

L'intervention brève en dépendance dans les salles d'urgence : survol des pratiques et de leur efficacité

par

Caroline Fortin

Essai sous la supervision de Madame Karine Bertrand présenté dans le cadre de la
Maîtrise en intervention en toxicomanie

Université de Sherbrooke
Faculté de médecine et des sciences de la santé
© 13 janvier 2014

RÉSUMÉ

Ce projet d'essai synthèse porte sur l'intervention brève en dépendance en contexte de salle d'urgence et a pour objectif d'améliorer les pratiques des infirmières de liaison spécialisées en dépendance. Pour ce faire, une recension des écrits est effectuée à partir du début des années 2000 afin d'établir un bilan critique des interventions brèves les plus efficaces auprès des patients qui ont été détectés à risque ou ayant une dépendance aux substances psychoactives dans les salles d'urgence des hôpitaux. Ce travail critique permet de faire le pont entre la recherche et la pratique, car à l'issue de cette recension, les résultats seront présentés aux professionnel(le)s de la santé des différentes équipes de liaison de Montréal. Ainsi, les interventions qui ont été identifiées comme étant les plus efficaces, selon cette recension critique des écrits, seront proposées aux infirmières de liaison et aux gestionnaires responsables de ces équipes, afin qu'elles soient intégrées aux pratiques cliniques des infirmières.

MOTS-CLÉS

Interventions brèves; Efficacité; Urgence; Dépendance; Drogue

ABSTRACT

This thesis project investigates brief interventions in addictions management in the hospital emergency department, with the objective of improving practices of liaison nurses specialised in addictions. A critical review of relevant literature published between 2000 and 2013 was completed. Papers were critically appraised in order to identify the most effective interventions in patients with hazardous or harmful drinking, or drug abuse, or dependent drinkers, or dependent drug users in hospital emergency departments. This critical review bridges the gap between research and practice, and results will be presented to health professionals and different liaison teams working in addictions management in Montréal. The interventions identified as most effective by this critical review will be proposed to the liaison nurses and team managers with the goal of integrating these findings into clinical practice.

KEYWORDS

Brief Intervention; Effectiveness; Emergency; Addiction; Drug Use

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	ii
MOTS-CLÉS.....	ii
ABSTRACT.....	ii
KEYWORDS.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iv
TABLEAUX.....	v
1. INTRODUCTION	1
1.1 Contexte	1
1.2 « Screening, brief intervention, and referral to treatment »	2
1.3 Liens avec la pratique clinique et justification de l'objectif de l'essai.....	5
1.4 Objectif initial de l'essai synthèse	7
2. CHOIX ET JUSTIFICATION DU MOYEN POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF DE L'ESSAI.....	8
3. DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS	9
3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	9
3.2 Collecte des données.....	10
4. ANALYSE DES RÉSULTATS	11
4.1 Survol des études recensées	11
4.2 Les interventions brèves chez les consommateurs d'alcool	12
4.3 Les interventions brèves chez les consommateurs de drogues illicites.....	21
4.4 Prédicteurs d'efficacité.....	22
5. CONCLUSION	26
5.1 Les principaux constats	26
5.2 Recommandations.....	27
5.3 Retombées cliniques	29
7. LISTE DES RÉFÉRENCES	32

REMERCIEMENTS

J'aimerais dans un premier temps remercier les Fonds de bourse Jean Lapointe pour leur contribution financière à mon projet d'essai synthèse. J'aimerais ensuite remercier le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-Institut universitaire, pour m'avoir fait découvrir le merveilleux domaine de l'intervention en dépendance. Plus particulièrement, je remercie Luc Therrien et Marie Lecavalier qui ont cru en mon projet au point d'intégrer rapidement mes recommandations dans les pratiques des infirmières des équipes de liaison. Également, un grand merci à la Direction des services professionnels et de la mission universitaire pour avoir manifesté son intérêt à étudier mon projet dans une éventuelle perspective de recherche. Enfin, un énorme merci à mon père, qui m'a toujours encouragée dans mes projets académiques, à Olivier Sylvestre et Edith Paré-Roy qui ont généreusement accepté de lire et de commenter mon essai, à Ashley Wynne et Logan Sacco pour la traduction de mon résumé, et à ma directrice, Karine Bertrand, qui m'a accompagnée et soutenue dans ce processus.

Je dédie bien évidemment cet essai à mes patient(e)s, qui, je l'espère, bénéficieront de l'amélioration constante de nos pratiques.

TABLEAU

Tableau 1 : Tableau synthèse des résultats des essais contrôlés randomisés recensés concernant différentes interventions brèves ciblant la consommation d'alcool à risque ou problématique.....	14
---	----

1. INTRODUCTION

1.1 Contexte

L'introduction des infirmières¹ de liaison en dépendance dans les hôpitaux montréalais depuis 2009 a amené un vent de changement positif dans les salles d'urgence des hôpitaux Maisonneuve-Rosemont, Notre-Dame et Hôtel-Dieu en ce qui a trait aux problématiques entourant les troubles d'utilisation de substances (TUS) et le jeu. Pour preuve, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) de Montréal vient tout juste, à l'automne 2012, de débloquer un important budget pour que des infirmières ou des intervenants spécialisés en dépendance soient également présents à l'Hôpital Saint-Luc, à l'Hôpital de Verdun, à l'Hôpital St-Mary's et à l'Hôpital général de Montréal.

