natan, M. B., Beyil, V., et Neta, O. (2009). Nurses' perception of the quality of care they provide to hospitalized drug addicts: Testing the theory of reasoned action. *International Journal of Nursing Practice*, 15(6), 566-573.
- National Child Traumatic Stress Network. (2008). *Understanding links between adolescent trauma and substance abuse: A toolkit for providers*. Consulté à l'adresse http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/SAToolkit_ProviderGuide.pdf
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2013). *Towards cultural safety for Metis: An introduction for health care providers*. Prince George, Colombie-Britannique : University of Northern British Columbia. Consulté à l'adresse http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/76/CulturalSafety_Web_EN.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2007). *Drug misuse – Psychosocial interventions*. Consulté à l'adresse <http://www.nice.org.uk/guidance/CG51>
- Nelson, S. (2012). *Challenging hidden assumptions: Colonial norms as determinants of Aboriginal mental health*. Prince George, Colombie-Britannique : National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Newton, A. S., Gokiart, R., Mabood, N., Ata, N., Dong, K., Ali, S. ... Wild, T. C. (2011). Instruments to detect alcohol and other drug misuse in the emergency department: A systematic review. *Pediatrics*, 128(1), e180-e192.
- Nilsen, P., Aalto, M., Bendtsen, P., et Seppa, K. (2006). Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 24(1), 5-15.
- Nordqvist, C., Johansson, K., Lindqvist, K., et Bendtsen, P. (2006). Attitude changes among emergency department triage staff after conducting routine alcohol screening. *Addictive Behaviors*, 31(2), 191-202.
- O'Gara, C., Keaney, F., Best, D., Harris, J., Boys, A., Leonard, F. Kelleher, M., et Strang, J. (2005). Substance misuse training among psychiatric doctors, psychiatric nurses, medical students and nursing students in a South London psychiatric teaching hospital. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 12(4), 327-336.
- Ontario Mental Health and Addictions Alliance. (2014). Ontario Election 2014 resources. Toronto, Ontario : Auteur. Consulté à l'adresse <http://www.vote4mha.ca/>

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). (2009). *Practice guideline: Culturally sensitive care*. Consulté à l'adresse http://www.cno.org/Global/docs/prac/41040_CulturallySens.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). (2011). *RN and RPN Practice: The Client, the Nurse and the Environment*. Toronto, Ontario : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Consulté à l'adresse <http://www.cno.org/Global/docs/prac/41062.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). (2013). *Therapeutic nurse-client relationship, révisé en 2006*. Consulté à l'adresse http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2014). *Practice standard: Medication*. Consulté à l'adresse http://www.cno.org/Global/docs/prac/41007_Medications.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2014). *What are social determinants of health?* Consulté à l'adresse http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/

Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Adelaide Statement on Health in All Policies: Moving towards a shared governance for health and well-being*. Adelaide : Auteur. Consulté à l'adresse http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf

Pati, D. (2011). A framework for evaluating evidence in evidence-based design. *Health Environments Research & Design Journal*, 4(3), 50-71.

Pirie, T., Jesseman, R., Di Gioacchino, L., et National Treatment Indicators Working Group. (2014). *National treatment indicators report: 2011–2012 data*. Ottawa, Ontario : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

Polit, D. F., Beck, C. T., et Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (5th ed.). Philadelphia, PA : Lippincott.

Poole, N. (2012). *Essentials of ... trauma-informed care*. Consulté à l'adresse <http://www.recoveryonpurpose.com/upload/PT-Trauma-informed-Care-2012-01-en.pdf>

Powers, M. B., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 952-962.

Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L., et Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction*, 101(11), 1546-1560.

Prochaska, J. O., et DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Malabar, Floride : Kriger.

Rassool, G. H. (2010). *Addiction for nurses*. West Sussex, Royaume-Uni : Wiley-Blackwell.

Rassool, G. H., et Oyefeso, A. (2007). Predictors of course satisfaction and perceived course impact of addiction nurses undertaking a postgraduate diploma in addictive behaviour. *Nurse Education Today*, 27(3), 256-265.

Rassool, G. H., Villar-Luis, M., Carraro, T. E., et Lopes, G. (2006). Undergraduate nursing students' perceptions of substance use and misuse: A Brazilian position. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(1), 85-89.

Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., ...Taylor, B. (2006). *The cost of substance abuse in Canada 2002*. Ottawa, Ontario : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

- Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., van den Brink, W., De Jong, C. A. J., et Kerkhof, A. J. F. M. (2012). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 1-13.
- Royal College of Psychiatrists. (2011). *Our invisible addicts* (College Report CR165). Londres, Royaume-Uni : Auteur.
- RUBAK, S., A. SANDBAEK, T. LAURITZEN, et B. CHRISTENSEN (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305-312.
- Santé Canada. (2002). *Best practices: Concurrent mental health and substance use disorders*. Consulté à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/bp_concurrent_mental_health-eng.pdf
- Santé Canada. (2006). *Best practices: Early intervention, outreach and community linkages for women with substance use problems*. Ottawa, Ontario : Ministre de la Santé.
- Santé Canada. (2008). *Best practices, early intervention, outreach and community linkages for youth with substance use problems*. Consulté à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/sc-hc/H128-1-08-531-eng.pdf
- Santé Canada. (2011). *Honouring our strengths: A renewed framework to address substance use issues among First Nations people in Canada*. Ottawa, Ontario : Ministre de la Santé.
- Santé Canada. (2014). *Canadian alcohol and drug use monitoring survey*. Consulté à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/2012/summary-sommaire-eng.php#s9>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2011). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*. Consulté à l'adresse <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign50.pdf>
- Seale, J. P., Shellenberger, S., Tillery, W. K., Boltri, J., Vogel, R., Barton, B., et McCauley, M. (2005). Implementing alcohol screening and intervention in a family medicine residency clinic. *Substance Abuse*, 26(1), 23-31.
- Seeking Solutions. (2004). *BEST PRACTICES 2: Guiding principles*. Vancouver, Colombie-Britannique : Simon Fraser University.
- Sibley, L. (2014). Screening and assessment practices. In M. Herie et W. Skinner (Eds.), *Fundamentals of addiction: A practical guide for counsellors* (p. 165-192). Toronto, Ontario : Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH).
- Simpson, P. (2010). Family assessment and interventions. In W. Austin & M. A. Boyd (Eds.), *Psychiatric and mental health nursing for Canadian practice* (2nd ed.) (p. 291-307). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Skinner, N., Feather, N. T., Freeman, T., et Roche, A. (2007). Stigma and discrimination in health-care provision to drug users: The role of values, affect, and deservingness judgments. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(1), 163-186.
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., et Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(5), 1-130. doi:10.1002/14651858.CD008063.pub2

- Snow, S. (2010). Psychiatric and mental health nursing interventions. In W. Austin & M. A. Boyd (Eds.), *Psychiatric and mental health nursing for Canadian practice* (2nd ed.) (p. 198-213). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Speziale, H. J. S., et Carpenter, D. R. (2007). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (4th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stanley, K. M., Worrall, C. L., Lunsford, S. L., Couillard, D. J., et Norcross, E. D. (2007). Efficacy of a symptom-triggered practice guideline for managing alcohol withdrawal syndrome in an academic medical center. *Journal of Addictions Nursing*, 18(4), 207-216.
- Straus, S., Tetroe, J., Graham, I.D., Zwarenstein, M., et Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. In S. Straus, J. Tetroe, et I. D. Graham (Eds.), *Knowledge translation in health care* (pp.151-159). Oxford, Royaume-Uni : Wiley-Blackwell.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2004). *Quick guide for clinicians: Substance abuse treatment and family therapy*. Consulté à l'adresse <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA05-4032/SMA05-4032.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. Consulté à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64197/pdf/TOC.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2014a). *Family behavior therapy*. Consulté à l'adresse <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=113>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2014b). *Tip 57: Trauma-informed care in behavioural health services* (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57.). Rockville, Maryland : Auteur. Consulté à l'adresse <http://store.samhsa.gov/product/TIP-57-Trauma-Informed-Care-in-Behavioral-Health-Services/SMA14-4816>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration/Center for Substance Abuse Treatment (SAMHSA/CSAT). (1998). *Tip 26: Substance abuse among older adults* (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 26.). Rockville, Maryland : Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sullivan, L. E., Tetrault, J. M., Braithwaite, R. S., Turner, B. J., et Fiellin, D. A. (2011). A meta-analysis of the efficacy of nonphysician brief interventions for unhealthy alcohol use: Implications for the patient-centered medical home. *The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 20(4), 343-356.
- Sunshine Coast Health Centre. (2010). *Drugs of abuse: An identification guide*. Consulté à l'adresse <http://www.sunshinecoasthealthcentre.ca/drug-information/>
- The Cochrane Collaboration. (2005). *Glossaire de termes dans The Cochrane Collaboration* (Version 4.2.5). Consulté à l'adresse <http://www.cochrane.org/sites/default/files/uploads/glossary.pdf>
- Tognazzini, P., Davis, C., Kean, A. M., Osborne, M., et Wong, K. (2009). *Core competencies in psychiatric mental health nursing for undergraduate nursing education: Position paper 2009*. Consulté à l'adresse http://cfmhn.ca/sites/cfmhn.ca/files/Position_paper_Sept21_2010.pdf
- Tran, D. T., Stone, A. M., Fernandez, R. S., Griffiths, R. D., et Johnson, M. (2009). Does implementation of clinical practice guidelines change nurses' screening for alcohol and other substance use? *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 33(1), 13-19.

Tsai, Y.-F., Tsai, M.-C., Lin, Y.-P., Weng, C.-E., Chou, Y.-L., et Chen, C.-Y. (2011). An alcohol training program improves Chinese nurses' knowledge, self-efficacy, and practice: A randomized controlled trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(5), 976-983.

Turnbull, C., et Osborn, D. A. (2012). Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(1), 1-170. doi:10.1002/14651858.CD004456.pub3

Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., et Broekaert, E. (2007). Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(1), 81-95.

Waldron, H. B., et Turner, C. W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 238-261.

Wits, E. G., Knibbe, R. A., et van de Mheen, D. H. (2005). Feasibility of a guideline to improve the match between needs and services for chronic addicts with multiple problems. *Journal of Substance Use*, 10(2-3), 119-127.

Young, L. B. (2012). Telemedicine interventions for substance-use disorder: A literature review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 18(1), 47-53.



Annexe A : Glossaire de termes

Abstinence: aucune consommation de substances (SAMHSA, 2005).

Alliance thérapeutique : un type de relation professionnelle entre le client et le clinicien, dans laquelle les deux travaillent en collaboration pour réaliser le même but, avec un respect et une compréhension mutuels. C'est le lien de confiance entre le client et le clinicien pendant le travail thérapeutique qui rend possible la guérison.

Ambivalence : « La présence simultanée de motivations contradictoires pour et contre le changement »(Miller et Rollnick, 2013, p. 405).

Client : un client est une personne, ou un ensemble de personnes, avec qui l'infirmière a une relation thérapeutique professionnelle. Dans la plupart des cas, le client est une personne, mais il peut également inclure des membres de la famille ou des mandataires spéciaux (groupe ou communauté) (OIIO, 2013).

Compétence culturelle : « l'application de connaissances, de compétences, d'attitudes et d'attributs personnels dont ont besoin les infirmières pour fournir des soins et des services appropriés en relation avec les caractéristiques culturelles de leurs clients. La compétence culturelle inclut l'appréciation de la diversité, la connaissance des mœurs culturelles et des traditions de la population servie, et la sensibilité à ces facteurs tout en prodiguant des soins à la personne » (AICC, 2004).

La compétence culturelle reconnaît l'influence importante des valeurs et des convictions culturelles, ainsi que le pouvoir et la hiérarchie qui sont souvent inhérents aux interactions avec les clients, particulièrement celles entre les clients qui proviennent de groupes marginalisés et les praticiens (RNAO, 2007b).

Culture : la culture comprend les valeurs, les convictions, les normes et les habitudes de vie partagées et apprises d'un particulier ou d'un groupe. Elle influence la façon de penser, les décisions et les actions (OIIO, 2013; RNAO, 2012b, p. 84).

Dépistage universel : le dépistage initial de toutes les personnes pour identifier un risque ou des méfaits potentiels ou réels découlant de l'utilisation de substances.

Détoxication : le processus consistant à « sevrer une substance accoutumante d'une personne de manière sécuritaire et efficace, généralement sous supervision médicale » (Austin et Boyd, 2010, p. 996).

« La détoxication est le processus par lequel une personne est sevrée des effets d'une substance psychoactive. » En tant que procédure clinique, le processus de sevrage devrait être supervisé et effectué de manière sécuritaire et efficace, pour minimiser les symptômes de sevrage. Typiquement, la personne est cliniquement intoxiquée ou déjà en sevrage au début de la détoxication. La détoxication peut comprendre l'administration de médicaments, dont la dose est calculée pour soulager les symptômes du sevrage sans susciter l'intoxication, et est progressivement réduite au fur et à mesure du rétablissement de la personne » (NICE, 2008, p. 302).

Discrimination : le *Code des droits de la personne* de l'Ontario affirme que « Toute personne a droit à un traitement égal en matière d'occupation d'un logement, sans discrimination fondée sur la race, l'ascendance, le lieu d'origine, la couleur, l'origine ethnique, la citoyenneté, la croyance, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, l'expression de l'identité sexuelle, l'âge, l'état matrimonial, l'état familial, l'état d'assisté social ou un handicap » (Gouvernement de l'Ontario, 2012, a. 1).

Données probantes : renseignements qui se rapprochent le plus des faits d'une affaire. Leur forme dépend du contexte. Les observations faites dans le cadre d'études de recherche de haute qualité, dont la méthodologie est appropriée, fournissent les données probantes les plus exactes. Comme la recherche est souvent incomplète et parfois contradictoire ou non disponible, d'autres formes de renseignements constituent des compléments nécessaires à la recherche, ou peuvent même se substituer à celle-ci. La base de connaissances pour une décision se compose des multiples formes de données probantes combinées de manière à arriver à un équilibre entre la rigueur et l'opportunité, tout en privilégiant la première par rapport à la dernière (RNAO, 2014b, p. 66).

Entrevues motivationnelles (EM) : une méthode de consultation fondée sur les données probantes, axée sur les besoins du client, non directrice, permettant d'améliorer la motivation intrinsèque du client à changer (Smedslund et al., 2011).

Équipe pluridisciplinaire : une équipe composée de membres de différentes professions qui travaillent ensemble pour un but commun et qui partagent les décisions à prendre pour atteindre ce but. Dans le domaine des soins de santé, le but consiste à travailler en collaboration avec les clients et leurs familles afin de fournir un traitement qui reflète leurs objectifs et leurs valeurs. Une équipe pluridisciplinaire inclut généralement un ou plusieurs médecins, infirmières, travailleurs sociaux, conseillers spirituels, préposés aux services de soutien à la personne et bénévoles. D'autres disciplines peuvent faire partie de l'équipe, selon les ressources disponibles et selon les besoins (Ferris et al., 2002).

Essai comparatif randomisé : expérience dans le cadre de laquelle le chercheur assigne une intervention, une exposition ou un traitement à des participants qui sont affectés aléatoirement au groupe expérimental (qui reçoit l'intervention) ou au groupe de comparaison (traitement conventionnel) ou de contrôle (aucune intervention ou placebo) (The Cochrane Collaboration, 2005). Les participants sont suivis et évalués afin de déterminer l'efficacité de l'intervention. Inclut les essais à double insu, à simple insu et sans insu.

Étude contrôlée : étude clinique dans le cadre de laquelle l'enquêteur assigne une intervention, une exposition ou un traitement à des participants qui ne sont pas affectés aléatoirement au groupe expérimental ou au groupe de contrôle (The Cochrane Collaboration, 2005).

