

Équipes de liaison spécialisées  
en dépendance dans les  
urgences  
Expérience québécoise

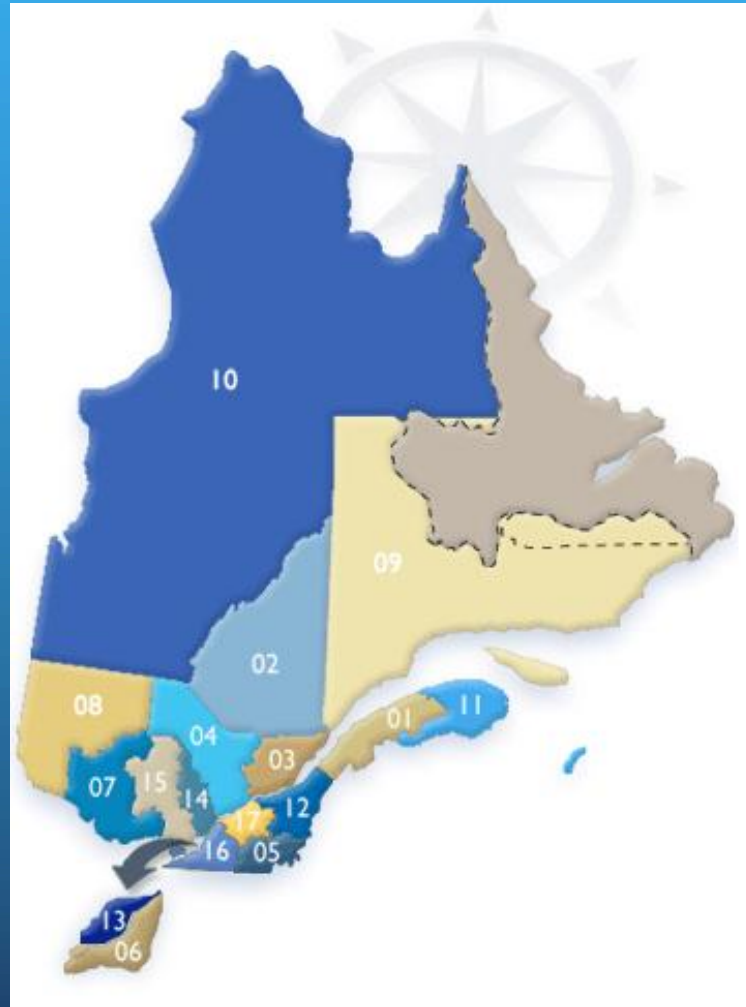
D<sup>re</sup> Lise Archibald

Québec

# Plan de la présentation

- Mise en contexte
- Historique des équipes de liaison et état de situation
- État des TDO et organisation de la prescription de substitution
- Place des TDO dans les CH

# Carte des régions du Québec



# Organisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux



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

# Contexte québécois

- CRP en dépendance dans chaque région
- CSSS offre services sociaux et médicaux à population limitrophe
- Hôpitaux de soins généraux et psychiatriques
- Cabinets de médecins et CSSS assument la 1<sup>re</sup> ligne
- Pénurie de médecins
- Peu de médecins impliqués dans traitement des toxicomanes, encore moins dans TDO (TSO)
- Vision plus psychosociale que médicale dans les CRD

# Contexte québécois

- Services différents d'une région à l'autre
- Pas de TSO dans toutes les régions
- Établissements enclins à travailler en silo
- Infirmières de liaisons pour médecine physique et référence post hospitalisation vers CSSS et MD de famille
- Peu ou pas de liaison Centres hospitaliers - CRD avant années 2000

# Historique des équipes de liaison

- Domrémy-Centre du Québec amorce consultation régionale 1997
- 1999 : lacunes identifiées: problèmes d'accessibilité dans les CRD, manque de continuité des services inter établissements, durée moyenne de séjour à l'hôpital pour sevrage = 7.2 jours. Hospitalisation malgré sevrage léger à modéré.
- Patients avec problèmes d'abus ou dépendance consultent à répétition dans les urgences et leur problème de consommation pas toujours adressé