Or, le travail des infirmières de liaison en dépendance dans les hôpitaux montréalais n'est pas sans rappeler une approche particulière qui prend de l'ampleur aux États-Unis dans le réseau de la santé, le SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment). En effet, cette approche est utilisée dans différents milieux dont les salles d'urgence, les cliniques médicales et les programmes d'aide aux employés (Agerwala et McCance-Kattz, 2012) auprès de personnes dont la raison de consultation initiale dans ces milieux de soins n'est pas nécessairement reliée à un TUS. En ce sens, Nilsen et coll. (2008) mentionnent que 40 % des gens qui se présentent à l'urgence le font pour différents traumatismes, et près de la moitié de ces traumatismes sont reliés à la consommation d'alcool. De façon plus générale, il est estimé aux États-Unis que de 15 à 20 % des personnes qui consultent à l'urgence ont un TUS (D'Onofrio et coll., 2006). Ainsi, la tâche des infirmières de liaison de Montréal consiste à rencontrer ces patients, évaluer leur consommation de substances psychoactives (SPA), puis les référer au Centre de réadaptation en dépendance de Montréal- Institut universitaire (CRDM-IU), au Centre de réadaptation (CRD) Foster² ou dans des ressources certifiées en dépendance³ s'ils sont intéressés à changer leurs habitudes de consommation.

¹ Les femmes étant présentes en grande majorité dans la profession infirmière, l'emploi du féminin a été privilégié tout au long de cet essai.

² Pour la clientèle qui parle l'anglais ou le mandarin.

³ Le CRDM-IU et le CRD Foster étant des centres de désintoxication, lorsque les personnes n'ont pas besoin de faire un sevrage, elles sont référées dans des ressources certifiées en dépendance directement. Le rôle de ces dernières est d'aider les personnes sevrées à approfondir leur réflexion et leur compréhension de leur problème de dépendance et ainsi d'être en mesure de poursuivre l'atteinte de leurs objectifs par rapport à leur consommation.

1.2 « Screening, brief intervention, and referral to treatment »

Le SBIRT a le potentiel de mettre des assises conceptuelles sur la pratique clinique des infirmières de liaison en dépendance. En effet, le modèle québécois des équipes de liaison en milieu hospitalier reproduit de façon presque intacte le SBIRT, mais sans que cela n'ait été présenté ainsi par le MSSS. Les origines du SBIRT remontent au début des années 1980 aux États-Unis alors que des efforts impliquant l'Organisation mondiale de la santé (OMS) étaient faits pour créer des outils de détection et de repérage et faire des interventions efficaces et brèves auprès des personnes aux prises avec des problèmes reliés à l'alcool dans les centres de santé primaire. Dans les années 1990, les efforts ayant été fructueux à cet égard, des recherches ont pu être entreprises pour évaluer l'efficacité de ces outils et de ces interventions dans différents milieux de soins, dont les salles d'urgence, les cliniques de soins primaires, ainsi que dans les départements de traumatologie. C'est aussi durant cette décennie que des interventions similaires ont vu le jour dans plusieurs autres pays et ont commencé à être appliquées aux autres SPA, étant donné le succès rencontré auprès des personnes à risque ou dépendantes à l'alcool (Babor et coll., 2011). En effet, depuis sa création, l'efficacité du SBIRT a été scientifiquement démontrée et les publications sur le sujet abondent (Agerwala et Elinore 2012; Babor et coll. 2011; D'Onofrio et Degutis 2002; Parker et coll. 2012; Young et coll. 2012).

Selon Babor et coll. (2011), le SBIRT doit être compris dans une perspective de santé publique. En effet, ces auteurs définissent le SBIRT comme étant une approche de santé publique visant à faire de l'intervention précoce et à offrir des services de traitement rapide pour les personnes ayant un TUS ou à risque d'en développer un. L'objectif principal du SBIRT est ainsi de réduire autant que possible les conséquences physiques et mentales associées à la consommation de SPA. Plus spécifiquement, le « S » de l'acronyme SBIRT (le « screening ») ou le repérage et la détection, est défini comme étant l'intégration à la routine des professionnels de la santé dans les milieux de soins d'une évaluation systématique de la consommation de SPA ou des conséquences reliées à celle-ci chez leurs patients (Babor et coll., 2011). C'est au cours de cette étape que des outils tels le « *Michigan Alcoholism Screening Test* » (MAST)⁴, l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)⁵ et l'Alcohol, Smoking and Substance Involvement

⁴ Développé en 1971, le MAST est un des plus vieux outils de détection utilisés pour identifier les personnes dépendantes à l'alcool en 22 questions. Voir Selzer, 1971 en référence bibliographique.

⁵ Développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au début des années 1990, l'AUDIT est un outil

Screening Test (ASSIST)⁶, en guise d'exemples, sont utilisés. Également, sont incluses ici les personnes qui se présentent à l'urgence spécifiquement pour un TUS, ou encore, celles qui n'ont pas nécessairement répondu à des questions concernant leur consommation de SPA, mais dont les tests de dépistage biologiques (tests d'urine, prises de sang, etc.) ont été positifs aux drogues de rue ou à une éthylémie élevée (Young et coll., 2012).

Les lettres « BI », de leur côté, signifient « brief intervention » (intervention brève). Selon Babor et coll. (2011), l'intervention brève se limite à une ou deux conversations de courte durée durant lesquelles l'intervenant donne de l'information ou des conseils, tente d'augmenter la motivation pour éviter l'utilisation de SPA ou encore, fait de l'enseignement sur la façon de changer des comportements de consommation nuisibles ou qui ont des impacts négatifs sur la vie de son patient. Young et coll. (2012) mentionnent que les interventions suivantes sont les plus couramment présentes lors d'une intervention brève : de la rétroaction sur le comportement de la personne et les conséquences qui y sont associées, de la responsabilisation à effectuer des changements, des conseils, un menu d'options pour effectuer des changements, de l'empathie et l'augmentation du sentiment d'auto-efficacité à changer.