Étude quasi expérimentale : étude sans randomisation ni groupe de contrôle, qui n'est donc pas considérée comme une « véritable » étude expérimentale (p. ex., essai comparatif randomisé). L'enquêteur contrôle l'assignation à l'intervention, à l'exposition ou au traitement en utilisant des critères autres que le hasard (p. ex., étude avant-après) (Polit, Beck, et Hungler, 2001).

Études analytiques : les études analytiques mettent à l'essai des hypothèses quant à des relations entre l'exposition et le résultat. Les enquêteurs n'assignent pas une intervention, une exposition ou un traitement; ils mesurent toutefois l'association entre l'exposition et le résultat avec le temps, en utilisant un groupe de contrôle (Centers for Disease Control and Prevention, 2013). Parmi les modèles d'études analytiques, on peut citer les études cas-témoin et les études par cohortes.

Étude par cohortes : une étude observationnelle dans le cadre de laquelle un groupe défini de personnes (la cohorte) est suivi pendant un certain temps, de façon prospective ou rétrospective (The Cochrane Collaboration, 2005).

Étude cas-témoin : une étude qui compare des personnes atteintes d'une maladie ou ayant un résultat voulu (cas) à des personnes tirées de la même population qui ne sont pas atteintes de cette maladie ou qui ne présentent pas ce résultat (témoin) (The Cochrane Collaboration, 2005).

Études descriptives : études qui génèrent des hypothèses et qui décrivent les caractéristiques d'un échantillon de personnes à un moment donné. Les chercheurs n'assignent pas d'intervention, d'exposition ou de traitement pour mettre une hypothèse à l'essai; ils se contentent de décrire les personnes, l'endroit ou le moment relativement à un résultat (Centers for Disease Control and Prevention, 2013; The Cochrane Collaboration, 2005). Les modèles d'études descriptives comprennent les études de prévalence.

Étude de prévalence : étude mesurant la distribution d'une ou de plusieurs caractéristiques au sein d'une population à un moment donné (également appelé sondage) (The Cochrane Collaboration, 2005).

Évaluation exhaustive : une évaluation exhaustive est une évaluation infirmière biologique, psychologique, sociale et spirituelle d'un client, qui « inclut un historique de santé et un examen physique; tient compte des dimensions psychologiques, émotionnelles, sociales, spirituelles, ethniques et culturelles de la santé; tient compte de la signification de l'expérience du client en matière de santé ou de maladie; et évalue l'effet de tout cela sur la vie quotidienne » (Lasiuk, 2010, p. 174).

Évaluation : une évaluation de base pour un client qui présente un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffre consiste à recueillir des renseignements clés et de participer à un processus avec le client qui permet au conseiller de comprendre la volonté du client à changer, les domaines problématiques, la santé mentale, les handicaps et les forces. Une évaluation comprend généralement un examen clinique du fonctionnement et du bien-être du client et inclut plusieurs tests, ainsi que des exercices écrits et verbaux.

Examen systématique : examen d'une question formulée clairement qui utilise des méthodes systématiques et explicites pour identifier, sélectionner, et évaluer d'un œil critique la recherche pertinente, ainsi que pour recueillir et analyser les données provenant des études qui sont incluses dans l'examen (The Cochrane Collaboration, 2005).

Famille : quiconque est désigné par le client comme faisant partie de sa famille. Les membres de la famille peuvent comprendre les parents, les enfants, les frères et sœurs, les partenaires, des voisins ou des personnes importantes dans la communauté (RNAO, 2010b, p. 57).

Intervenant : un individu, un groupe ou un organisme ayant un intérêt direct dans les décisions et les mesures prises par des organismes, qui peut tenter d'influencer ces décisions et ces mesures (Baker, et al., 1999). Les intervenants comprennent tous les particuliers ou groupes qui seront affectés directement ou indirectement par le changement ou la solution au problème.

Intervention formelle : la prestation d'une intervention à un client, amorcée et prodiguée par un prestataire de soins de santé.

Intervention informelle : la prestation d'une intervention à un client, amorcée et prodiguée par un non-spécialiste. Cette intervention est fondée sur les pairs et peut inclure une facilitation bénévole et non rémunérée par le pair.

Intervention rapide (IR) : (aussi appelée brève intervention) l'intervention rapide est une technique utilisée par les prestataires de soins de santé pour exprimer leur compassion envers le client et lui faire des commentaires afin d'augmenter sa motivation à apporter des changements liés à son utilisation de substances. La plupart des clients reçoivent entre une et quatre séances de 5 à 30 minutes avec une infirmière ou un prestataire de soins de santé spécialisé (APA, 2006; McQueen et al., 2011; NICE, 2007).

Interventions : englobe les stratégies de traitement spécifiques, les thérapies ou les techniques utilisées pour traiter un ou plusieurs troubles.

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires : énoncés élaborés de façon systématique pour aider les praticiens et le client à prendre des décisions concernant les soins appropriés pour une situation clinique (pratique) particulière (Field et Lohr, 1990).

Méta-analyse : examen systématique d'essais contrôlés randomisés qui recourt à des méthodes statistiques pour analyser et résumer les résultats des études incluses (The Cochrane Collaboration, 2005).

Modèle d'ordonnances en soins infirmiers : un groupe d'interventions fondées sur les données probantes qui sont spécifiques au domaine des soins infirmiers; il est demandé indépendamment par les infirmières (c.-à-d. sans la signature d'un médecin) afin de normaliser les soins fournis pour une affection ou une situation clinique spécifique (dans ce cas-ci, un trouble lié à l'utilisation de substances).

Motivation : l'engagement d'un client envers un traitement dans toutes ses formes et son maintien. Un programme de motivation réussi aide les clients à considérer l'établissement de traitement comme une ressource importante.

Outils de dépistage appropriés : un outil de dépistage approprié est un outil de dépistage clinique spécifique à la substance utilisée, à la population cliente et à l'établissement clinique où se produit le dépistage. Veuillez consulter l'**annexe H** pour obtenir une liste d'outils de dépistage appropriés fréquemment utilisés.

Populations vulnérables : les populations vulnérables sont des groupes qui présentent une susceptibilité accrue à la maladie et des résultats négatifs pour la santé, et un fardeau plus élevé associé à ceux-ci, en raison de disparités liées à l'accès aux ressources qui soutiennent la santé. Les groupes de populations vulnérables peuvent inclure, notamment, les populations autochtones, les mères monoparentales qui vivent dans la pauvreté, les personnes sans abri, et les réfugiés (Alberta Health Services, 2012; Beiser and Stewart, 2005).

Prestataire de soins de santé : dans la présente LDPE, un prestataire de soins de santé est une personne membre ou non d'une profession de la santé réglementée qui prodigue des soins aux clients qui présentent un risque de trouble lié à l'utilisation de substances ou qui en souffrent, ainsi qu'à leurs familles.

Prévention des surdoses : les buts des programmes de prévention des surdoses consistent à prévenir les conséquences négatives et les décès causés par les surdoses chez les personnes qui utilisent des substances. Les programmes de prévention des surdoses fournissent une éducation, une formation et des médicaments (p. ex., « trousse pour la maison ») aux clients qui utilisent des substances et qui présentent un risque de surdose. Par exemple, les programmes de Naloxone aux personnes qui utilisent des substances afin de prévenir les surdoses.

Promotion de la santé : « processus consistant à permettre aux personnes d'accroître leur pouvoir sur leur santé et d'améliorer leur santé. Ce processus englobe non seulement les mesures visant à renforcer les capacités des personnes, mais aussi les mesures prises pour modifier les conditions sociales, environnementales, politiques et économiques, de manière à réduire leur incidence sur la santé publique et la santé individuelle » (ASPC, 2010).

Recherche qualitative : recherche qui a recours à une approche interactive et subjective pour examiner et décrire des phénomènes (p. ex., expériences vécues) et pour en déterminer le sens. Ce type de recherche est de nature exploratoire et ouverte. L'analyse comprend l'organisation et l'interprétation de données non numériques (p. ex., phénoménologie, ethnographie, théorie ancrée dans des données empiriques, études de cas, etc.) (Speziale et Carpenter, 2007).

Recommandations relatives à la formation : énoncés des exigences pédagogiques et des approches/stratégies pédagogiques pour l'introduction, la mise en œuvre et la viabilité de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires.

Recommandations relatives à la pratique professionnelle : énoncés relatifs aux pratiques exemplaires, axés sur la pratique des prestataires de soins de santé et qui sont préférablement fondés sur les données probantes.

Recommandations relatives au système, à l'établissement et aux politiques : énoncés des conditions requises pour établir des pratiques permettant la mise en œuvre réussie de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Les conditions liées à la réussite incombent généralement à l'établissement, bien qu'elles puissent avoir des implications pour les politiques à un niveau gouvernemental ou social plus large.

Réduction des méfaits : « la réduction des méfaits fait référence aux politiques, aux programmes et aux pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes pour la santé, la société et l'économie de l'utilisation de drogues psychoactives légales et illégales, sans nécessairement réduire leur consommation. La réduction des méfaits est bénéfique pour les personnes qui consomment des drogues, leurs familles et la communauté » (International Harm Reduction Association, 2010, p. 1).

Rétablissement : « le rétablissement comprend un processus de croissance et de transformation, au fur et à mesure où la personne passe au-delà de la détresse aiguë souvent associée à un problème de santé mentale ou une maladie mentale et développe de nouvelles forces et de nouvelles façons d'être » (Commission de la santé mentale du Canada, 2009).

Sécurité culturelle : la sécurité culturelle inclut la sensibilisation culturelle (reconnaissance des différences), la sensibilité culturelle (reconnaissance de l'importance de respecter les différences) et la compétence culturelle (compétences, connaissances et attitudes des praticiens) (RNAO, 2007b).

Sensibilisation culturelle : « la première étape de la sécurité culturelle. Elle peut être développée en observant les activités et la manière dont les personnes y participent, et consiste à accepter de reconnaître et d'accepter les différences au sein d'une population » (National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2013).

Sensibilité culturelle : la sensibilité culturelle fait référence à la sensibilisation, la compréhension et l'attitude envers la culture, et met l'accent sur la conscience de soi et les perspectives du prestataire de soins de santé (RNAO, 2007b).

Sevrage : un symptôme spécifique à la substance qui se produit en raison de la réduction ou de l'utilisation de substances lorsque celle-ci a été forte ou prolongée. Le sevrage peut causer une détresse ou des troubles importants dans le fonctionnement social, professionnel ou autre (APA, 2013).

Stigmatisation : « un processus social, vécu ou anticipé, caractérisé par l'exclusion, le rejet, le blâme ou la dépréciation découlant de l'expérience ou d'une anticipation raisonnable d'un jugement social négatif concernant une personne ou un groupe » (Martin et Johnston, 2007, p. 8).

Substance : aux fins de la présente LDPE, une substance est un produit chimique qui a des propriétés psychoactives (p. ex., drogues ou alcool). La *Loi fédérale réglementant certaines drogues et autres substances* classe les drogues en quatre catégories : hallucinogènes, déprimeurs, stimulants et stéroïdes anabolisants. Ces drogues peuvent être utilisées de façon sécuritaire, sans devenir problématiques. Toutefois, elles peuvent faire l'objet d'abus, entraînant un trouble lié à l'utilisation de substances (Sunshine Coast Drug Guide, 2010).

Substitution : remplacer la drogue préférée d'un client par une drogue dont l'utilisation présente moins de risques (p. ex., méthadone ou Buprénorphine) (RNAO, 2009).

Supervision clinique : « un processus de réflexion qui permet aux personnes supervisées d'explorer et d'examiner le rôle qu'elles jouent dans la complexité des événements au sein de la relation thérapeutique, ainsi que la qualité de pratique » (Kelly, Long, et McKenna, 2001, p. 12). Elle constitue une occasion de croissance personnelle et professionnelle, qui ne comprend ni pénalité ni jugement (RNAO, 2006).

Thérapies de maintien des agonistes : « Un agoniste est une substance qui imite l'action d'un neurotransmetteur ou d'une hormone afin de générer une réaction lorsqu'il se lie à un récepteur spécifique dans le cerveau. Les opioïdes, tels que l'héroïne et la méthadone, sont des agonistes qui produisent des réactions telles que l'appréciation, l'analgésie et la dépression respiratoire » (NICE, 2008, p. 302).

Thérapies par antagonistes : « À l'opposé de l'action d'un agoniste, un antagoniste, tel que le naltrexone, se lie à un récepteur spécifique du cerveau, mais sans l'activer. Par conséquent, si un agoniste, tel que l'héroïne ou la méthadone, est présent et active le récepteur, la prise de naltrexone contrebalance l'activation, entraînant le sevrage » (NICE, 2008, p. 302).

Traitement communautaire dynamique (TCD) : une forme d'intervention qui a généralement recours à des activités de sensibilisation intensives, à une responsabilité continue, 24 heures sur 24, pour le bien-être du client, un engagement actif et continu auprès du client, une forte intensité de services, et la prestation de soins par des équipes pluridisciplinaires. La TCD met l'accent sur la prise de décisions partagée avec le client, comme étant essentielle au processus de mobilisation du client.

Trouble lié à l'utilisation de substances : « un regroupement de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques qui indiquent que la personne continue à utiliser la substance malgré des problèmes importants liés à celle-ci » (APA, 2014, p. 483).

Dans la présente LPDE, le terme « trouble lié à l'utilisation de substances » fait référence aux personnes qui présentent un risque de problèmes associés à l'utilisation de substances, ainsi que celles qui satisfont aux critères d'un trouble lié à l'utilisation de substances du DSM-5.

Troubles concomitants : fait référence aux personnes qui présentent au moins un trouble mental pouvant être diagnostiqué, en même temps qu'au moins un trouble lié à l'utilisation de substances (Santé Canada, 2002).



Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) s'est engagée à veiller à ce que la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires soit fondée sur les meilleures données probantes qui soient disponibles. Afin de respecter cet engagement, un processus de surveillance et de révision a été établi et est effectué tous les cinq ans pour chaque ligne directrice.

Pour cette nouvelle ligne directrice, la RNAO a rassemblé un groupe d'experts qui représentent un vaste éventail de secteurs et de domaines de pratique. Un examen systématique des données probantes, qui a tenu compte de la documentation pertinente publiée entre 2005 et 2014, a été basé sur le but et la portée de la présente ligne directrice et était étayé par les trois questions suivantes :

1. Quelles sont les méthodes d'évaluation des troubles liés à l'utilisation de substances les plus efficaces pour les personnes âgées de 11 ans ou plus?
2. Quelles sont les interventions les plus efficaces pour les personnes âgées de 11 ans ou plus qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances?
3. Quels facteurs liés à l'éducation et aux politiques faciliteraient le mieux les soins prodigués par les infirmières aux personnes qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances?

Le mandat du groupe d'experts de la RNAO consistait à élaborer une ligne directrice sur les pratiques exemplaires fondée sur les données probantes, qui fournira aux infirmières et aux autres prestataires de soins de santé les pratiques exemplaires actuelles leur permettant d'établir un dialogue avec les clients qui utilisent des substances. Les recommandations de la présente ligne directrice visent à combler la lacune perçue entre les pratiques actuelles et les pratiques fondées sur les données probantes.

Cette édition (2015) est le résultat des efforts faits par le groupe d'experts pour intégrer dans les recommandations les meilleures données probantes et les plus à jour et fournir des données à l'appui.