# Problèmes

- Engorgement des urgences
- Récurrence des visites à l'urgence
- Patient ne consulte pas au CRD même si référé
- Détérioration de la clientèle
- Pas de coordination entre psychiatrie et services en dépendance
- Coûts élevés (Sevrage ne nécessite pas toujours niveau de soins hospitalier)

# Infirmières de liaison

- 2003 : déploiement d'infirmières du CRD dans une urgence de la région de Trois-Rivières
- But : mieux répondre aux besoins de désintoxication selon sévérité du sevrage (alcool) (typologie de l'ASAM)
- Encadrer sevrage de gravité 1 à 3 dans milieu autre que l'hôpital
- Profiter des situations de crise pour motiver les patients à s'engager dans une démarche de réadaptation

# Constatations

- Patients qui consultent en CH : sévérité plus élevée à maints égards
- Alcool impliqué le plus souvent
- Opiacés : 3 %      UDI : 7 %
- Plus de problèmes de santé mentale
- Motifs de consultations multiples (Idéation ou tentative suicidaire et intoxication = 1<sup>ers</sup>)

## Résultats (2005)

- Dépistage des problèmes de consommation amélioré
- Référence rapide au CRD
- Niveau de soins approprié pour sevrage (hôpital pour niveau 4)
- Meilleure continuité des services
- Meilleure adhésion des patients aux services de réadaptation

# Évolution

- Région Chaudière-Appalaches : nov. 2006
- Région Québec 2008 : création d'une équipe de liaison en appui aux infirmières
- Modèle : équipe clinique et médicale du CH incluant service de psychiatrie, équipe du CRD (infirmières, professionnel de la réadaptation du CR, médecin), gestionnaire responsable au CH et au CR. Modalité de fonctionnement simple et efficace, communication rapide entre différents acteurs.
- Formation préalable (dépistage de dépendance, degré d'intoxication, sevrage, santé mentale)

# Évolution

- 2008 : MSSS accorde soutien financier pour appuyer le déploiement d'équipes de liaison spécialisées dans les urgences dans toutes les régions du Québec
- 2008 : Publication et diffusion du *Guide d'implantation des équipes de liaison spécialisées en dépendance à l'urgence*  
[www.gouv.qc.ca](http://www.gouv.qc.ca) Section Documentation, rubrique Publications
- MSSS confie au CDC-IUD la responsabilité de la formation

# Évolution

- Formation débutée depuis 2009
- Formation pour infirmières de liaison
- Formation des intervenants toxico qui assument la prise en charge initiale
- Formation des partenaires hospitaliers
- Mise en place des équipes dans régions : 16 équipes

## Les TSO : délivrance et organisation

- Naissance : Montréal (Dr Pierre Lauzon)
- Expansion lente en région
- Pas de véritable leadership politique
- Réseau fragile

# Les TDO au Québec - Substitution

- Substitution : Méthadone utilisée en première intention. Buprénorphine: 2008, payée par l'État dans conditions particulières
- Montréal : Cran, Hôpitaux, CSSS, md en cabinet
- Régions : CRD, quelques hôpitaux et CSSS, peu de md de la communauté
- Situation variable d'une région à l'autre. Pénurie de médecins limite l'accès. Réseau en situation précaire

# TDO et Hôpitaux

- Hôpitaux : implication variable. Rx substitution démarrée lors d'hospitalisation. Rx externe dans certains hôpitaux (Clinique HERZL, Hôpital juif de Montréal, UMF de Hôpital Charles Lemoyne, Hôpital Saint-François d'Assise)
- Services à bas seuil d'accessibilité (Montréal et Québec)
- CRD de plus en plus impliqués dans développement des TSO

# Délivrance des TSO- Règles

- Exigences légales. Permis (exemption à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances)
- Lignes directrices de l'Ordre des pharmaciens et du Collège des médecins
- Médecins affiliés à CRD, Hôpitaux, UMF, cabinets.
- Méthadone desservie par pharmaciens de la communauté

# Les TDO au Québec-Substitution

- 2008 : environ 2000 patients en traitement
- 2008 : 6 régions n'offrent pas de TSO
- Peu de transfert en première ligne pour patients stabilisés

# Remerciements

- M. Jean-Marc Ménard (Domrémy Centre du Québec)
- M. Yvan Gingras et Mme Annie Bellerose (Cruv)
- Service appui TDO
- Dr Jacques Dumont (CRUV)