Enfin, le « RT » (referral to treatment), ou la référence au traitement, est l'étape au cours de laquelle l'intervenant facilite l'accès à des soins spécialisés en dépendance, surtout pour les personnes qui ont un TUS plus sévère et pour lesquelles une intervention brève n'est pas suffisante (Babor et coll., 2011). Cette étape peut impliquer l'explication de différents services disponibles en dépendance et la remise d'une liste de numéros de téléphone, l'accompagnement dans des démarches (appels téléphoniques) pour trouver une thérapie, ou encore, l'organisation complète par l'intervenant d'un transfert de la personne de l'hôpital vers un CRD.

Les principales critiques concernant le SBIRT sont bien résumées par Ong-Flaherty (2012). Cette auteure rapporte en effet que les interprétations variables des différentes

de détection de dix questions permettant d'identifier les signes précurseurs d'une consommation à risque ou dommageable et les dépendances modérées à l'alcool. Voir Saunders et coll., 1993 en référence bibliographique.

⁶ L'ASSIST a été développé à la fin des années 1990 par un groupe de chercheurs qui travaillaient pour l'OMS. Il a été créé pour être utilisé dans les milieux de soins comme outil de détection d'utilisation abusive de SPA et des problèmes associés à cette dernière en huit questions. Voir Humeniuk et coll., 2008 en référence bibliographique.

Caroline Fortin, Essai synthèse TXM 790, janvier 2014

L'essai synthèse demeure un exercice académique. Le lecteur doit mettre les résultats en contexte avec l'ensemble de la documentation clinique et scientifique disponible et il demeure responsable de leur utilisation.

Pour citer cet essai: Fortin C. (2014). L'intervention brève en dépendance dans les salles d'urgence: survol des pratiques et de leur efficacité. Essai synthèse inédit, Maîtrise en intervention en toxicomanie. Université de Sherbrooke

composantes du SBIRT en termes de procédures (Qui fait le repérage et la détection? Comment sont-ils faits? Quel type d'interventions brèves a été privilégié?) minent la capacité d'avoir une idée claire de son fonctionnement. Elle mentionne également, tout comme Babor et coll. (2011), que l'efficacité à long terme du SBIRT demeure mitigée, que les professionnels de la santé ne sont pas toujours favorables à son implantation dans leur milieu de soins, et que la formation que ces derniers doivent recevoir engendre des coûts élevés. Un autre aspect qui préoccupe plusieurs auteurs (Ong-Flaherty, 2012; Pilowsky et Wu, 2012) est que le repérage et la détection à eux seuls engendrent des conséquences qu'il faut assumer, c'est-à-dire qu'il faut être prêt à offrir un service adéquat et dans des délais raisonnables pour les personnes qui ont été identifiées comme étant à risque ou qui ont développé un TUS. Or, ce n'est pas partout que de tels services sont facilement disponibles ou encore existants. Enfin, le SBIRT ne révèle pas toutes les raisons qui se cachent derrière une problématique de consommation, ni tous les éléments qui vont nuire ou contribuer à un objectif tel l'abstinence. Ce que l'auteure souligne, c'est que le SBIRT, étant donné son temps d'application limité, n'intègre pas en termes d'interventions toute la complexité des variables impliquées dans la dépendance (hérédité, facteurs sociaux, spécificités culturelles, réseau de soutien, etc.), ce qui peut en altérer son efficacité (Ong-Flaherty, 2012).

En contrepartie, les avantages du SBIRT sont nombreux : son implantation est flexible; les outils de détection faciles et rapides à utiliser; il permet des prises de conscience parmi les personnes qui consomment des SPA; il contribue à une plus grande implication des organismes de santé publique par rapport aux problématiques reliées aux SPA (puisque les collectes de données associées à cette pratique génèrent des statistiques révélatrices); et enfin, plusieurs retombées économiques ont été répertoriées, l'outil contribuant à diminuer le phénomène des portes tournantes à l'urgence (Ong-Flaherty, 2012). Bien sûr, en ce qui concerne les premiers intéressés, c'est-à-dire les consommateurs, les plus grands bénéficiaires sont la diminution de leur consommation et des conséquences négatives qui y sont associées, en particulier la détérioration de leur état de santé physique et mentale (Babor 2011; D'Onofrio 2002; Parker 2012).

1.3 Liens avec la pratique clinique et justification de l'objectif de l'essai

À Montréal, dans le cadre de leur travail clinique, les infirmières de liaison en dépendance doivent répondre à des demandes de consultation de la part des médecins,