Annexe C : Processus suivi pour les examens systématiques et la stratégie de recherche

Examen des lignes directrices

La coordonnatrice de projet d'élaboration des lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) a recherché des lignes directrices et d'autres contenus pertinents publiés entre 2005 et 2014 à partir d'une liste établie de sites Web. Cette liste a été compilée à partir de la connaissance de sites Web sur les pratiques fondées sur les données probantes, les recommandations tirées de la littérature et les sites Web clés relatifs aux troubles liés à l'utilisation de substances. Des renseignements détaillés sur la stratégie de recherche de lignes directrices existantes, y compris la liste de sites Web interrogés et les critères d'inclusion, sont disponibles en ligne à l'adresse www.RNAO.ca. Certaines lignes directrices ont également été trouvées par les membres du groupe d'experts de la RNAO.

Les membres du groupe d'experts ont évalué d'un œil critique 16 lignes directrices internationales en utilisant la *Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique II (instrument AGREE II)* (Brouwers et al., 2010). Les cinq lignes directrices suivantes ont été utilisées comme source d'information pour les recommandations et les discussions des données probantes :

American Psychiatric Association. (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders* (2nd ed.). Consulté à l'adresse http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf

Santé Canada. (2002). *Best practices: Concurrent mental health and substance use disorders*. Consulté à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/bp_concurrent_mental_health-eng.pdf

Santé Canada. (2008). *Best practices, early intervention, outreach and community linkages for youth with substance use problems*. Consulté à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/sc-hc/H128-1-08-531-eng.pdf

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). *Drug misuse, psychosocial interventions*. Consulté à l'adresse <http://www.nice.org.uk/guidance/CG51>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. Consulté à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64197/pdf/TOC.pdf>

Examen systématique

Une stratégie de recherche systématique a été élaborée par l'équipe de recherche de la RNAO et une bibliothécaire en sciences de la santé, à partir des critères d'inclusion et d'exclusion créés avec le groupe d'experts de la RNAO. Une recherche pour des articles pertinents en anglais publiés entre 2005 et 2014 a été effectuée sur les bases de données suivantes : Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), Embase, MEDLINE, PsycINFO et Applied Social Sciences Index and Abstracts (ASSIA). En plus de cette recherche systématique, il a été demandé aux membres du groupe d'experts de consulter leurs bibliothèques personnelles pour trouver des articles clés que les stratégies de recherche ci-dessus n'ont pas permis de repérer.

Des renseignements détaillés concernant la stratégie de recherche pour l'examen systématique, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion et les mots-clés utilisés pour la recherche, sont disponibles en ligne à l'adresse <http://rnao.ca/substanceuse>.

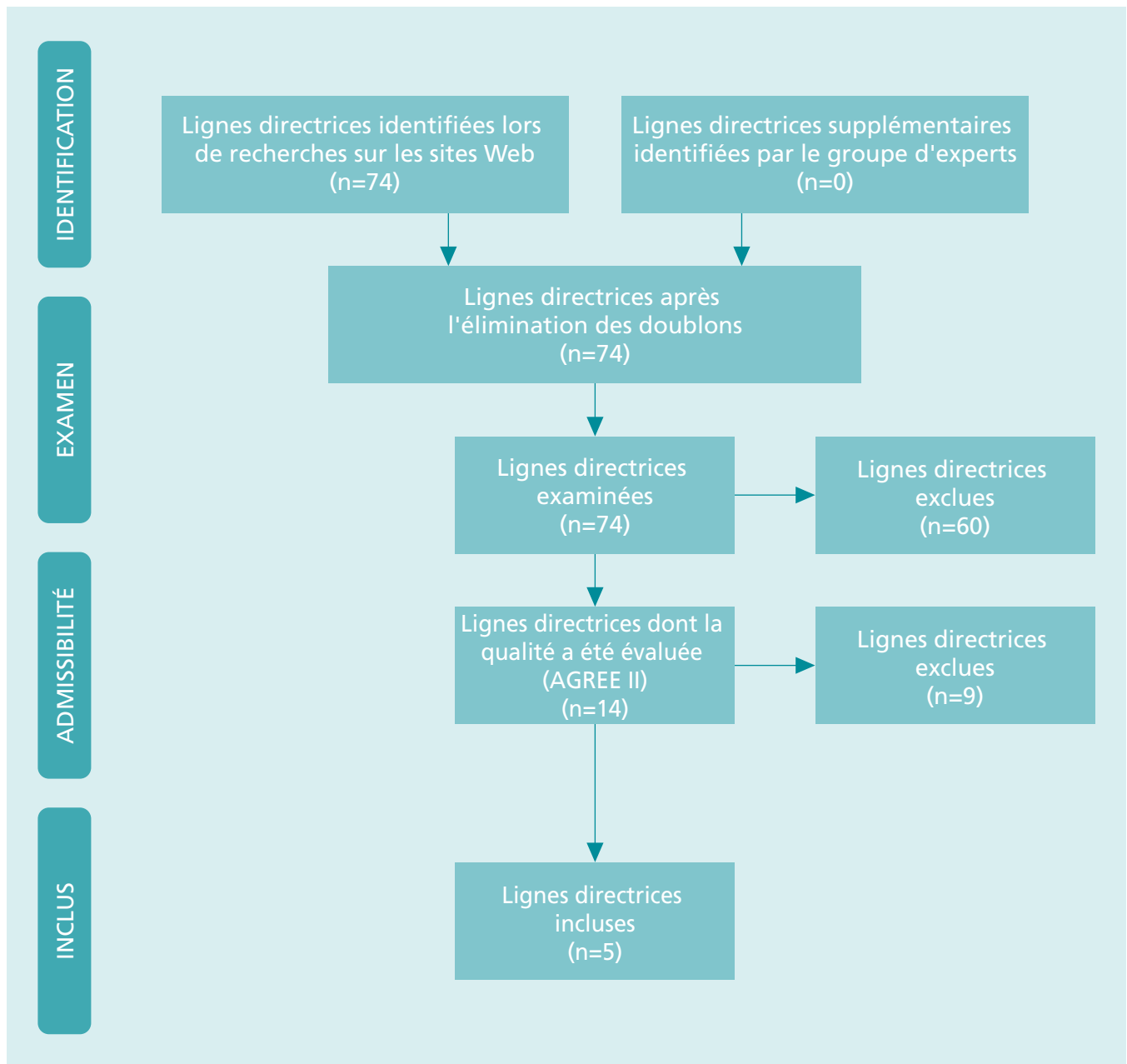
Une fois les articles récupérés, ils ont été divisés à parts égales entre deux équipes d'adjointes à la recherche, chacune comptant deux adjointes à la recherche (trois d'entre elles sont des infirmières détentrices de maîtrises et une est une épidémiologiste détentrice d'une maîtrise). Chaque membre de l'équipe a évalué de façon indépendante l'admissibilité des études, en se fondant sur les critères d'inclusion et d'exclusion établis. La directrice du programme de lignes directrices sur les pratiques exemplaires de la RNAO, qui offrait son soutien au groupe d'experts de la RNAO, a résolu les différends entre les adjointes à la recherche de chaque équipe.

Des scores d'évaluation de la qualité pour 24 articles (un échantillon aléatoire de 10 % des articles admissibles à l'extraction des données et à l'évaluation de la qualité) ont été évalués séparément par chaque adjointe à la recherche. Un degré d'accord acceptable entre les évaluatrices (statistique kappa, $K=0,71$) a justifié la poursuite de l'évaluation de la qualité et l'extraction des données, en divisant les études restantes également entre les adjointes à la recherche (Fleiss, Levin et Paik, 2003). Un résumé final des observations faites par les ouvrages a été effectué. Les tableaux de données complètes et le sommaire ont été fournis à tous les membres du groupe d'experts de la RNAO des fins d'examen et de discussion.

Une bibliographie complète de tous les articles complets sélectionnés est disponible à l'adresse suivante : <http://rnao.ca/substanceuse>.

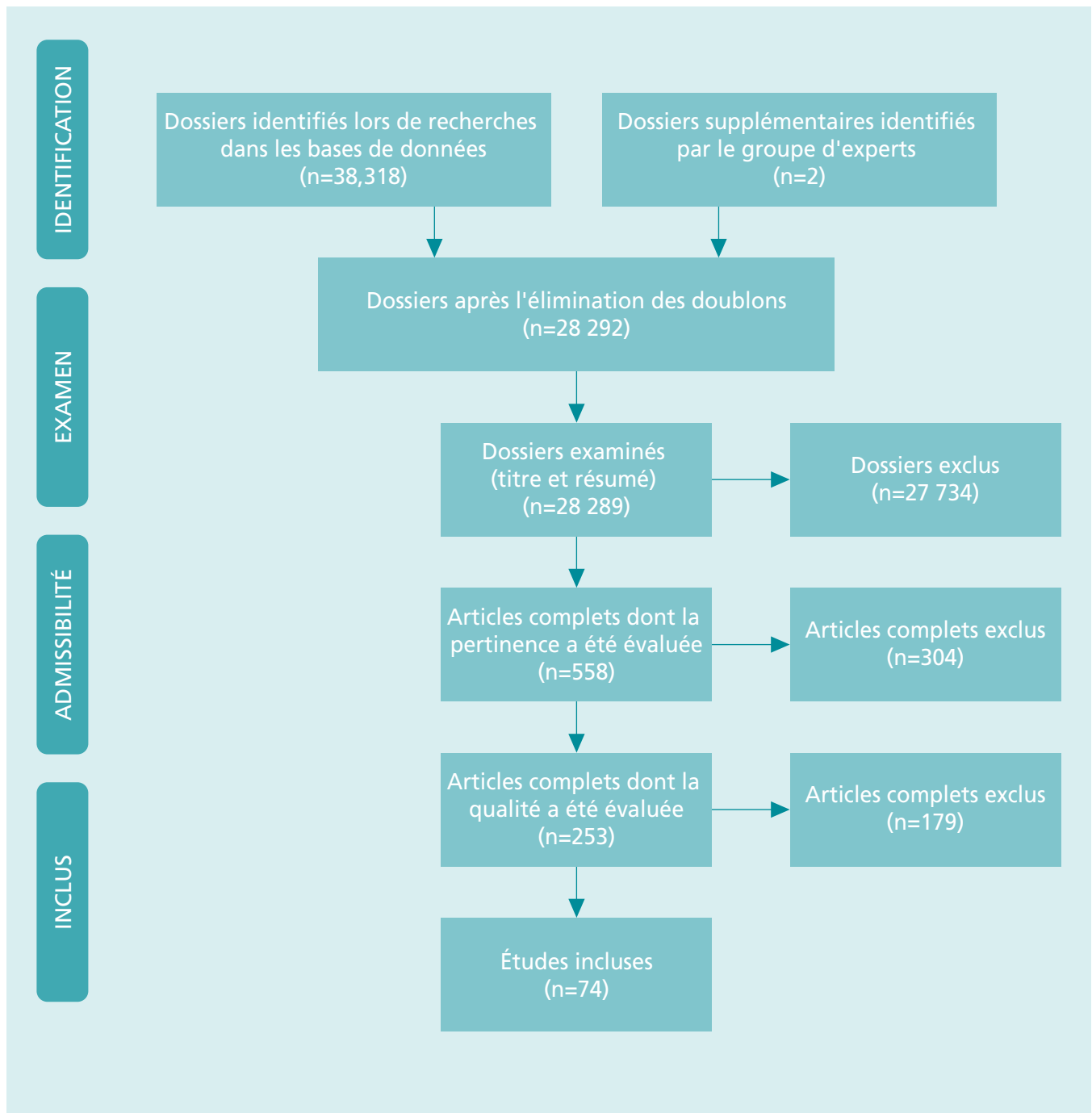


Ordinogramme du processus d'examen des lignes directrices



Ordinogramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman, et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535

Ordinogramme du processus d'examen des articles



Ordinogramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman, et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, doi: 10.1136/bmj.b2535

Annexe D : Critères de classification des troubles liés à l'utilisation de substances

La présente annexe résume les critères de diagnostic des troubles liés à l'utilisation de substances que l'on trouve dans le *DSM-5*. Les critères sont groupés sous les en-têtes suivants : manque de contrôle, détérioration du fonctionnement social, utilisation risquée et critères pharmacologiques. Dans le *DSM-5*, les troubles liés à l'utilisation de substances sont mesurés sur un continuum, de léger à moyen et à grave, selon le nombre de critères présents. Le tableau ci-dessous résume chaque critère qui contribue au développement d'un trouble lié à l'utilisation de substances.

MANQUE DE CONTRÔLE

- Augmentation de l'utilisation de substances ou utilisation sur une période plus longue que prévu initialement
- Volonté affirmée de contrôler ou de réduire l'utilisation de substances, sans succès. Beaucoup de temps passé à obtenir la substance, à l'utiliser ou à se remettre de ses effets
- État de besoin : envie incontrôlable de consommer la drogue à n'importe quelle heure de la journée, particulièrement dans des environnements où elle était obtenue ou utilisée précédemment

DÉTÉRIORATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL

- Manquement à s'acquitter des obligations majeures de son rôle en raison de l'utilisation de substances (p. ex., absences répétées ou mauvais rendement professionnel en raison de l'utilisation de substances; absences, suspensions ou expulsions de l'école en raison de substances; négligence des enfants ou du foyer)
- Des problèmes (de nature sociale et interpersonnelle) se produisent (persistants ou périodiques) et sont causés ou aggravés par les effets de l'utilisation de substances
- Les activités que la personne considérait autrefois comme étant importantes (p. ex., sociales, professionnelles ou récréatives) sont réduites ou abandonnées en raison de l'utilisation de substances

UTILISATION RISQUÉE

- Utilisation périodique de substances dans des situations où cela constitue un danger physique (p. ex., conduire une voiture ou utiliser une machine sous l'influence de substances)
- Utilisation répétée de substances, bien que des problèmes physiques ou psychologiques (causés ou exacerbés par l'utilisation de substances) persistent

EFFETS PHARMACOLOGIQUES

- Consommation d'une quantité accrue de la substance pour atteindre les effets désirés, ou réduction de l'effet de l'utilisation d'une même quantité de la substance (tolérance)
- Sevrage caractérisé par une concentration réduite des substances consommées dans le sang et les tissus; la personne augmente la quantité de la substance utilisée pour soulager les symptômes

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les critères de diagnostic des troubles liés à l'utilisation de substances, veuillez consulter :

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 5th edition, American Psychiatric Association, 2013, p. 483-484.

Annexe E : Exemples de déterminants sociaux de la santé

La présente annexe énumère les 14 déterminants sociaux de la santé identifiés dans le contexte canadien afin d'aider à expliquer pourquoi certains Canadiens sont en meilleure santé que d'autres (Mikkonen et Raphael, 2010). Voici ces déterminants, présentés en ordre alphabétique :

- Statut d'autochtone
- Handicap
- Développement de la petite enfance
- Éducation
- Conditions d'emploi et de travail
- Insécurité alimentaire
- Services de santé
- Sexe
- Logement
- Revenu et répartition des revenus
- Statut racialisé
- Exclusion sociale
- Filet de sécurité sociale
- Chômage et sécurité d'emploi

1. Mikkonen et Raphael (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*. Consulté à l'adresse http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf



Annexe F : Exemples de stratégies fondées sur la prévention

La présente annexe décrit des exemples de stratégies fondées sur la prévention, basées sur le modèle de promotion de la santé de la population proposé par Hamilton et Bhatti (1996), auquel les infirmières et les autres prestataires de soins de santé peuvent recourir pour prévenir les problèmes associés à l'utilisation de substances au sein des communautés et en réduire le risque et la gravité. Les stratégies d'action figurant dans la colonne de gauche sont tirées de Hamilton et Bhatti (1996), tandis que les exemples d'interventions dans la colonne de droite sont adaptés du *Document d'orientation sur la prévention du mésusage de substances* du ministère de la Promotion de la santé (2010).

STRATÉGIE	EXEMPLES D'INTERVENTIONS
Acquisition de compétences personnelles	<ul style="list-style-type: none"> ■ Travailler avec les partenaires communautaires (p. ex., écoles, services policiers, organismes communautaires) pour fournir un enseignement en matière de santé aux personnes à risque et pour répondre aux préoccupations (p. ex., techniques de réduction des risques, techniques de prévention) ■ Élaborer des programmes éducatifs qui motiveront les jeunes et les parents à acquérir des compétences en développement de la résilience
Création d'environnements d'un grand soutien	<ul style="list-style-type: none"> ■ Établir des programmes communautaires qui recourent à une approche de réduction des méfaits (p. ex., échange de seringues, approches non fondées sur l'abstinence, fourgonnettes de sensibilisation mobiles et cliniques) ■ Travailler avec les établissements qui servent de l'alcool afin que des alcootests soient mis à la disposition des clients et que des modes de transport sécuritaire soient accessibles ■ Établir des programmes Sécuribars qui effectuent une évaluation des risques liés au bar et qui fournissent une formation au personnel concernant les niveaux sécuritaires de consommation d'alcool, la responsabilité et les questions juridiques, ainsi que les techniques de prévention de la violence
Renforcement de l'action communautaire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Procéder à une évaluation de la situation avec les partenaires communautaires pour comprendre le contexte communautaire local ■ Travailler sur des programmes de promotion de la santé qui incluent un accès aux ressources communautaires liées aux troubles liés à l'utilisation de substances ■ Fournir des occasions pour profiter d'activités de récréation et de loisirs accessibles et équitables ■ Fournir des occasions de mobilisation civique pour les jeunes qui présentent un risque de troubles liés à l'utilisation de substances ■ Créer des campagnes de marketing dans les médias sociaux concernant les techniques de réduction des méfaits et de prévention de l'utilisation de substances
Élaboration de politiques publiques saines	<ul style="list-style-type: none"> ■ Travailler en partenariat avec les communautés locales et les régies des alcools pour assurer un accès sécuritaire et socialement responsable à l'alcool (p. ex., coût et disponibilité) ■ Préconiser des lois de tolérance zéro concernant les taux d'alcoolémie ■ Préconiser des politiques qui favorisent les principes de réduction des méfaits (p. ex., programmes d'échange de seringues, sites d'injection supervisés, etc.)

1. Hamilton, N et T. Bhatti. 1996. *Population health promotion: An integrated model of population health and health promotion*. Consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/php-ppsp/php3-eng.php#Developing>

2. Ministère de la Promotion de la santé. (2010). *Prevention of substance misuse guidance document*. Consulté à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/guidance/PreventionOfSubstanceMisuse.pdf

Annexe G : Questions d'orientation relatives au modèle transthéorique du changement

La présente annexe fournit des exemples de questions d'orientation pour chacun des stades du changement contenus dans le modèle transthéorique du changement, élaboré par Prochaska et DiClemente (1984). Les questions d'orientation ci-dessous sont compilées de Herie et Skinner (2010) et de Rassool (2010). D'autres ajouts ont également été apportés par le groupe d'experts. Les cliniciens peuvent y avoir recours lorsqu'ils travaillent avec des clients qui consomment des substances afin de développer des objectifs fondés sur l'action et un plan de soins afin d'aborder les besoins uniques des clients lors du processus de changement.

UTILISATION DES STADES DU CHANGEMENT DANS LA PRATIQUE DES SOINS INFIRMIERS

Évaluer et écouter pour déterminer la volonté de changer – Poser les questions suivantes :

- 1) Parlez-moi de votre utilisation de substances.
- 2) Dans quelle mesure est-ce important pour vous d'apporter des changements?
- 3) Dans quelle mesure êtes-vous certain que vous pourriez modifier votre utilisation de substances?

Stade : *Précontemplation*

Évaluer et écouter pour déterminer si la personne a atteint le stade de la précontemplation – Poser les questions suivantes :

- 1) Parlez-moi de votre utilisation de substances.
- 2) Racontez-moi une journée typique. Où s'insère votre consommation de drogues?
- 3) Quelles sont les raisons pour lesquelles vous prenez la substance X?

Stade : *Contemplation*

Évaluer et écouter pour déterminer si la personne a atteint le stade de la contemplation – Poser les questions suivantes :

- 1) Quelles sont vos préoccupations relatives à votre utilisation de la substance X?
- 2) Quels sont les pour et les contre de l'utilisation de substances, de votre point de vue?
- 3) Créez un bilan décisionnel : « Qu'aimez-vous/Que détestez-vous à propos de la substance X? »
- 4) Comment votre utilisation de substances s'insère-t-elle dans la manière dont vous vous voyez dans deux, trois ou cinq ans?
- 5) Si rien ne changeait, qu'est-ce qui pourrait se passer?

Stade : *Préparation*

Soutenir la personne en préparation – Tenir compte des facteurs suivants :

- 1) Examinez le bilan décisionnel : discutez des médicaments, des options en matière de consultation
- 2) Explorez les stratégies de réduction des méfaits et d'adaptation
- 3) Examinez la volonté de changer

Stade : *Action*

Soutenir la personne en action – Tenir compte des facteurs suivants :

- 1) N'oubliez pas que le changement est un processus et non un événement
- 2) Prévoyez les rechutes et les fautes

Stade : *Maintien*

Soutenir la personne en maintien – Tenir compte des facteurs suivants :

- 1) Examinez les réalisations et fournissez un renforcement positif
- 2) Examinez le contrôle des stimulus, la prise en charge du renforcement et le contre-conditionnement
- 3) Parlez des stratégies continues de réduction des méfaits et des barrières

Stade : *Prévention des rechutes*

Prévention des rechutes – Plan :

- 1) Planification de la sécurité : identifiez les déclencheurs, les stratégies d'adaptation, les systèmes de soutien, les manières de faire face à différents niveaux de détresse
- 2) Analyse de la chaîne après une rechute
- 3) Enseignez des aptitudes d'adaptation et des aptitudes sociales

Compilé par le groupe d'experts de la RNAO, 2015.

Références : Herie et Skinner (2010), et Rassool (2010).

Annexe H : Outils de dépistage couramment utilisés

Les outils inclus dans le tableau ci-dessous sont couramment utilisés dans différents cadres cliniques afin de procéder au dépistage de l'utilisation des substances spécifiques indiquées chez certaines populations de clients. Les outils aident les prestataires de soins de santé à obtenir des renseignements cliniques spécifiques concernant l'utilisation de substances par le client, afin d'éclairer l'évaluation et l'élaboration du plan de soins, conjointement avec le client. Il est important de noter que les outils indiqués ci-dessous ne sont pas des outils de diagnostic.

L'utilisation de certains outils est particulièrement recommandée pour certaines populations. Lorsque cette information est disponible, elle est indiquée dans la colonne « Population ».

Veillez noter que si un prestataire de soins de santé ne connaît pas un outil en particulier, le groupe d'experts lui recommande de rechercher le soutien approprié auprès de son organisation, de consulter un expert ou de suivre la recommandation 1.1 et d'administrer l'outil de dépistage universel.

Le groupe d'experts de la RNAO a sélectionné les outils suivants à partir de la littérature fondée sur les données probantes, et cette liste n'est pas exhaustive.



OUTIL DE DÉPISTAGE	INDICATION DE L'UTILISATION	POPULATION	ÉTABLISSEMENT CLINIQUE	URL/RÉFÉRENCE
The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	Alcool	<ul style="list-style-type: none"> ■ Population adulte générale ■ Femmes enceintes ■ Jeunes/adolescents ■ Personnes atteintes de troubles graves de santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Soins primaires ■ Services d'urgences 	http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf
The Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption Questions	Alcool	<ul style="list-style-type: none"> ■ Population adulte générale ■ Femmes enceintes 	Soins primaires	http://www.hiv.va.gov/provider/manual-primary-care/alcohol-misuse-tool1.asp
TWEAK (Tolerance, Worried, Eye Opener, Amnesia, C(k)ut Down)	Alcool	<ul style="list-style-type: none"> ■ Population adulte générale ■ Femmes enceintes 	Soins primaires	http://www.unodc.org/ddt-training/treatment/VOLUME%20A/Volume%20A%20-%20Module%201/5.Screening%20and%20Assessment%20Tools,%20Assist%20TWEAK.pdf
T-ACE (Tolerance, Annoyance, Cut Down, Eye Opener)	Alcool	<ul style="list-style-type: none"> ■ Population adulte générale ■ Femmes enceintes 	<i>Non indiqué</i>	http://www.michigan.gov/documents/mdch/T-ACEScreeningTool_412228_7.pdf
Fast Alcohol Screening Test (FAST)	Alcool	<ul style="list-style-type: none"> ■ Population adulte générale 	Service d'urgence	http://www.effectivepi.co.uk/files/FAST%20&%20other%20AUDIT%20questions_EPI%20version%20Mar%2009.pdf
Short Michigan Alcohol Screening Test (SMAST)	Alcool	<ul style="list-style-type: none"> ■ Population adulte générale 	<i>Non indiqué</i>	http://smchealth.org/sites/default/files/docs/1309587945SHORTMICHIGANALCOHOLSCREENINGTEST.pdf

OUTIL DE DÉPISTAGE	INDICATION DE L'UTILISATION	POPULATION	ÉTABLISSEMENT CLINIQUE	URL/RÉFÉRENCE
CAGE (Cut, Annoyed, Guilty, Eye Opener)	Alcool	<ul style="list-style-type: none"> ■ Population adulte générale ■ Population atteinte de troubles concomitants 	Populations de patients hospitalisés	http://www.hopkinsmedicine.org/johns_hopkins_healthcare/downloads/CAGE%20Substance%20Screening%20Tool.pdf
Paddington Alcohol Test (PAT)	Consommation d'alcool nocive et dangereuse	Population adulte qui présente un risque de consommation dangereuse d'alcool	Service d'urgence	http://www.cmaj.ca/content/suppl/2002/04/04/164.3.323.DC1/0323a.pdf
Standardized Mini-Mental State Examination	Problèmes liés à l'alcool et fonctionnellement cognitif	Aînés	<i>Non indiqué</i>	http://www.health.gov.bc.ca/pharmacare/adti/clinician/pdf/ADTI%20MMSE-GDS%20Reference%20Card.pdf
Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (MAST-G)	Alcool	Aînés	<i>Non indiqué</i>	http://www.sbirtraining.com/sites/sbirtraining.com/files/MAST-G.pdf
Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (SMAST-G)	Problèmes liés à l'alcool et fonctionnellement cognitif	Aînés	<i>Non indiqué</i>	http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_17.pdf Blow, F.C., Brower, K.J., Schulenberg, J.E., Demo-Dananberg, L.M., Young, J.P., et Beresford, T.P. (1992). The Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G): A new elderly-specific screening instrument. <i>Alcoholism: Clinical and Experimental Research</i> , 16, 372.
CRAFT (Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble)	Utilisation de substances, y compris l'alcool	Jeunes et adolescents	<i>Non indiqué</i>	http://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/sbir/adolescent_screening_brief_intervention_and_referral_to_treatment_for_alcohol.pdf

OUTIL DE DÉPISTAGE	INDICATION DE L'UTILISATION	POPULATION	ÉTABLISSEMENT CLINIQUE	URL/RÉFÉRENCE
CAGE-AID (CAGE Adapted to Include Drugs)	Dépendance de l'utilisation de substances et alcool	<ul style="list-style-type: none"> ■ Population adulte générale ■ Population atteinte de troubles concomitants 	Populations de patients hospitalisés	http://www.ncdhs.gov/mhddsas/providers/DWI/dualdiagnosis/CAGE-AID.pdf
Drug Abuse Screening Test (DAST)	Utilisation de substances	<ul style="list-style-type: none"> ■ Population adulte générale ■ Population psychiatrique ■ Adolescents 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Établissements psychiatriques ■ Établissements hospitaliers généraux 	http://www.np.edu.sg/ss/studentcare/resources/Documents/Drug%20Abuse%20Screening%20Test%20(DAST).pdf
ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)	Utilisation de substances, y compris l'alcool et le tabac	<ul style="list-style-type: none"> ■ Population adulte générale 	Soins primaires	http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599382_eng.pdf
Severity of Dependence Scale (SDS)	Dépendance de l'utilisation de substances (cannabis, cocaïne, amphétamines, benzodiazépines et alcool)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Populations adultes générales ■ Populations d'utilisateurs spécifiques, identifiées comme : personnes qui utilisent du cannabis, consommateurs réguliers de cocaïne, ou clients atteints de schizophrénie ■ Jeunes/adolescents 	<i>Non indiqué</i>	http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AssessingAlcohol/InstrumentPDFs/67_SDS.pdf http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/severitydependence/en/ https://ncpic.org.au/media/1580/severity-of-dependence-scale.pdf

OUTIL DE DÉPISTAGE	INDICATION DE L'UTILISATION	POPULATION	ÉTABLISSEMENT CLINIQUE	URL/RÉFÉRENCE
Addiction Severity Index (ASI)	Utilisation de substances	Adultes qui présentent des troubles concomitants	Non indiqué	Santé Canada. (2002). <i>Meilleures pratiques - Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie</i> , http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/bp_concurrent_mental_health_fra.pdf http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AssessingAlcohol/InstrumentPDFs/04_ASI.pdf
GAIN-SS	Utilisation de substances, troubles d'intériorisation, troubles d'extériorisation, crimes/violence	<ul style="list-style-type: none"> ■ Population adulte générale ■ Personnes âgées de 10 à 17 ans 	Tous les établissements, particulièrement ceux de soins primaires	http://www.gaincc.org/GAINSS

Annexe I : Considérations relatives aux populations vulnérables

Le tableau ci-dessous contient de l'information que les infirmières et d'autres prestataires de soins de santé devraient garder à l'esprit lorsqu'ils travaillent avec des personnes provenant de certaines populations. Les membres de ce groupe peuvent présenter un risque accru de troubles liés à l'utilisation de substances, et les évaluations et les interventions qui tiennent compte de leurs besoins et de leurs circonstances pourraient donner lieu à de meilleurs résultats. Bien que cette liste ne soit pas exhaustive, elle repose sur le consensus de la littérature et du groupe d'experts.