des travailleurs sociaux et des infirmières de façon prioritaire en salle d'urgence. Pour ce faire, elles doivent compléter une évaluation validée par le CRDM-IU, l'évaluation spécialisée en soins infirmiers (l'ESSI)⁷, dans laquelle se trouvent des questions concernant la consommation de SPA, l'état de santé physique et mentale de la personne évaluée, ainsi que sa motivation et ses objectifs concernant sa consommation. Le repérage et la détection d'un potentiel de TUS chez leurs patients sont donc effectués par les professionnels de la santé de l'hôpital dans un premier temps, puis, à leur demande, si ces tests s'avèrent positifs, les infirmières vont rencontrer leurs patients afin de leur offrir un service en dépendance. L'offre de services inclut une évaluation (l'ESSI et un CIWA-AR⁸, si pertinent), puis une orientation vers différentes options, tels un suivi en externe avec une intervenante, un séjour de 24 h à 48 h à l'Urgence-dépendance, une désintoxication de sept à dix jours au CRDM-IU, ou encore, l'accompagnement dans une démarche téléphonique pour trouver une thérapie dans un CRD autre que celui situé à Montréal lorsqu'il n'y a pas de lits disponibles ou lorsque la personne cherche une ressource certifiée en dépendance. Les liens entre le SBIRT et la pratique clinique des infirmières de liaison en dépendance du CRDM-IU sont donc très clairs puisque exception faite pour l'intervention brève, chacune des étapes du SBIRT est appliquée, mais sans que cela soit nommé ainsi. Autrement dit, le SBIRT met en mots ce que ces infirmières font en pratique.

De façon plus spécifique, ce qui est attendu de leur rôle, c'est qu'elles procèdent à l'évaluation de l'admissibilité des patients dans les services du CRDM-IU. Bien que l'ESSI ait été conçu de façon à ce que quelques éléments motivationnels soient présents, aucune attente n'a été formulée par le MSSS⁹ à l'effet que les infirmières de liaison en dépendance incluent de l'intervention brève dans leur pratique. En effet, le rôle de l'infirmière est strictement décrit comme un rôle d'évaluation et d'orientation par rapport aux patients, et de collaboration avec l'équipe de soins de l'urgence. Cela dit, des éléments de l'intervention brève se retrouvent dans la section du Guide d'implantation des équipes de liaison en dépendance dans les urgences qui porte sur le rôle des intervenants

⁷ L'ESSI utilisée par les infirmières de liaison du CRDM-IU est à la base inspirée du NiD-ÉM (Niveau de désintoxication – Évaluation par les intervenants médicaux) qui est une grille d'évaluation standardisée du sevrage et du niveau de soins requis élaborée par Rouillard et ses collègues, voir Rouillard et coll., 1999 en référence bibliographique.

⁸ Le CIWA-AR est un outil d'évaluation des symptômes de sevrage d'alcool, pour de plus amples détails, voir Sullivan et coll., 1989 en référence bibliographique.

⁹ Voir à ce sujet la section sur le rôle de l'infirmière de liaison dans le guide d'implantation des équipes de liaison rédigé par le MSSS (p. 12 et 13).

des CRD, c'est-à-dire des professionnels qui vont recevoir les patients sur une base externe pendant quelques rencontres, le temps qu'ils soient référés à un programme convenant à leurs besoins spécifiques. Cela dit, ces éléments de l'intervention brève sont peu explicites; rappelons que ces intervenants ne sont pas à l'hôpital, mais bien dans les locaux du CRDM-IU, ce qui empêche d'emblée tous les patients qui ne désirent pas de suivi en CRD ou encore qui ne se présentent pas à leur rendez-vous d'avoir accès à de l'intervention brève.

Ainsi, si les infirmières excellent dans l'évaluation de l'admissibilité et dans la référence vers des traitements spécialisés en dépendance, soit le « RT » du SBIRT, il est clair que les infirmières de liaison pourraient améliorer leur pratique en intégrant des interventions brèves auprès des patients qu'elles voient. En effet, si on regarde les statistiques compilées à partir des données des hôpitaux de la ville de Québec, sur 78 % des demandes orientées vers un CRD, seulement 50 % des personnes orientées par les infirmières de liaison se rendent réellement à leur rendez-vous (Blanchette-Martin et coll., 2012). Or, il est démontré selon plusieurs écrits (Agerwala et Elinore, 2012; Babor et coll., 2011; D'Onofrio et Degutis, 2002; Parker et coll., 2012; Young et coll., 2012) que si l'infirmière avait d'emblée fait de l'intervention brève, son intervention aurait eu un impact significatif sur la consommation de SPA du patient qu'elle a vu, et ce, même s'il ne s'était pas présenté par la suite à son rendez-vous de suivi.

Pour constater l'ampleur de l'efficacité de l'intervention brève, il faut consulter les tableaux présentés par D'Onofrio et Degutis (2002), dans lesquels ils font une présentation des résultats d'une quarantaine d'études portant sur ce type d'intervention. La grande majorité d'entre elles démontrent des résultats positifs tels que la diminution de la consommation d'alcool, du taux de GGT (gamma glutamyl transférase) qui sont des enzymes hépatiques qui augmentent chez les grands consommateurs d'alcool, ainsi que la diminution des problèmes reliés à la consommation d'alcool et des jours de maladie pris au travail (D'Onofrio et Degutis, 2002). La diminution de substances autres que l'alcool a également été démontrée par plusieurs études, tel que le rapportent Young et coll. (2012). Également, Agerwala et McCance-Katz estiment que « ...those patients receiving a brief intervention (BI) were more likely to enter into substance abuse treatment in the year following BI » (Agerwala et McCance-Katz, 2012; p. 309). Autrement dit, l'intervention brève semble faire germer une réflexion sur la

consommation de SPA qui incite éventuellement les personnes à aller demander de l'aide dans des CRD. Comme le mentionnent Pilowsky et Wu (2012), deux entrevues de 15 minutes chacune et un ou deux appels téléphoniques de suivi sont suffisants pour faire une différence significative sur la consommation d'alcool d'une personne. Par ailleurs, une hypothèse pourrait être émise à l'effet que si des interventions brèves étaient faites lors de l'entrevue d'évaluation sur l'admissibilité des patients au CRDM-IU, le taux d'absentéisme au rendez-vous de suivi en externe proposé avec l'équipe de stabilisation serait moins élevé.

1.4 Objectif initial de l'essai synthèse

Puisque le rôle professionnel des infirmières de liaison en dépendance est limité à la référence au traitement, soit la partie « RT » du SBIRT précédemment explicité et que la partie « BI », c'est-à-dire l'intervention brève, a été complètement occultée par le MSSS dans son plan d'implantation des équipes de liaison dans les urgences, il apparaît très pertinent d'introduire des interventions brèves dans la pratique clinique des infirmières de liaison en dépendance.

Ainsi, l'objectif de cet essai synthèse est d'établir un bilan critique des interventions brèves les plus efficaces auprès des patients qui ont été détectés à risque ou ayant une dépendance aux substances psychoactives dans les salles d'urgence des hôpitaux.

Pour répondre à cet objectif, cet essai est divisé en quatre parties principales. Dans la première partie, le moyen préconisé, c'est-à-dire une recension des écrits, est argumenté afin d'en faire valoir la cohérence avec l'objectif de l'essai; la seconde partie détaille le déroulement des activités réalisées pour actualiser cette recension; la troisième partie est une analyse critique des résultats obtenus de la démarche. Enfin, des recommandations et un aperçu de potentielles retombées cliniques servent de conclusion.

2. CHOIX ET JUSTIFICATION DU MOYEN POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF DE L'ESSAI

Une recension des écrits est un moyen qui permet d'examiner de façon critique la documentation scientifique, d'avoir un point de vue nuancé sur l'état des connaissances et de prendre une position éclairée sur un sujet (Machi et coll., 2009). Étant donné

l'objectif de cet essai d'établir un bilan des interventions brèves les plus efficaces en toxicomanie dans un contexte de salle d'urgence, il est clair qu'une recension des écrits est le moyen le plus pertinent pour atteindre ce but. En effet, un survol de la documentation préliminaire effectué au cours de l'étape de questionnement sur le sujet a permis de constater l'existence d'une grande quantité d'écrits pertinents. Cela dit, peu de recensions ont été faites spécifiquement sur l'intervention brève dans un contexte de salle d'urgence et décrivant de façon détaillée les aspects cliniques reliés aux interventions efficaces. En effet, une recherche préliminaire sur la question a eu pour résultat d'en trouver une seulement, publiée en 2008, et dont les critères d'inclusion sont spécifiques aux patients ayant subi une blessure et consommant de l'alcool¹⁰. Dans ce contexte, la recension est pertinente étant donné le nombre d'écrits traitant de l'intervention brève en salle d'urgence, mais elle est aussi originale puisque aucun document actuel ne donne toutes les réponses au questionnement de cet essai.

Les cinq étapes suivantes ont ainsi servi de guide à la démarche de cette recension : « 1- Délimitation de la recension; 2- Définir une démarche rationnelle pour guider la recherche documentaire; 3- Choix des publications de recherche; 4- Recension systématique des écrits; et 5- Rédaction » (Bertrand, 2013; p.10-15). Plus précisément, à l'étape 1, il s'agit de mieux cibler le questionnement et les objectifs qui seront ensuite visés par la recension systématique des écrits. À l'étape 2, il s'agit de délimiter les sources documentaires pertinentes à consulter et de proposer une stratégie de recherche en utilisant les concepts importants présents dans la question de recherche. Ces concepts serviront dès lors de mots-clés, tels « brief intervention », « effectiveness », « emergency » et « addiction » ou « drug use » pour la recherche en anglais, et « interventions brèves », « efficacité », « urgence », « dépendance » ou « drogue », pour la recherche en français. Bien sûr, dépendamment du nombre d'écrits trouvés à l'aide de ces mots-clés, des opérateurs booléens sont appliqués afin d'élargir ou de limiter la recherche. L'étape 3 concerne le type de publications de recherche. En effet, pour cet essai, les recherches quantitatives faites auprès d'une clientèle adulte et datant de moins de dix ans ont été privilégiées. À l'étape 4, c'est la détermination des critères pertinents afin d'organiser et de critiquer l'information recueillie, de la synthétiser et de la comparer et enfin, l'étape 5, est l'élaboration d'un plan de rédaction pour ensuite être en mesure de

¹⁰ Voir Nilsen et coll., 2008, en référence bibliographique.

rédigier l'essai synthèse (Bertrand, 2013). En somme, ce projet d'essai permet de contribuer de façon originale aux connaissances générales sur l'intervention brève dans un contexte de salle d'urgence et de pouvoir ensuite partager ces connaissances avec les équipes de travail en liaison dans le but d'améliorer les pratiques.

3. DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS

3.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Cette recension de la documentation a pour objectif de recenser les écrits portant sur l'efficacité de l'intervention brève en dépendance dans les salles d'urgence. Pour ce faire, les écrits datant de l'an 2000 jusqu'à aujourd'hui ont été inclus dans la recherche afin d'en limiter le nombre, mais également pour avoir les données les plus récentes sur le sujet. En effet, puisque les premières études sur le SBIRT remontent au début des années 80, il est important d'avoir un aperçu des pratiques actuelles. Ont été prises en considération les études portant sur l'alcool et les autres drogues, mais exclues les études portant sur le tabac ainsi que sur les benzodiazépines, étant donné la particularité de ces deux substances en termes de processus de sevrage et d'organisation des soins. Également, la documentation sur le SBIRT (Screening, brief intervention and referral to treatment) étant très vaste, seuls les écrits portant spécifiquement sur l'intervention brève en salle d'urgence ont été recensés. Ainsi, toutes les études qui traitent de l'intervention brève dans un autre contexte que celui des salles d'urgence ont été exclues. Enfin, cette recension inclut principalement des pays d'Amérique du Nord et d'Europe occidentale par défaut puisqu'il n'en est ressorti aucun autre lors de la recherche, mais exclut les recherches publiées dans une langue autre que le français ou l'anglais (cela dit, aucun texte francophone n'a été recensé).