POPULATION	CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES
<p>Troubles concomitants ^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12}</p>	<p>Le terme <i>troubles concomitants</i> fait référence aux personnes qui présentent au moins un trouble mental pouvant être diagnostiqué, en même temps qu'au moins un trouble lié à l'utilisation de substances (Santé Canada, 2002). Au Canada, plus de la moitié des personnes qui demandent de l'aide pour un trouble lié à l'utilisation de substances souffrent également d'une maladie mentale (CCLT, 2009). Les personnes qui présentent des troubles concomitants sont particulièrement difficiles à motiver et à conserver pendant la durée des soins (Hunt, Siegfried, Morley, Sitharthan, et Cleary, 2013). Les personnes qui présentent un faible niveau d'utilisation de substances et une maladie mentale grave composée peuvent subir plusieurs effets néfastes, y compris : l'aggravation des symptômes psychiatriques, une réduction de la conformité aux interventions, un risque accru de comportements suicidaires et d'automutilation, une diminution de la santé physique, une diminution des soutiens sociaux, une diminution des ressources financières, une utilisation accrue des services de soins actifs, y compris les visites à la salle d'urgence et les admissions au service psychiatrique, et une implication accrue avec le système de justice criminelle (Donald, Dower, et Kavanagh, 2005; Hunt et al., 2013).</p> <p>Le recours à des plans de soins à plusieurs volets, qui incluent des approches psychosociales et pharmacologiques, contribue à réduire les effets négatifs pour la santé mentale et favorise les résultats positifs en matière de soins chez les personnes atteintes de troubles concomitants (Kelly et al., 2012). De plus, des approches d'interventions pharmacologiques et psychosociales permettent d'améliorer considérablement la santé mentale, réduisent l'utilisation de substances, améliorent l'accès aux services, permettent l'individualisation des soins, augmentent le maintien des soins et la conformité avec les interventions, et favorisent l'ajustement social positif (Donald et al., 2005; Drake, O'Neal, et Wallach, 2008). (Pour de plus amples renseignements concernant les interventions pharmacologiques et psychosociales combinées, voir la discussion des données probantes dans la recommandation 3.2.) Les interventions psychosociales les plus efficaces chez cette population incluent les entrevues motivationnelles et les interventions rapides (Hunt et al., 2013; Kelly et al., 2012; Kaner, Brown, et Jackson, 2011), la thérapie cognitivo-comportementale (Hides, Samet, et Lubman, 2010; Gregory, 2011), la facilitation en douze étapes (Miller, Bogenschutz, et Villarreal, 2006; SAMHSA, 2005), la gestion de cas, y compris le traitement communautaire dynamique^G (Fries & Rosen, 2011; Kelly et al., 2012), et l'organisation des contingences (Kelly et al., 2012). Des renseignements supplémentaires sur les interventions psychosociales sont disponibles dans l'annexe K.</p>

POPULATION	CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES
Premières Nations, Inuits et Métis ^{13, 14, 15}	<p>Les populations des Premières Nations, inuites et métisses ont été, et continuent d'être, affectées par une gamme de facteurs sociaux, historiques et culturels, y compris, notamment : la colonisation et son legs, l'oppression, la perte de leur culture (y compris leur langue), les traumatismes intergénérationnels découlant des pensionnats et des sévices physiques, émotionnels et spirituels qui leur sont associés, la rupture des familles, et le manque d'accès à une éducation, des logements, des services sociaux et des services de santé adéquats. Ces facteurs ont eu un effet négatif sur la santé et le bien-être des populations des Premières Nations, inuites et métisses, et les ont exposées à un risque accru de présenter des troubles liés à l'utilisation de substances (Assemblée des Premières Nations [APN], 2011; Santé Canada, 2011). Les problèmes relatifs à l'utilisation de substances et la santé mentale sont prioritaires pour les communautés et les chefs des Premières Nations, dans les réserves et hors de celles-ci. Ce fait est formulé clairement dans l'étude nationale longitudinale sur la santé du First Nations Information Governance Centre (2012), dans laquelle 82,6 % des communautés interrogées ont indiqué que le mésusage de l'alcool et des drogues dans les réserves constituait leur principale préoccupation relativement au mieux-être de la communauté. De plus, les communautés des Premières Nations présentent des pourcentages de consommation de drogues et de dépendance envers les produits chimiques supérieurs à la moyenne lorsqu'on les compare à la population canadienne dans son ensemble (APN, 2011).</p> <p>En travaillant avec des personnes des communautés des Premières Nations, inuites ou métisses, il est essentiel d'aborder la santé et le mieux-être de façons holistiques et axées sur les points forts, et d'intégrer les pratiques culturelles dans les soins. Le mieux-être est un but essentiel qui doit encourager un équilibre entre les aspects mentaux, physiques, émotionnels et spirituels, en considérant la culture comme élément central. Les interventions culturellement spécifiques qui répondent aux besoins et aux interrelations de la tête, du corps, de l'esprit et des émotions doivent être prises en considération. Cela crée une base nécessaire qui permet aux infirmières et aux autres prestataires de soins de santé de soutenir les besoins diversifiés des populations des Premières Nations, inuites et métisses, de manières compétentes et sécuritaires sur le plan de la culture. Veuillez vous rendre à l'adresse http://rnao.ca/substanceuse pour obtenir un résumé, créé par la National Native Addictions Partnership Foundation, des problèmes liés à l'utilisation de substances dans les communautés des Premières Nations.</p>
Populations sans abri, mal logées et de passage ^{16, 17}	<p>Les infirmières devraient considérer chaque rencontre avec un client sans abri comme une occasion d'évaluer son utilisation de substances. En raison de la stigmatisation et d'autres obstacles, de nombreux patients sans abri ne subissent pas de dépistage pour un trouble lié à l'utilisation de substances lorsqu'ils consultent un prestataire de soins de santé.</p> <p>La gestion de cas, l'établissement de communautés thérapeutiques, et les programmes d'autres logements se sont avérés efficaces pour établir un dialogue avec les populations sans abri, les conserver et réduire l'utilisation de substances chez elles (Kertesz, Crouch, Milby, Cuisimano, et Schumacher, 2009; Vanderplasschen, Wolf, Rapp, et Broekaert, 2007). Les approches qui ont recours à d'autres logements, souvent appelées approches « le logement d'abord », devraient être prises en considération, car elles produisent de meilleurs résultats en matière de dépendances et de santé mentale que les programmes qui n'utilisent pas l'approche « le logement d'abord » (Kertesz et al., 2009).</p>

POPULATION	CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES
Immigrants et nouveaux arrivants au Canada ^{18, 19, 20}	<p>En raison des changements relatifs aux tendances de la population mondiale, un nombre croissant de personnes provenant de groupes ethniques variés immigreront en Amérique du Nord (SAMHSA, 2005). Les barrières culturelles qui nuisent aux soins des immigrants et des nouveaux arrivants qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances peuvent comprendre : la stigmatisation relative à la divulgation d'une utilisation problématique de substances, le manque d'ouverture envers les fournisseurs de services externes en raison de problèmes de confiance, le coût et l'accès limité aux soins, et les barrières linguistiques (Lim, 2008).</p> <p>Lors de la création d'un plan de soins pour un trouble lié à l'utilisation de substances pour leurs clients immigrants ou nouveaux arrivants, les infirmières devraient discuter avec le client de ses convictions culturelles et de ses besoins de manière respectueuse, afin qu'il soit inclus dans le plan de soins (SAMHSA, 2005). Chaque culture a un style de communication spécifique, des attentes relatives aux rôles au sein de la famille, des normes sociales et, surtout, des convictions en matière de santé, dont il faut tenir compte lors de la planification des soins en collaboration avec le client (RNAO, 2007b). Le groupe d'experts suggère que lorsqu'elles travaillent avec des clients provenant de populations différentes, les infirmières devraient évaluer les éléments suivants : le rôle du client au sein de la famille, selon sa culture; les convictions religieuses ou spirituelles du client et l'influence de la religion; la langue d'origine du client (langue maternelle ou langue seconde, et nécessité d'un interprète); le style de communication du client, qui peut dépendre de sa culture; les convictions du client relatives à la foi et à la guérison (p. ex., convictions culturelles traditionnelles, médecine folklorique, prières, guérisseurs, thérapies non conventionnelles, etc.). Les cliniciens peuvent aider à éliminer les barrières auxquelles font face les nouveaux arrivants en fournissant des services mobiles à ces populations, dans la langue préférée par le client, et augmentant la sensibilité des fournisseurs de services aux valeurs et à la culture de groupes ethniques spécifiques (Santé Canada, 2008). En fin de compte, il est essentiel d'incorporer les besoins culturels des clients dans le plan de soins pour améliorer l'acceptation des soins, l'observance des interventions et les résultats des soins (SAMHSA, 2005).</p>
Femmes incarcérées ^{21, 22, 23}	<p>Les personnes incarcérées présentent un risque plus élevé de développer un trouble lié à l'utilisation de substances (Ministère de la Promotion de la santé, 2010). En travaillant avec les femmes incarcérées qui ont des antécédents d'utilisation de substances, les infirmières devraient fournir des soins individualisés, dans un environnement séparé de la population carcérale générale (Finfgeld-Connett et Johnson, 2011). Deux examens systématiques ont démontré que le développement de relations fondées sur la confiance entre les prestataires de soins de santé et les femmes incarcérées permettaient d'augmenter la motivation relative au traitement et est associée à la capacité des femmes à réaliser leurs objectifs (Adams, Leukefeld, et Peden, 2008; Finfgeld-Connett et Johnson, 2011). Les approches de prise en charge qui comprennent des liens entre la prison et le traitement en milieu communautaire, ainsi que des approches intégrées qui incorporent l'habilitation, le mentorat communautaire par des modèles de rôles qui ont réussi, et l'utilisation de techniques d'entrevues motivationnelles sont efficaces pour aider au rétablissement des femmes incarcérées qui ont un trouble lié à l'utilisation de substances (Adams et al., 2008). Les deux examens systématiques ont conclu que les femmes qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances et qui participent à des programmes d'intervention pendant leur emprisonnement en sortent avec une meilleure estime de soi, de meilleures capacités de résolution de problèmes et d'adaptation, et une capacité accrue à établir des relations d'un grand soutien avec les membres de sa famille hors de la prison (Adams et al., 2008; Finfgeld-Connett et Johnson, 2011).</p>

POPULATION	CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES
<p>Gais, lesbiennes, bisexuels, transgenre, bi-spirituels, intersexués, allosexuels, en questionnement ou asexuels (GLBTBIAQA) 18, 19, 24</p>	<p>Santé Canada (2008), l'APA (2006) et SAMHSA (2005) indiquent que les personnes qui font partie de la population GLBTBIAQA présentent un risque accru de trouble lié à l'utilisation de substances en raison de facteurs relatifs à une marginalisation et une discrimination répandues, allant du manque de sensibilité à la violence (Santé Canada, 2008). En raison de la discrimination et de la marginalisation que vivent les membres de la population GLBTBIAQA, il peut être difficile pour eux de partager leurs préoccupations et leurs besoins spécifiques avec les membres de leur famille, leurs amis et leurs autres soutiens, particulièrement pour les jeunes qui font face à leur identité sexuelle émergente et aux défis associés. Le recours aux groupes d'entraide, l'aide d'organismes de soutien, la prestation d'information exacte sur la santé et la promotion de liens positifs dans la communauté sont des facteurs importants lorsque l'on travaille avec les membres de la population GLBTBIAQA. Santé Canada, l'APA et SAMHSA notent que les études effectuées sur l'utilisation de substances dans la population GLBTBIAQA sont limitées, et qu'il faudrait en faire plus pour identifier les besoins uniques de cette population et y répondre.</p>
<p>Aînés^{25, 26, 27}</p>	<p>L'alcool, les médicaments sur ordonnance et les médicaments en vente libre sont les substances que les aînés utilisent abusivement le plus souvent (Royal College of Psychiatrists, 2011; SAMHSA/CSAT, 1998). Les infirmières devraient utiliser des outils de dépistage appropriés lorsqu'elles évaluent les troubles liés à l'utilisation de substances chez cette population. En ce qui concerne le dépistage, le SMAST-G et le MME contribuent à identifier les problèmes liés respectivement à la consommation d'alcool et à la fonction cognitive; ils ont été développés et validés avec des populations d'aînés (Royal College of Psychiatrists, 2011; SAMHSA/CSAT, 1998). Bien que les autres outils de dépistage mentionnés dans l'annexe H puissent s'avérer utiles, certains ajustements doivent être apportés pour les appliquer aux aînés, qui ne présentent pas nécessairement de symptômes de sevrage de la même manière que les populations plus jeunes (Seeking Solutions, 2004).</p> <p>Lorsqu'ils commencent à traiter les aînés, les prestataires de soins de santé doivent reconnaître que la détoxification peut nécessiter une période plus longue en raison des comorbidités physiques et psychiatriques possibles, et des changements physiologiques liés à l'âge (p. ex., rapport d'eau, métabolisme, etc.) (Royal College of Psychiatrists, 2011; SAMHSA/CSAT, 1998; Seeking Solutions, 2004). Les interventions pharmacologiques chez les aînés nécessitent également une surveillance plus étroite, en raison des changements physiologiques et psychologiques. Par exemple, l'état nutritionnel des aînés qui consomment de l'alcool devrait être surveillé de près, car ils présentent un risque accru de carences nutritionnelles (p. ex., thiamine) (Royal College of Psychiatrists, 2011). Pour terminer, une gestion efficace du cas est essentielle lors du travail avec les aînés, car leurs réseaux sociaux peuvent être limités en raison de leur utilisation de substances, de leurs limitations physiques ou de la perte de membres de la famille ou d'amis (Seeking Solutions, 2004).</p>

POPULATION	CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES
Femmes enceintes et jeunes mères ³⁰	<p>Selon l'APA (2006), la prise en charge des troubles liés à l'utilisation de substances chez les femmes enceintes est essentielle, en raison des multiples complications que cette situation peut entraîner tant pour la mère que pour le fœtus en développement. Les femmes enceintes qui utilisent des substances présentent un risque accru de maladies, de troubles et de complications, tels que le VIH, l'hépatite, l'anémie, la tuberculose, l'hypertension, les avortements spontanés causés par la pré-éclampsie, l'abruptio placentae et le travail précoce et prolongé (APA, 2006). Le fœtus présente un risque supérieur à la moyenne d'anomalies congénitales, de troubles de croissance et de développement, de naissance prématurée, d'insuffisance de poids à la naissance et de mortinaissance (APA, 2006; Milligan et al., 2010). Après l'accouchement, le nouveau-né peut présenter des symptômes de sevrage en raison de l'utilisation de substances par la mère, et les problèmes à long terme peuvent inclure les troubles de comportement, les difficultés d'apprentissage et des troubles futurs liés à l'utilisation de substances (Milligan et al., 2010).</p> <p>Les infirmières occupent une position idéale pour intervenir auprès de femmes afin de les aider à réduire l'utilisation de substances pendant la période préconception, la grossesse et la période après l'accouchement. Les infirmières qui effectuent des visites prénatales devraient effectuer un dépistage de toutes les clientes en utilisant des outils de dépistage appropriés, et fournir des interventions rapides pour les aider (voir l'annexe H et l'annexe J). En dépit du nombre limité d'outils de dépistage disponibles, il est important que les infirmières effectuent un dépistage et offrent un soutien de suivi aux clients qui utilisent des substances pendant et après leur grossesse (Burns et al., 2010).</p> <p>Il a été démontré que les programmes de visite à domicile pendant la grossesse ou après la naissance s'adressant aux femmes qui présentent des troubles liés à l'utilisation de substances étaient bénéfiques tant pour la mère que pour le bébé. Parmi ces avantages, on peut citer : un engagement et une participation accrue à des services de prise en charge des drogues et de l'alcool, une réduction des placements familiaux involontaires, et une utilisation améliorée des contraceptifs (Turnbull et Osborn, 2012). Il est important que les infirmières et les autres prestataires de soins de santé sur tout le continuum des soins travaillent avec les femmes pendant et après la grossesse pour leur fournir des options de prise en charge sensibles et culturellement appropriées pour les troubles liés à l'utilisation de substances.</p>
Travailleuses du sexe ^{24, 31, 32}	<p>Les travailleuses du sexe présentent un risque élevé d'utilisation problématique de substances, de victimisation et de discrimination (Santé Canada, 2006). L'établissement et le maintien de la confiance au cours de plusieurs sessions avec des travailleuses du sexe individuelles jouent un rôle important pour une sensibilisation efficace (Santé Canada, 2006). Une éducation devrait être fournie à cette population concernant l'administration sécuritaire de l'utilisation de substances, les pratiques sexuelles sans risque et les méthodes permettant de réduire le risque de contracter des pathogènes à diffusion hématogène. Le dépistage au moyen d'analyses de sang devrait être disponible pour effectuer le dépistage de maladies transmises sexuellement, et un test cutané pour la tuberculose devrait être effectué périodiquement (APA, 2006). L'accès aux exigences de base qui déterminent la santé, y compris le logement et les services de santé, est essentiel lors de la prise en charge de clientes qui présentent des troubles liés à l'utilisation de substances dans cette population (Santé Canada, 2006).</p>

1. Santé Canada. (2002). *Best practices: Concurrent mental health and substance use disorders*. Consulté à l'adresse http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/adp-apd/bp_disorder-mp_concomitants/bp_concurrent_mental_health-eng.pdf

2. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2009). *Concurrent disorders: Substance abuse in Canada*. Ottawa, Ontario : Auteur.
3. Donald, M., Dower, J., et Kavanagh, D. (2005). Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: A qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1371-1383.
4. Drake, R. E., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. T., McHugo, G. J., et Bond, G. R. (1998). Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 589-608.
5. Drake R. E., O'Neal, E. L., et Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(1), 123-138.
6. Kelly, T. M., Daley, D. C., et Douaihy, A. B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive behaviors*, 37(1), 11-24.
7. Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Sitharthan, T., et Cleary, M. (2013). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(10) 1-258. doi:10.1002/14651858.CD001088.pub3
8. Kaner, E. F. S., Brown, N., et Jackson, K. (2011). A systematic review of the impact of brief interventions on substance use and co-morbid physical and mental health conditions. *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis*, 4(1), 38-61.
9. Hides, L., Samet, S., et Lubman, D. I. (2010). Cognitive behaviour therapy (CBT) for the treatment of co-occurring depression and substance use: Current evidence and directions for future research. *Drug and Alcohol Review*, 29(5), 508-517.
10. Gregory, V. L. J. (2011). Cognitive-behavioral therapy for comorbid bipolar and substance use disorders: A systematic review of controlled trials. *Mental Health and Substance*, 4(4), 302-313.
11. Miller, W. R., Bogenschutz, M., et Villarreal, M. I. (2006). Research and practice together: The NIDA clinical trials network. *Addictions*, 18(1), 11-22.
12. Fries, H. P., et Rosen, M. I. (2011). The efficacy of assertive community treatment to treat substance use. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(1), 45-50.
13. Assemblée des Premières Nations. (2011). Resolution no. 57/2011: Support for Akwesasne leadership in addressing state of crisis regarding substance abuse. Consulté à l'adresse <http://www.afn.ca/uploads/files/sca-res-11.pdf>
14. Santé Canada. (2011). *Honouring our strengths: A renewed framework to address substance use issues among First Nations people in Canada*. Ottawa, Ontario : Ministre de la Santé.
15. First Nations Information Governance Centre. (2012). *First Nations regional health survey (RHS) 2008/10: National report on adults, youth and children living in First Nations communities*. Consulté à l'adresse http://fnigc.ca/sites/default/files/First_Nations_Regional_Health_Survey_2008-10_National_Report.pdf
16. Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., et Broekaert, E. (2007). Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(1), 81-95.
17. Kertesz, S. G., Crouch, K., Milby, J. B., Cuisimano, R. E., et Schumacher, J. E. (2009). Housing first for homeless persons with active addiction: Are we overreaching? *The Milbank Quarterly*, 87(2), 495-534.
18. Santé Canada. (2008). *Best practices: Early intervention, outreach and community linkages for youth with substance use problems*. Consulté à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/bp-mp-intervention/index-eng.php>
19. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. Consulté à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64197/pdf/TOC.pdf>
20. Lim, R. (2008). *Cultural Issues in Substance Abuse Treatment. 38th Semi-Annual Substance Abuse Research Consortium (SARC)*. Consulté à l'adresse http://www.uclaisap.org/slides/psattc/sarc/2008/Russell_Lim.ppt
21. Ministère de la Promotion de la santé. (2010). *Prevention of substance misuse guidance document*. Toronto, Ontario : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
22. Finfgeld-Connett, D., et Johnson, E. D. (2011). Therapeutic substance abuse treatment for incarcerated women. *Clinical Nursing Research*, 20, 462-481.
23. Adams, S., Leukfeld, C. G., et Peden, A. R. (2008). Substance abuse treatment for women offenders: A research review. *Journal of Addictions Nursing*, 19, 61-75.
24. American Psychiatric Association (APA). (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders* (2nd ed.). Consulté à l'adresse http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf
25. Substance Abuse and Mental Health Services Administration/Center for Substance Abuse Treatment (SAMHSA/CSA). (1998). *Tip 26: Substance abuse among older adults* (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 26.). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration
26. Royal College of Psychiatrists. (2011). *Our invisible addicts* (College Report CR165). Londres, Royaume-Uni : Auteur.
27. Seeking Solutions. (2004). *BEST PRACTICES 2: Guiding principles*. Vancouver, Colombie-Britannique : Simon Fraser University.
28. Milligan, K., Niccols, A., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., Smith, A., et Liu, J. (2010). Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: A meta-analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5(21), 1-14. doi:10.1186/1747-597X-5-21
29. Burns, E., Gray, R., et Smith, L. A. (2010). Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: A systematic review. *Addiction*, 105, 601-614.
30. Turnbull, C., et Osborn, D. A. (2012). Home visits during pregnancy and after birth for women with an alcohol or drug problem. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(1), 1-170. doi:10.1002/14651858.CD004456.pub3
31. Santé Canada. (2006). *Best practices: Early intervention, outreach and community linkages for women with substance use problems*. Ottawa, Ontario : Ministre de la Santé.
32. Dunn, C., Deroo, L., et Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction*, 96, 1725-1742.

Annexe J : Dépistage de l'abus d'alcool, intervention rapide et orientation : un guide clinique

Le document *Dépistage de l'abus d'alcool, intervention rapide et orientation : Un guide clinique* est une ressource destinée aux médecins de famille, aux infirmières cliniciennes et autres professionnels de la santé qui travaillent avec des clients qui présentent un risque de troubles liés à l'utilisation de substances ou qui en souffrent. Le guide présente un protocole simple en 3 étapes de dépistage, d'intervention rapide et d'orientation.

Le document *Dépistage de l'abus d'alcool, intervention rapide et orientation : Un guide clinique* peut être téléchargé à l'adresse <http://www.sbir-diba.ca/docs/default-document-library/2012-screening-brief-intervention-and-referral-clinical-guide-fr.pdf?sfvrsn=6>



NIVEAU DE LA CONSOMMATION À RISQUE

NIVEAU DE RISQUE ÉLEVÉ

NIVEAU DE RISQUE

ÉTAPE 1A

ÉTAPE 1B

ANNEXES

DÉPISTAGE, INTERVENTION BRÈVE ET AIGUILLAGE POUR L'ALCOOL : UN GUIDE CLINIQUE

NOUVEAU!

DÉPISTAGE, INTERVENTION BRÈVE ET AIGUILLAGE POUR L'ALCOOL : UN GUIDE CLINIQUE

Le présent document fait un survol d'un processus simple en 3 étapes de dépistage, d'intervention brève et d'aiguillage pour l'alcool.

1 DÉPISTAGE ET ÉVALUATION

2 INTERVENTION BRÈVE ET AIGUILLAGE

3 SUIVI ET SOUTIEN

Il intègre les directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada à votre processus de dépistage habituel.

Pour en savoir plus et consulter d'autres ressources, visitez le WWW.SBIR-DIBA.CA

THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA

LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA

CCFAT - CCSA

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

DÉPISTAGE DE LA CONSOMMATION À RISQUE

QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION

QUESTION 1

BUVEZ-VOUS DE LA BIÈRE, DU VIN, DES COOLERS OU D'AUTRES BOISSONS ALCOOLISÉES?

NON

OUI

QUESTION 2

EN MOYENNE, COMBIEN DE JOURS PAR SEMAINE BUVEZ-VOUS UNE BOISSON ALCOOLISÉE?

_____ jours par sem.

QUESTION 3

COMBIEN DE VERRES BUVEZ-VOUS LORS D'UNE JOURNÉE TYPIQUE DE CONSOMMATION?

_____ verres par jour

CALCULER LE NOMBRE DE VERRES PAR SEM.

(jours/sem X verres/jour)

LES QUANTITÉS QUOTIDIENNES OU HERBOMADIAIRES DÉPASSENT-ELLES LES LIMITES PROPOSÉES DANS LES DIRECTIVES DE CONSOMMATION D'ALCOOL À FAIBLE RISQUE DU CANADA?

NON

OUI

ALLER À L'ÉTAPE 1B

POURQUOI PAS?

Religion / culture

Antécédents familiaux

Médicaments ou autres problèmes

Ancien buveur

COMMENT ALLEZ-VOUS?

BIEN

- Renforcer et appuyer l'abstinence continue
- Examiner les mesures prises pour maintenir l'abstinence

PAS BIEN

- Reconnaître qu'il est difficile de changer
- Soutenir les efforts et aborder les difficultés
- Renégocier le but d'abstinence et les plans pour y arriver
- Envisager de demander du soutien supplémentaire ou différent
- Réévaluer le diagnostic : y a-t-il un problème de santé mentale concomitant?
- Offrir de l'aide, ex. désintox, réadaptation, services communautaires en dépendance, médicaments
- Aiguiller vers des ressources communautaires ou de soins de santé au besoin

ALLER À L'ÉTAPE 3-DA

NIVEAU DE LA CONSOMMATION À RISQUE

NIVEAU DE RISQUE

ÉLEVÉ

Le patient boit à un niveau dépassant les limites des directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada.

ABUS D'ALCOOL*

Dans les 12 derniers mois, la consommation du patient a causé ou contribué à causer les éléments suivants :

- manquement au rôle (c.-à-d. aux obligations professionnelles ou familiales)
- blessures ou risque de blessures
- utilisation d'un véhicule ou d'une machine après avoir bu
- problèmes juridiques (p. ex. arrestation, accusation)
- problèmes relationnels (p. ex. reproches du conjoint ou des amis quant à la consommation du patient)

DÉPENDANCE À L'ALCOOL*

Dans les 12 derniers mois, la consommation du patient a causé ou contribué à causer les éléments suivants :

- tolérance accrue (c.-à-d. devoir boire plus pour obtenir le même effet)
- sevrage (p. ex. tremblements, sudation, nausée ou insomnie quand le patient tente d'arrêter ou de diminuer sa consommation)
- incapacité à s'en tenir aux limites
- incapacité à arrêter ou à diminuer sa consommation
- plus de temps passé à penser à boire ou à s'en remettre
- moins de temps passé à des activités qui étaient importantes ou agréables
- poursuite de la consommation malgré les problèmes (p. ex. difficultés physiques ou psychologiques récurrentes)

*American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd., texte rév.), Washington (DC), 2000.

QUEL EST LE NIVEAU DE RISQUE DU PATIENT?

DÉPENDANCE À L'ALCOOL

ALLER À L'ÉTAPE 2-DA ET 3-DA

ABUS D'ALCOOL

ALLER À L'ÉTAPE 2-AA ET 3-AA

ÉLEVÉ


ALLER À L'ÉTAPE 2-RE ET 3-RE

DA

AA

RE

Dans ces directives, un « verre » correspond à



341 ml (12 oz) de bière, de cidre ou de « cooler » à 5 % d'alcool

142 ml (5 oz) de vin à 12 % d'alcool

43 ml (1,5 oz) de spiritueux (ex. rye, gin ou rhum) à 40 % d'alcool

Adapté avec l'autorisation de :

U.S. Department of Health & Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism - Helping patients who drink too much: A clinician's guide (NIH Publication No. 07-5195), 2005. <http://www.niaaa.nih.gov/publications/EducationTraining/Materials/Documents/sguide.pdf>

Guidelines and Protocols, Advisory Committee. *Clinical practice guidelines: Problem drinking*, 2011. Consulté sur le http://www.baguidelines.ca/pdf/problem_drinking.pdf

INTERVENTION BRÈVE ET AIGUILLAGE	
FAIRE UNE INTERVENTION BRÈVE	2 DA ÉTAPE 2 INTERVENTION BRÈVE (DEPENDANCE À L'ALCOOL)
2 RE ÉTAPE 2 INTERVENTION BRÈVE (RISQUE ÉLEVÉ)	2 AA ÉTAPE 2 INTERVENTION BRÈVE (ABUS D'ALCOOL)
<p style="text-align: center;">CONSEILS ET AIDE</p> <p>Aviser le patient qu'il est à risque Présenter clairement vos recommandations. Évaluer à quelle étape du changement est le patient</p> <p style="text-align: center;">LE PATIENT EST-IL PRÊT À CHANGER?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>NON</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rétérier votre inquiétude • Encourager la réflexion • Aborder les difficultés à changer • Réaffirmer votre volonté d'aider </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aider à l'établissement d'un but • S'entendre sur un plan • Remettre de la documentation • Aguilier vers des ressources communautaires ou de soins de santé </div> </div> <p style="text-align: center;">ALLER À L'ÉTAPE 3-RE</p>	<p style="text-align: center;">CONSEILS ET AIDE</p> <p>Aviser le patient qu'il est à risque Lui recommander l'abstinence ou une diminution de sa consommation Évaluer à quelle étape du changement est le patient</p> <p style="text-align: center;">LE PATIENT EST-IL PRÊT À CHANGER?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>NON</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rétérier votre inquiétude • Faire un suivi et donner un soutien • Aller à l'étape 3-AA </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Négocier un but et créer un plan • Aguilier vers des ressources communautaires ou de soins de santé </div> </div> <p style="text-align: center;">ALLER À L'ÉTAPE 3-AA</p>
3 RE ÉTAPE 3 SUIVI ET SOUTIEN (RISQUE ÉLEVÉ)	3 AA ÉTAPE 3 SUIVI ET SOUTIEN (ABUS D'ALCOOL)
<p style="text-align: center;">LE PATIENT A-T-IL PU ATTEINDRE ET MAINTENIR LE BUT?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>NON</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître qu'il est difficile de changer • Soutenir les efforts et aborder les difficultés • Renégocier le but et les plans : envisager d'essayer l'abstinence • Envisager de demander du soutien social supplémentaire ou différent • Réévaluer le diagnostic si le patient ne peut arrêter ou diminuer sa consommation </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer et appuyer un respect continu des recommandations • Renégocier les buts au besoin (p. ex. si l'état de santé change ou si un patient abstinence veut recommencer à boire) • Inviter le patient à revenir s'il ne peut respecter les recommandations • Réfaire un dépistage au moins une fois par an </div> </div>	<p style="text-align: center;">LE PATIENT A-T-IL PU ATTEINDRE ET MAINTENIR LE BUT?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>NON</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître qu'il est difficile de changer • Soutenir les efforts et aborder les difficultés • Renégocier le but et les plans : envisager d'essayer l'abstinence • Envisager de demander du soutien social supplémentaire ou différent • Réévaluer le diagnostic si le patient ne peut arrêter ou diminuer sa consommation • S'attaquer aux troubles de santé physique et mentale concomitants • Aguilier au besoin </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer et appuyer un respect continu des recommandations • Renégocier les buts au besoin (p. ex. si l'état de santé change ou si un patient abstinence veut recommencer à boire) • Inviter le patient à revenir s'il ne peut respecter les recommandations • Réfaire un dépistage au moins une fois par an </div> </div>
3 DA ÉTAPE 3 SUIVI ET SOUTIEN (DEPENDANCE À L'ALCOOL)	3 AA ÉTAPE 3 SUIVI ET SOUTIEN (DEPENDANCE À L'ALCOOL)
<p style="text-align: center;">LE PATIENT EST-IL PRÊT À CHANGER?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>NON</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rétérier votre inquiétude • Faire un suivi et donner un soutien • Aller à l'étape 3-DA </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmer votre soutien • Suivre l'évolution du sevrage • Prescrire des médicaments appropriés (mais attention au risque d'abus) • Aguilier vers des ressources communautaires ou de soins de santé </div> </div> <p style="text-align: center;">ALLER À L'ÉTAPE 3-DA</p>	<p style="text-align: center;">LE PATIENT A-T-IL PU ATTEINDRE ET MAINTENIR LE BUT?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>NON</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître qu'il est difficile de changer • Soutenir les efforts et aborder les difficultés • Établir des liens entre l'alcool et des problèmes sanitaires ou sociaux existants, au besoin • Envisager de demander du soutien social supplémentaire ou différent • Envisager de prescrire des médicaments contre la dépendance à l'alcool • Aguilier au besoin • S'attaquer aux troubles de santé physique et mentale concomitants </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>OUI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renforcer et appuyer un respect continu des recommandations • Coordonner les soins avec les spécialistes concernés • Donner des médicaments contre la dépendance à l'alcool au moins pendant trois mois ou plus • Inviter le patient à revenir s'il n'arrive pas à respecter les recommandations • Faire un suivi régulier • Renégocier les buts au besoin • S'attaquer aux troubles concomitants • Réfaire un dépistage au moins une fois par an </div> </div>

Reproduit de : Dépistage de l'abus d'alcool, intervention rapide et orientation : aider les patients à réduire les risques et les méfaits liés à l'alcool, Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT), en collaboration avec le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), 2012. Droit d'auteur 2012 par le Collège des médecins de famille du Canada, 2012. Réimprimé avec autorisation.