3.2 Collecte des données

Les études pour cette recension des écrits ont été obtenues dans les bases de données psychINFO, SocINDEX with full text, CINAHL plus et Medline. En effet, ces bases de données couvrent quatre domaines professionnels, soit la psychologie, la sociologie, les sciences infirmières et la médecine, des domaines s'intéressant à la toxicomanie. Les combinaisons des termes suivants ont été utilisées pour chacune de ces bases de données en utilisant l'opérateur booléen « et » : A- « Brief intervention » et « Addiction » et « Emergency »; B- « Brief intervention » et « Addiction » et « Effectiveness »; C- « Brief intervention » et « Addiction » et « Effectiveness » et « Emergency ». Dans la banque de données psychINFO, la combinaison A a donné 84 résultats, la combinaison B 178 résultats et la combinaison C 24 résultats. Pour la banque de données SocINDEX with full text, la combinaison A a donné 21 résultats, la combinaison B 76 résultats et la combinaison C 8 résultats. Dans CINAHL plus, la combinaison A a donné 7 résultats, la combinaison B 11 résultats et la combinaison C 2 résultats. Finalement, dans Medline, la combinaison A a donné 27 résultats, la combinaison B 29 résultats et la combinaison C 5 résultats. En éliminant les doublons, 26 études ont été identifiées. Parmi celles-ci, 20 études ont satisfait les critères d'inclusion et d'exclusion résumés précédemment et ont été utilisées pour cette recension. Cela dit, deux articles ont été exclus après une lecture approfondie : Bertholet et coll., 2010 présentant des résultats d'analyse secondaire de la même étude que celle de Daepfen et coll., 2007, celle-ci ayant été retenue. De même, l'article de Monti et coll., 2007 présente une analyse moins poussée que celui de Barnett et coll., 2010 pour la même étude, ce dernier ayant donc été choisi pour la recension.

Les aspects suivants ont été examinés pour chacune des études, analysées à partir d'une fiche de lecture : devis; but de l'étude; nature de l'IB (temps, nombre de sessions, suivis, etc.); groupe de comparaison (intervention reçue); milieu; type de participants (âge, nombre de personnes, etc.); par qui l'IB a-t-elle été donnée? (profession, type de formation reçue, etc.); mesures; résultats; conclusions; hypothèses des auteurs sur l'efficacité. Étant donné la diversité des méthodologies et des angles utilisés dans les études, deux principaux types d'analyse ont été faits pour cet essai; l'une comparative où des études contrôlées randomisées auprès de consommateurs d'alcool ont été comparées afin de faire émerger les similarités des études où l'intervention brève a été jugée efficace;

et l'autre transversale où des éléments tels que le type de consommation (problématique ou à risque), la motivation des patients (faible ou élevée), le type et la durée de l'efficacité de l'intervention, etc. ont permis de faire ressortir des prédicteurs d'efficacité de l'intervention brève. Enfin, étant donné le nombre peu élevé d'études recensées faisant mention de l'intervention brève en salle d'urgence auprès des consommateurs de drogues illicites, cette section suivant celle sur l'intervention auprès des consommateurs d'alcool présente brièvement les résultats d'une seule étude ainsi qu'une courte critique sur le nombre peu élevé d'articles recensés.

4. ANALYSE DES RÉSULTATS

4.1 Survol des études recensées

Un total de 20 études ont satisfait les critères d'inclusion et d'exclusion et ont été utilisées pour cette recension : Aseltine, 2010, Baird et coll., 2007, Barnett et coll., 2010, Blow et coll., 2006, Daepfen, Bertholet et coll., 2007, Daepfen, Gaume et coll., 2007¹¹, Field et coll., 2004, Field et Caetano, 2010, Gwaltney et coll., 2011, Lee et coll., 2010, Longabaugh et coll., 2001, Magill et coll., 2009, Malet et coll., 2012, Neighbors et coll., 2010, Rodriguez-Martos Dauer et coll., 2006, Schaw et coll., 2012, Wutzke et coll., 2002, dont une recension des écrits de Nilsen et coll., 2008 et deux textes critiques de Roche et Freeman, 2004 et Babor et Kadden, 2005. Les études portent très largement sur l'alcool et seulement deux articles ciblent les drogues illicites. Les travaux s'attardant à la prédiction de résultats thérapeutiques sont également plus rares, trois articles ont été recensés et présentés dans la section sur les prédicteurs d'efficacité.