Annexe K : Types d'interventions psychosociales

La présente annexe inclut un tableau sommaire de dix types d'interventions psychosociales utilisées pour la prise en charge des troubles liés à l'utilisation de substances. Cette liste a été établie à partir de la littérature et du consensus du groupe d'experts, et elle n'est pas exhaustive. Les interventions sont identifiées davantage comme intervention formelle^G, intervention informelle^G ou un type de prestation de services.

NOM	RÉSUMÉ	AVANTAGES	TYPE D'INTERVENTION OU DE PRESTATION DE SERVICES
Groupes à 12 étapes et groupes d'entraide^{1, 2}	Les groupes à 12 étapes et les groupes d'entraide sont généralement des groupes communautaires, non professionnels, dirigés par les pairs, destinés aux personnes qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances. Parmi les groupes à 12 étapes, on peut citer Alcooliques Anonymes (AA) et Narcotiques Anonymes (NA). Les groupes familiaux Al-Anon, Alateen et Nar-Anon soutiennent les membres de la famille et les amis de personnes aux prises avec des problèmes liés à l'utilisation de substances.	<p>Ces groupes encouragent généralement l'abstinence et mettent l'accent sur le rétablissement à long terme.</p> <p>Les groupes destinés aux familles et aux amis de personnes qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances leur fournissent un soutien et une éducation concernant l'utilisation de substances, et ils aident ces personnes à acquérir des perspectives sur la manière dont leur propre comportement peut faciliter l'utilisation de substances de leurs êtres chers.</p>	Interventions informelles

NOM	RÉSUMÉ	AVANTAGES	TYPE D'INTERVENTION OU DE PRESTATION DE SERVICES
Thérapies non conventionnelles	Thérapies non conventionnelles (p. ex., méditation de l'attention, acupuncture) peuvent être une intervention bénéfique pour les clients qui présentent des troubles liés à l'utilisation de substances, lorsqu'ils sont combinés avec des traitements conventionnels. Le groupe d'experts recommande que l'utilisation de thérapies non conventionnelles en tant que forme de thérapie complémentaire ou supplémentaire aux traitements conventionnels, et qu'elle ne soit jamais le seul type de traitement utilisé pour les clients qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances. Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur les thérapies non conventionnelles, veuillez consulter le site Web du National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) à l'adresse http://nccam.nih.gov/ .	Le traitement d'acupuncture peut compléter les modalités d'intervention existantes pour les personnes qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances; toutefois, des recherches supplémentaires seront requises pour en démontrer l'efficacité (Lu et al., 2009). La méditation de l'attention peut aider les clients qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances à contrôler leurs pensées indésirables, leurs envies incontrôlables et leurs émotions négatives, et à maintenir des comportements sains relatifs à leurs habitudes de vie.	Intervention formelle
Gestion de cas^{3, 4, 5}	La gestion de cas est une stratégie axée sur le client pour l'évaluation, la planification et la prestation d'un accès à des services communautaires adéquats. La gestion de cas a pour but d'assurer la continuité des soins et la coordination de la prestation des services aux clients qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances. Les modèles de gestion de cas comprennent : (i) la gestion des cas graves, (ii) le traitement communautaire dynamique, (iii) la gestion de cas fondée sur les forces, et (iv) la gestion de cas intensive et généralisée.	La gestion de cas a produit des effets positifs relativement aux résultats généraux pour les clients, y compris : (i) l'accès et le maintien des soins; (ii) la qualité de vie; (iii) la satisfaction des clients et (iv) une réduction des hospitalisations.	Prestation des services

NOM	RÉSUMÉ	AVANTAGES	TYPE D'INTERVENTION OU DE PRESTATION DE SERVICES
Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ^{3, 6}	La TCC a pour but de modifier les pensées et les comportements négatifs et défaitistes. Les cliniciens qui recourent à la TCC se concentrent pour changer les idées automatiques du client, ses convictions profondes et ses comportements problématiques.	La TCC contribue : (i) à identifier les déclencheurs personnels et interpersonnels des rechutes; (ii) à acquérir des capacités d'adaptation positives; (iii) à acquérir des aptitudes à refuser les drogues; et (iv) à augmenter les activités non liées à l'utilisation de substances.	Intervention formelle
Approche de renforcement communautaire (ARC) ^{7, 8}	L'ARC a pour but de fournir des renforcements environnementaux de rechange (p. ex., activités sociales sans substances) afin d'atténuer les comportements négatifs associés à l'utilisation de substances. L'ARC est fondée sur la théorie que les conditions environnementales renforcent l'utilisation de substances. Cette approche sera utile aux cliniciens qui travaillent dans des programmes résidentiels ou partiellement à l'hôpital.	Un examen systématique (Rosen et al., 2012) a constaté que l'ARC avait une efficacité limitée à moyenne chez les personnes qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances associé à l'utilisation d'alcool, d'héroïne, de cocaïne et d'opioïdes.	Intervention formelle
Organisation des contingences (OC) ^{1, 9, 10, 11, 12}	L'OC a pour but de renforcer les comportements positifs grâce à des récompenses planifiées et positives. L'OC souligne le fait que les comportements liés à l'utilisation de substances sont influencés par les facteurs neurobiologiques et environnementaux, et que l'application de conséquences environnementales de renforcement peut aider à modifier les comportements négatifs. Les données probantes indiquent que l'OC est une approche efficace pour encourager l'abstinence pendant et après la prise en charge d'un trouble lié à l'utilisation de substances.	Parmi les avantages de l'OC, on peut citer : (i) une réduction de la consommation de drogues, (ii) une participation positive à des services de prise en charge qui encouragent le rétablissement; (iii) une conformité accrue au dépistage de maladies transmissibles (p. ex., tests de tuberculose); et (iv) observance accrue des régimes de médicaments (p. ex., prise des médicaments contre le VIH).	Intervention formelle

NOM	RÉSUMÉ	AVANTAGES	TYPE D'INTERVENTION OU DE PRESTATION DE SERVICES
Thérapie familiale et conjugale ¹³	La thérapie familiale et conjugale fait participer activement la famille aux soins, en tant que traitement d'appoint. La thérapie familiale met l'accent sur l'apprentissage de la maîtrise de soi, l'acquisition d'habiletés d'adaptation et l'amélioration de relations fonctionnelles au sein de la famille, ce qui peut contribuer à réduire l'utilisation de substances. Elle a des résultats positifs lorsqu'on la compare à des modes de thérapie non familiale, chez les populations adultes et adolescentes.	Les avantages de la thérapie familiale et conjugale comprennent : (i) des taux plus élevés de participation et de maintien des soins; (ii) des résultats améliorés des soins; (iii) le maintien du rétablissement; et (iv) une influence positive sur les générations futures de la famille.	Intervention formelle
Thérapie de groupe ^{3, 7}	La thérapie de groupe a recours à différents modes d'interventions psychosociales pour les troubles liés à l'utilisation de substances, et peut inclure : (i) les groupes psychopédagogique; (ii) les groupes d'acquisition de compétences; (iii) les groupes de TCC; et (iv) les groupes interpersonnels.	La thérapie de groupe peut fournir : (i) une formation de base visant à attirer et à motiver les nouveaux clients en leur fournissant des stratégies de base de prévention des rechutes; (ii) une formation axée sur des compétences qui a recours aux jeux de rôles; et (iii) des séances d'exercices qui appliquent les compétences et les concepts appris à des situations réelles.	Intervention formelle
Thérapie familiale multidimensionnelle (TFMD) (intervention auprès des adolescents et des jeunes) ^{14, 15}	La TFMD est une approche par phases qui motive tant le jeune que sa famille à former des alliances thérapeutiques au sein de la famille, afin d'élaborer des options d'intervention individualisées pour chaque membre de la famille concerné. La TFMD met l'accent sur l'établissement de comportements sociaux, de réseaux et de comportements antidrogue positifs, et encourage les membres de la famille à acquérir les compétences en résolution de problèmes et en prise de décisions dont ils ont besoin pour créer et maintenir un changement positif.	Parmi les avantages de la TFMD, on peut citer : (i) une réduction considérable de l'utilisation de substances chez les jeunes; (ii) un meilleur fonctionnement familial après l'intervention; et (iii) une efficacité au sein de différents groupes ethniques.	Intervention formelle

NOM	RÉSUMÉ	AVANTAGES	TYPE D'INTERVENTION OU DE PRESTATION DE SERVICES
Télémédecine ⁷ 16, 17	La télémédecine est le recours aux ordinateurs, aux appareils mobiles ou aux appareils ayant une connexion à Internet pour fournir des stratégies de prévention, d'évaluation et de prise en charge aux clients qui présentent un trouble lié à l'utilisation de substances. La télémédecine est fournie par : (i) téléphone; (ii) systèmes interactifs de réponse vocale; (iii) Internet (p. ex., sites Web, courriel, clavardage et conférences Web); (iv) logiciels; (v) vidéoconférences et (vi) messages textes. Les données indiquent que la télémédecine constitue un supplément ou un remplacement valide des soins conventionnels.	La télémédecine surmonte les barrières financières, géographiques et psychologiques aux soins, car elle fournit aux clients un accès aux soins flexible, portatif et facile.	Prestation des services

- National Institute for Health Clinical Excellence. (2007). *Drug misuse, psychosocial interventions*. Consulté à l'adresse <http://www.nice.org.uk/guidance/CG51>
- Ferri, M., Amato, L., et Davoli, M. (2006). Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006(3), 1-26. doi:10.1002/14651858.CD005032.pub2
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. Consulté à l'adresse <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64197/pdf/TOC.pdf>
- Hesse, M., Vanderplasschen, W., Rapp, R., Broekaert, E., et Fridell, M. (2007). Case management for persons with substance use disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007(4), 1-65. doi:10.1002/14651858.CD006265.pub2
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., et Broekaert, E. (2007). Effectiveness of different models of case management for substance-abusing populations. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(1), 81-95.
- Magill, M., et Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 516-527.
- American Psychiatric Association. (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders* (2nd ed.). Consulté à l'adresse http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/substanceuse.pdf
- Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., van den Brink, W., De Jong, C. A. J., et Kerkhof, A. J. F. M. (2012). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 1-13.
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S. L., Leyro, T. M., Powers, M. B., et Otto, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 165(2), 179-187.
- Knapp, W. P., Soares, B., Farrell, M., et Silva de Lima, M. (2007). Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007(3), 1-95. doi:10.1002/14651858.CD003023.pub2
- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L., et Davoli, M. (2004). Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004(4), 1-20. doi:10.1002/14651858.CD004330.pub2
- Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L., et Roll, J. (2006). Contingency management for treatment of substance use disorders: A meta-analysis. *Addiction*, 101(11), 1546-1560.
- Powers, M. B., Vedel, E., et Emmelkamp, P. M. G. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 952-962.
- Waldron, H. B., et Turner, C. W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 238-261.
- Austin, A. M., Macgowan, M. J., et Wagner, E. F. (2005). Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: A systematic review. *Research on Social Work Practice*, 15(2), 67-83.
- Moore, B. A., Fazzino, T., Garnet, B., Cutter, C. J., et Barry, D. T. (2011). Computer-based interventions for drug use disorders: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(3), 215-223.
- Young, L. B. (2012). Telemedicine interventions for substance-use disorder: A literature review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 18(1), 47-53.

Annexe L : Évaluation continue du plan de soins

La présente annexe décrit plusieurs composantes de l'évaluation permettant de déterminer l'efficacité du plan de soins pour des clients qui utilisent des substances. L'évaluation continue du plan de soins doit inclure l'évaluation des facteurs suivants, en collaboration avec le client :

A) Objectifs du client

- a) Quels sont les objectifs du client?
- b) Qu'est-ce qui s'est avéré efficace pour aider le client à réaliser ses objectifs?
- c) Où sont les lacunes relatives à la réalisation des objectifs?
- d) Quelles sont les prochaines étapes de la réalisation des objectifs relatifs au traitement ou de l'établissement de nouveaux objectifs?

B) Assurer la sécurité du client

- a) Le client a-t-il des impulsions qui le poussent à s'adonner à des comportements violents ou d'automutilation?
- b) D'autres personnes présentent-elles un danger immédiat pour le client?
- c) Le client présente-t-il un risque de chute?
- d) Le client est-il capable de conduire sans danger (évaluer les risques d'accidents de voiture)?

C) Santé physique

- a) La santé physique du client s'améliore-t-elle?

D) Santé psychologique

- a) La santé psychologique du client s'améliore-t-elle?
- b) Des troubles psychiatriques et médicaux concomitants sont-ils traités?

E) Traitement

- a) Le client participe-t-il à un traitement?
- b) Le client continue-t-il à suivre le traitement?
- c) Le client respecte-t-il le plan de traitement établi?
- d) Le client est-il satisfait des interventions dans le cadre du plan de traitement?
- e) Quels ont été les progrès du client pendant le traitement?

F) Utilisation de substances

- a) Y a-t-il une réduction de la gravité et de la fréquence des épisodes d'utilisation de substances?
- b) Des méfaits sont-ils causés par la réduction des substances lors du traitement?
- c) Y a-t-il eu des rechutes? Y a-t-il des stratégies de prévention en place pour réduire les rechutes futures?
- d) Y a-t-il une réduction du taux d'hospitalisation (si le traitement est fourni à l'extérieur d'un hôpital)?

G) Activités criminelles

- a) Le client s'est-il adonné récemment à des activités criminelles?
- b) Y a-t-il une réduction des interactions du client avec le système juridique ou le système de justice criminelle?

H) Qualité de vie

- a) Y a-t-il une amélioration du fonctionnement social du client et de sa qualité de vie globale (p. ex., relations interpersonnelles et familiales, occupation significative, logement sûr et sécuritaire, sécurité alimentaire)?

Compilé par le groupe d'experts de la RNAO, 2015.

Références : American Psychiatric Association (APA, 2006), Kunyk et Els (2010), et SAMHSA (2005).

Annexe M : Ressources supplémentaires

Avec l'aide d'examineurs externes et d'autres intervenants clés, le groupe d'experts a compilé une liste de sites Web et d'autres ressources qui pourrait s'avérer utile aux personnes qui travaillent avec des clients qui utilisent des substances. Cette liste n'est pas exhaustive.

Les liens vers des sites Web externes à la RNAO ne sont fournis qu'à titre informatif. La RNAO n'assume aucune responsabilité pour la qualité, l'exactitude, la fiabilité ou l'actualité des renseignements fournis par ces sources. De plus, la RNAO n'a pas déterminé la mesure dans laquelle ces ressources ont été évaluées. Les questions relatives à ces ressources doivent être posées à leur source.