La grande majorité de ces études sont des essais contrôlés randomisés, ce qui permet d'obtenir des résultats relativement robustes. Également, il s'agit principalement d'études menées aux États-Unis, sauf pour quatre d'entre elles faites en pays européens (Daepfen, Bertholet et coll., 2007; Daepfen, Gaume et coll., 2007; Rodriguez-Martos Dauer et coll., 2006; Schaw et coll., 2012). La taille des échantillons varie entre 85 participants pour le plus petit et 5136 participants pour le plus gros. Les études ont duré en moyenne un an,

¹¹ Il est à noter que les deux articles suivants : Daepfen, Gaume et coll., 2007 et Daepfen, Bertholet et coll., 2007 ont utilisé la même étude, mais dans le premier, les auteurs se sont intéressés à la consommation d'alcool en tant que telle, alors que dans le deuxième, les auteurs se sont plutôt penchés sur la communication durant l'intervention brève. Les deux articles ont donc été retenus pour leur apport différent concernant l'efficacité de l'intervention brève.

sauf pour Wutzke et coll. (2002) qui ont évalué l'efficacité de l'intervention brève sur une période de dix ans. Les titres professionnels des intervenants ont varié d'une étude à l'autre et ont inclus des médecins, infirmières, travailleurs sociaux, assistants de recherche, psychologues, thérapeutes et psychiatres. La formation reçue des cliniciens qui ont fait les interventions n'était pas toujours explicite dans les études. Cependant, la majorité d'entre eux ont reçu de la formation en entretien motivationnel de quelques heures à quelques jours. Aussi, toutes les interventions ont utilisé minimalement des habiletés relevant d'une approche motivationnelle, incluant pour certaines études des éléments de la thérapie cognitivo-comportementale, le modèle FRAMES¹² ou encore le modèle de motivation au changement élaboré par Prochaska et Diclemente¹³. Pour terminer, toutes les études ont mis l'accent sur des consommateurs à risque, sauf Field et Caetano (2010) qui ont voulu vérifier l'efficacité de l'intervention brève chez les patients ayant un diagnostic de dépendance.

4.2 Les interventions brèves chez les consommateurs d'alcool

Tel que mentionné précédemment, la majorité des études recensées ont traité de l'intervention brève auprès des personnes dont la consommation d'alcool est à risque ou problématique. En effet, pour cette section de cet essai synthèse, un total de huit études évaluatives quantitatives ont été recensées, tous des essais randomisés, en plus d'une recension des écrits et d'une analyse critique. Chacune de ces études qui évaluent un ou plusieurs types d'intervention brève (groupe expérimental) a utilisé un groupe de comparaison, celui-ci pouvant varier, allant d'un traitement médical habituel à une intervention minimale reliée à la consommation. En effet, seulement trois études ont utilisé des outils de détection sans interventions autres que médicales (ex : traiter des symptômes de sevrage ou d'intoxication, des blessures, etc.) auprès de leur groupe de comparaison (Daeppen, Gaume et coll., 2007; Longabaugh et coll., 2001; Schwan et coll., 2012). De ce lot, les chercheurs d'une seule étude se sont attardés à conceptualiser un outil de détection dont les questions générales ont été pensées de façon à minimiser l'effet

¹² Le modèle FRAMES (Feedback; Responsibility; Advice; Menu of options; Empathy et Self-efficacy) est une approche motivationnelle spécifique utilisée régulièrement comme intervention brève parce qu'elle nécessite peu de formation, peu de temps et est peu coûteuse. Pour de plus amples détails, voir Bien et coll., 1993 en référence bibliographique.

¹³ Le modèle transthéorique de changement a été conceptualisé par les psychologues James O. Prochaska et Carlo C. Diclemente qui ont identifié les étapes générales à travers lesquelles les individus qui décident de changer leur consommation vont généralement passer, soit la pré-contemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien. Pour de plus amples détails, voir Prochaska et Diclemente, 1984 en référence bibliographique.

d'intervention inhérent aux questionnaires habituels utilisés pour détecter les personnes à risque de développer un TUS (Daepfen, Gaume et coll., 2007). Les autres études ont quant à elles inclus divers degrés d'intervention, dont des suivis téléphoniques, des dépliants d'information non personnalisés concernant la consommation d'alcool, des conseils généraux sur l'alcool et de la rétroaction suite aux questionnaires d'évaluation.

Les interventions expérimentales évaluées dans le cadre des huit études recensées ont varié en durée de cinq à 60 minutes, mais ont duré en moyenne de 15 à 20 minutes. La nature des interventions brèves étudiées a été très variable, soit de type cognitivo-comportemental; basées sur le modèle de Prochaska-Diclemente; utilisant le modèle FRAMES; ou encore une approche motivationnelle plus générale¹⁴. Certaines études se sont attardées sur l'évaluation des conséquences négatives de la consommation d'alcool et ont questionné la perception des patients par rapport à celles-ci. D'autres ont inclus un plan de changement, une rétroaction personnalisée suite au questionnaire de détection ou encore, la remise d'un dépliant personnalisé avec ou sans conseils verbaux de la part d'un intervenant. Aussi, la majorité des études ont fait un suivi téléphonique à 12 mois afin d'évaluer les résultats de leur intervention, mais certaines ont également inclus des suivis téléphoniques d'évaluation à trois et six mois suite à l'intervention initiale. Enfin, certaines ont inclus des « booster sessions » qui consistent en une deuxième intervention brève de la même nature que la première donnée aux patients afin d'en potentialiser les effets.

En ce qui concerne les mesures d'efficacité, elles ont également différé d'une étude à l'autre. Plusieurs d'entre elles ont mesuré le nombre de consommations hebdomadaires, d'épisodes de consommation en « binge » ou ont repassé un outil de détection comme l'AUDIT. D'autres ont mesuré les conséquences négatives générales reliées à la consommation, le nombre de blessures et d'accidents survenus en état d'intoxication ou encore, le taux de réadmission à l'urgence pour une même blessure. Finalement, si la plupart des études sur l'intervention brève mentionnent l'avantage monétaire de cette dernière au long cours lorsqu'on s'attarde au nombre de réadmissions à l'urgence, ou encore à une utilisation moindre des services de santé lorsque les personnes à risque de développer un TUS diminuent leur consommation, une des études recensées s'est, elle,

¹⁴ Il faut souligner que certaines études ont utilisé une approche motivationnelle qui n'incluait pas le modèle FRAMES.

penchée (parmi d'autres mesures) sur le nombre de vies potentiellement sauvées en fonction d'une diminution de prises de risque (Neighbors et coll., 2010).