RESSOURCE	LIEN VERS LE SITE WEB/RÉFÉRENCE
RAPPORTS STRATÉGIQUES	
Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada (Commission de la santé mentale du Canada, 2012)	http://strategie.commissionsantementale.ca/pdf/strategie-text-fr.pdf
Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2011)	http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/mental_health2011/mentalhealth.aspx
VUE D'ENSEMBLE UTILISATION DE SUBSTANCES	
Page Web de la RNAO sur la santé mentale et la lutte contre les dépendances	www.rnao.ca/mentalhealth
Module d'apprentissage électronique de la RNAO Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances (adultes)	http://rnao.ca/bpg/courses/engaging-clients-substance-use-disorders
Établissement d'un dialogue avec les jeunes qui utilisent des substances (RNAO)	http://rnao.ca/bpg/courses/engaging-youth-who-use-substances
Série d'apprentissage électronique de la RNAO sur les dépendances	http://rnao.ca/bpg/courses/addictions-elearning-series
Programme de traitement des dépendances aux opioïdes menant à un certificat	Programme menant à un certificat du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) et de l'Université de Toronto

VUE D'ENSEMBLE UTILISATION DE SUBSTANCES	
Substance Abuse and Mental Health Services Administration	http://www.samhsa.gov/
Centre canadien de lutte contre les toxicomanies	www.ccsa.ca
ConnexxOntario : Information sur les services de santé	http://www.connexontario.ca/
Opioids: Best Advice For People On, Or About To Start Taking Opioid Medications, Related To Chronic Non-Cancer Pain	http://www.evanshealthlab.com//opioids/
Trousse d'outils sur les dépendances pour les soins primaires	http://knowledgex.camh.net/primary_care/toolkits/addiction_toolkit/Pages/default.aspx
Parent Action on Drugs (PAD): Youth and Substance Use	http://parentactionondrugs.org/

SUBSTANCES ET PHARMACOLOGIE	
Drogue et alcool – Système d'information sur le traitement (DATIS)	http://www.datis.ca/
Sunshine Coast Health Center: Drug Information	http://www.sunshinecoasthealthcentre.ca/drug-information/
Mouse Party: Interactive Teaching Tool on Substances	http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/mouse/
Santé Canada : Toxicomanie	http://canadiensensante.gc.ca/healthy-living-vie-saine/substance-abuse-toxicomanie/index-fra.php?ga=1.220783066.398336049.1420734211
Mental Health and Addiction Information A-Z du CAHM	http://www.camh.ca/en/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/Pages/default.aspx
SAMHSA: Alcohol, Tobacco and Other Drugs	http://www.samhsa.gov/atod

RÉDUCTION DES MÉFAITS

Canadian Harm Reduction Network	http://www.canadianharmreduction.com
CATIE : Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits qui fournissent des services aux utilisateurs de drogues qui sont à risque de contracter le VIH et le VHC, et d'autres méfaits.	<p>Lien vers le webinaire : http://www.catie.ca/fr/programmation/meilleures-pratiques-reduction-mefaits</p> <p>Lien vers le document de recommandations en matière de pratiques exemplaires : http://www.catie.ca/sites/default/files/bestpractice-harmreduction.pdf</p>
Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada	http://www.ccsa.ca/fra/topics/alcohol/drinking-guidelines/pages/default.aspx

DROITS DE LA PERSONNE : DISCRIMINATION

Parce qu'on importe! (Commission ontarienne des droits de la personne, 2012)	Commission ontarienne des droits de la personne (CODP). (2012). <i>Parce qu'on importe!</i> Consulté à l'adresse http://www.ohrc.on.ca/fr/parce-qu%E2%80%99-importe
Politique sur la prévention de la discrimination fondée sur les troubles mentaux et les dépendances (Commission ontarienne des droits de la personne, 2014)	http://www.ohrc.on.ca/fr/politique-sur-la-pr%C3%A9vention-de-la-discrimination-fond%C3%A9e-sur-les-troubles-mentaux-et-les-d%C3%A9pendances
Commission ontarienne des droits de la personne : Motifs de discrimination	http://www.ohrc.on.ca/fr/apprentissage/droits-fondamentaux-et-responsabilit%C3%A9s/motifs-de-discrimination
Éducation juridique communautaire Ontario	http://www.cleo.on.ca/fr

APPROCHES DES SOINS TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES

<p>Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services: Part 3: A Review of the Literature</p>	<p>Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). <i>Trauma-informed care in behavioral health services. Part 3: A review of the literature</i>. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. Rockville, Maryland : Auteur.</p> <p>http://store.samhsa.gov/product/TIP-57-Trauma-Informed-Care-in-Behavioral-Health-Services/SMA14-4816</p>
<p>Guide de pratique tenant compte des traumatismes</p>	<p>British Columbia Provincial Mental Health and Substance Use Planning Council. (2013). <i>Trauma-informed practice guide</i>. Vancouver, Colombie-Britannique : Auteur.</p> <p>http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf</p>

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

<p>Page Web de la RNAO sur les déterminants sociaux de la santé</p>	<p>www.rnao.ca/sdh</p>
<p>Health Providers Against Poverty</p>	<p>http://www.healthprovidersagainstpoverty.ca</p>
<p>Poverty: A Clinical Tool for Primary Care</p>	<p>http://www.healthprovidersagainstpoverty.ca/Primary%20Care%20Toolkits</p>
<p>Demandes adressées au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH) : Information destinée aux professionnels de la santé</p>	<p>http://www.cleo.on.ca/sites/default/files/book_pdfs/ods-</p>
<p>Campagne 2000</p>	<p>http://www.campaign2000.ca/french/index.html</p>
<p>Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (IEIS)</p>	<p>http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hea/</p>

STADES DU CHANGEMENT

<p>Changing for Good: The Revolutionary Program That Explains the Six Stages of Change and Teaches You How to Free Yourself from Bad Habits</p>	<p>Prochaska, J. O., Norcross, J. C., et DiClemente, C. C. (1994). <i>Changing for good: The revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits.</i> New York, New York; William Morrow & Co.</p>
--	--

DÉPISTAGE, INTERVENTION RAPIDE ET ORIENTATION VERS UN TRAITEMENT

<p>SBIRT Primary Care</p>	<p>http://sbirtoregon.org/index.php</p>
<p>SAMHSA: Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment</p>	<p>http://www.samhsa.gov/sbirt</p>
<p>Brief Intervention: The ASSIST-Linked Brief Intervention for Hazardous and Harmful Substance Use</p>	<p>http://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/sbirt/Brief_Intervention-ASSIST.pdf</p>

ENTREVUES DE MOTIVATION

<p>MINT: Excellence in Motivational Interviewing</p>	<p>http://www.motivationalinterviewing.org</p>
<p>Motivational Intervention in Nursing Practice: Empowering the Patient</p>	<p>Dart, M. (2010). <i>Motivational intervention in nursing practice: Empowering the patient.</i> Toronto, Ontario : Jones and Bartlett publishers.</p>
<p>Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence</p>	<p>http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/ProjectMatch/match02.pdf</p>

RESSOURCES FAMILIALES

A Family Guide to Concurrent Disorders	O'Grady, C. P., et Skinner, W. J. W. (2007). <i>A Family Guide to Concurrent Disorders</i> Toronto, Ontario : Centre de toxicomanie et de santé mentale. http://www.camh.ca/en/education/about/camh_publications/Pages/family_guide_concurrent_disorders.aspx
Family Pathways to Care, Treatment and Recovery	Skinner, W., Kourgianitakis, T., et O'Grady, C. (2014). <i>Family Pathways to Care, Treatment and Recovery</i> In M. Herie et W. Skinner (Eds.), <i>Fundamentals of addiction: A practical guide for counsellors</i> (p. 293-320). Toronto, Ontario : Centre de toxicomanie et de santé mentale

PRATIQUE RÉFLEXIVE

Normes d'exercice (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2002)	http://www.cno.org/Global/docs/prac/41006_ProfStds.pdf
Programme d'assurance de la qualité (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2015)	http://www.cno.org/fr/assurance-de-la-qualite/
Guidance for Critical Reflections on Practice Development	Foundation of Nursing Studies. (2013). <i>Guidance for Critical Reflections on Practice Development</i> . Londres : FoNS. Consulté à l'adresse : http://www.fons.org/resources/documents/Journal/IPDJCriticalReflectionResources-Jan-2013.pdf

Annexe N : Description de la Trousse

La mise en place réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires repose sur une planification, des ressources et un soutien organisationnel et administratif adéquats, en plus d'une facilitation appropriée. Pour encourager la mise en œuvre réussie, un groupe d'experts de la RNAO, composé d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs, a élaboré la *Trousse sur la marche à suivre: Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2e édition) (2012a). La Trousse est basée sur les données probantes, les perspectives théoriques et le consensus. Nous conseillons d'utiliser la Trousse comme guide de mise en place de toute ligne directrice pour la pratique clinique dans un établissement de santé.

La *Trousse* offre des instructions étape par étape pour les personnes et les groupes qui participent à la planification, à la coordination et à la facilitation de la mise en place de lignes directrices. Ces étapes reflètent un processus qui est dynamique et itératif plutôt que linéaire; lors de chaque phase, la préparation de la phase suivante et une réflexion sur la phase précédente sont donc des éléments essentiels. Spécifiquement, la *Trousse* aborde les étapes clés suivantes, illustrées dans le cadre « De la connaissance à l'action » (Straus et al., 2009) :

1. Identifier le problème; identifier, examiner et sélectionner les connaissances (ligne directrice sur les pratiques exemplaires);
2. Adapter les connaissances au contexte local :
 - Évaluer les obstacles à l'utilisation des connaissances et les facteurs qui la facilitent; et
 - Identifier les ressources;
3. Sélectionner, adapter et mettre en place les interventions;
4. Surveiller l'utilisation des connaissances;
5. Évaluer les résultats; et
6. Maintenir l'utilisation des connaissances.

Une mise en place de lignes directrices qui amène des changements fructueux dans la pratique professionnelle et des répercussions cliniques positives constitue une entreprise complexe. La *Trousse* est une ressource essentielle à la gestion de ce processus. La *Trousse* peut être téléchargée à l'adresse <http://RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition>.



Recommandations



Canadian Centre
on Substance Abuse
Centre canadien de lutte
contre les toxicomanies

Partnership. Knowledge. Change.
Collaboration. Connaissance. Changement.

March 4, 2015

Dr. Doris Grinspun
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario
158 Pearl Street
Toronto, ON M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun:

On behalf of the Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA), I am pleased to provide endorsement of the Registered Nurses' Association of Ontario's (RNAO's) evidence-informed clinical best practice guideline, *Engaging Clients Who Use Substances*.

Informed by evidence from research and other sources and developed in partnership with a multi-disciplinary focus, *Engaging Clients Who Use Substances* will serve as a valuable resource for many of our partners and networks across the country. It will be useful for nurses as well as their healthcare colleagues who are invested in providing effective, evidence-informed services to Canadians who are at risk for or experiencing substance use disorders.

By way of background, CCSA is a national, not-for-profit organization created by a federal Act of Parliament in 1988. For more than 25 years, we have provided national leadership and advanced knowledge and solutions to address alcohol and other drug-related harm by working collaboratively with all orders of government, the not-for-profit and private sectors.

CCSA has developed a number of evidence-informed resources that may be of interest to RNAO members. As an example, the *Alcohol Screening, Brief Intervention & Referral: Helping patients reduce alcohol-related risks* (<http://www.sbir-diba.ca>) was developed for primary healthcare practitioners to assist them in helping patients better manage their alcohol consumption. We welcome an opportunity to discuss this tool and its potential to assist RNAO members.

Congratulations and many thanks for developing *Engaging Clients Who Use Substances*, an important contribution to reducing the harm associated with alcohol and other drugs among Canadians.

Sincerely,

Rita Notarandrea
Chief Executive Officer (interim)
Canadian Centre on Substance Abuse

500-75 rue Albert Street, Ottawa ON K1P 5E7 • Tel./Tél. : 613-235-4048 • Fax/Télééc. : 613-235-8101
www.ccsa.ca • www.cclt.ca



1 Concorde Gate, Suite 109
Toronto, ON. M3C 3N6
Tel 416 426 7229
Fax 416 426 7280

February 27, 2015

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (Hon), O.Ont.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario
158 Pearl Street
Toronto, ON M5H 1L3

RE: *Engaging Clients Who Use Substances Guidelines*

Dear Dr. Grinspun

On behalf of the Canadian Federation of Mental Health Nurses (CFMHN), I would like to provide CFMHN's endorsement of RNAO's Best Practice Guideline: Engaging Clients Who Use Substances.

CFMHN's primary objectives are to assure national leadership in the development and application of nursing standards that inform and affect psychiatric and mental health nursing practice; examine and influence government policy, and address national issues related to mental health and mental illness; communicate and collaborate with national and international groups that share professional interests; and, facilitate excellence in psychiatric and mental health nursing by providing members with educational and networking resources and opportunities.

The intent of this guideline meets with our mandate and objectives for CFMHN. The guideline acknowledges the complexity of issues that can be attributed to substance use such as societal costs, stigma and discrimination, as well as early onset. The guideline is also clear as to what it does not address, such as concurrent disorders. It is appreciated that this guideline addresses the interprofessional nature of this work with a focus on practice, education, organizations and policy.

Sincerely

Lorelei Faulkner-Gibson, RN, MN, CPMHN(C)
President, Canadian Federation of Mental Health Nurses

Canadian Federation of Mental Health Nurses

www.cfmhn.ca

camh

Centre for Addiction and Mental Health
100 Stokes Street
Toronto, ON M6J 1H4
www.camh.ca

Centre de toxicomanie et de santé mentale
100, rue Stoke
Toronto, ON M6J 1H4
www.camh.ca/fr



Peter Selby, MBBS, CCFP, FCFP, dip ABAM
Chief, Addictions and Head,
Nicotine Dependence Clinic,
Centre for Addiction and Mental Health

Professor,
Departments of Family & Community Medicine
and Psychiatry, Dalla Lana School of Public
Health, University of Toronto

Tel: 416-535-8501 ext. 36859
Fax: 416-595-6728
peter.selby@camh.ca

February 12, 2015

Doris Grinspun, RN, MSN, PhD, LLD (Hon), O.Ont.
Chief Executive Officer
Registered Nurses' Association of Ontario
158 Pearl Street
Toronto, ON M5H 1L3

Dear Dr. Grinspun,

As Chief of the Addictions Division at the Centre for Addiction and Mental Health, it is my pleasure to write this letter of endorsement of the RNAO's evidence-based clinical best practice guideline, *Engaging Clients Who Use Substances*.

The RNAO's new best practice guideline has followed a rigorous approach to guideline development with practical advice on implementation into a client's plan of care. *Engaging Clients Who Use Substances* provides enormously valuable direction for the practicing clinician, especially nurses, as well as education, system and policy recommendations. The involvement of over 20 experts from various areas of the health care sector in the development of these guidelines is particularly noteworthy since considerations for the interprofessional team were acknowledged and, as a result, these guidelines could have a far-reaching influence in the Canadian health care field filling a major gap for the non-expert in addictions who encounters substance use behaviours in their clients/patients.

This new evidence-based clinical best practice guideline is an excellent resource for nurses, physicians, and health care administrators and any other health care professional across Canada.

Congratulations and thank you for this important work!

Sincerely,

Peter Selby, MBBS, CCFP, FCFP, dip ABAM

A PHA/WHO Collaborating Centre
Fully affiliated with the University of Toronto
TRANSFORMING LIVES

Un centre collaborateur ops/oms
Affilié à part entière à l'université de Toronto
TRANSFORMER DES VIES

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Lignes directrices sur les
pratiques cliniques exemplaires

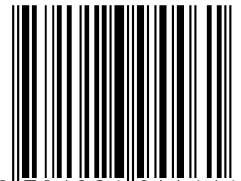
MARS 2015

Établissement d'un dialogue avec les clients qui utilisent des substances



Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

ISBN 978-1-926944-61-6



9 781926 944616

**SPINE IS IN
A SEPARATE FILE**