1. TABLEAU SYNTHÈSE DES RÉSULTATS DES ESSAIS CONTRÔLÉS RANDOMISÉS RECENSÉS CONCERNANT DIFFÉRENTES INTERVENTIONS BRÈVES CIBLANT LA CONSOMMATION D'ALCOOL À RISQUE OU PROBLÉMATIQUE

Auteurs (années)	Groupe de comparaison	Interventions expérimentales	Mesures d'efficacité	Résultats
Aseltine (2010)	Test de détection pour les consommateurs à risque (NASD) ¹⁵ + Liste de ressources	Entretien de type motivationnel + Référence à un traitement si indiqué	- NASD	- Les patients du groupe expérimental ont diminué de façon significative leur consommation moyenne d'alcool par semaine et par occasion à trois mois de suivi, de façon plus marquée que le groupe de comparaison. - À six et 12 mois de suivi, cette différence n'était plus significative.
Blow et coll. (2006)	Dépliant général	Dépliant personnalisé avec bref conseil OU Dépliant personnalisé OU Dépliant général avec bref conseil (Les	- Consommation moyenne d'alcool/semaine - Nombre d'épisodes de consommation en « binge »/mois - Conséquences négatives reliées à la consommation	- Tous les groupes, de comparaison et expérimentaux, ont réduit leur consommation. - La réduction de consommation est plus marquée pour le groupe ayant reçu le dépliant

¹⁵ Le « National Alcohol Screening Day (NASD) est un questionnaire d'une page qui inclut trois questions concernant la consommation d'alcool soit : la fréquence (nombre de jours par semaine), la quantité moyenne par jour dans la dernière année et le nombre maximum de consommations dans une journée dans le dernier mois. Pour de plus amples détails, voir Greenfield et coll., 1999 en référence bibliographique.

		interventions ont été structurées en fonction du modèle FRAMES et des principes généraux de l'entretien motivationnel)		personnalisé avec bref conseil - Tous les groupes ont réduit le nombre d'épisodes de consommation en « binge » - Tous les groupes ont diminué de façon significative les conséquences négatives reliées à leur consommation
Daeppen, Gaume et coll. (2007)	Détection seulement OU Détection et évaluation	Rétroaction + Exploration des avantages et inconvénients de la consommation + Échelle de motivation au changement + Élaboration d'objectifs et renforcement positif sur la capacité à les atteindre + Remise de matériel écrit	- Pourcentage de participants qui ont changé pour une consommation à faible risque (AUDIT)	- Tous les groupes ont réduit leur consommation, mais une proportion similaire des participants sont restés des consommateurs à risque dans tous les groupes - Aucune différence entre les groupes n'est observée
Lee et coll. (2010)	Bref entretien motivationnel	Bref entretien motivationnel + « Booster sessions » en personne (sept à 10 jours plus tard) ¹⁶	- Contenu du plan de changement (objectif de changer consommation présent ou non + qualité globale	- Un plan de changement de qualité, peu importe la motivation initiale au changement des patients, a un

¹⁶ Il est à noter que les auteurs n'ont pas évalué la différence de résultats entre leur groupe expérimental et celui de comparaison en termes de réduction de la consommation, s'étant uniquement attardés sur la

			du plan) - Échelle de motivation au changement - Inventaire des conséquences négatives reliées à la consommation	impact significatif sur les conséquences négatives reliées à la consommation d'alcool à 12 mois de suivi - Aucune différence entre les groupes n'est observée
Longabaugh et coll. (2001)	Soins standard (traitement des blessures)	Entretien de type motivationnel + « Booster sessions » en personne (entre 7 et 10 jours après l'intervention initiale) OU Entretien de type motivationnel seulement	- Évaluation des conséquences négatives reliées à la consommation - Évaluation des blessures et des visites à l'urgence avec présence de consommation dans les deux heures précédentes - Bref examen mental - AUDIT	- Les trois groupes ont réduit de façon significative leur consommation en « binge » - Seuls les patients ayant reçu l'intervention brève avec une « booster sessions » ont réduit les conséquences négatives reliées à leur consommation
Neighbors et coll. (2010)	Dépliant + Bref conseil pour réduire les comportements à risque reliés à la consommation	Intervention brève de type motivationnel + Suivis téléphoniques à trois et six mois	- Estimation des coûts monétaires en fonction des aspects suivants : - Fréquence de conduites d'un véhicule après avoir consommé - Nombre de blessures reliées à la consommation	- Au long cours, l'intervention brève est moins coûteuse que des soins standard, car il y a une différence significative en faveur de l'intervention brève sur : la fréquence de conduite d'un véhicule après

motivation au changement et la qualité du plan de changement fait par les patients. Cela fait en sorte qu'il n'est pas possible de savoir s'il y a une différence de résultats entre le groupe ayant reçu le bref entretien motivationnel et celui qui a en plus bénéficié d'une « booster session ».

Caroline Fortin, Essai synthèse TXM 790, janvier 2014

L'essai synthèse demeure un exercice académique. Le lecteur doit mettre les résultats en contexte avec l'ensemble de la documentation clinique et scientifique disponible et il demeure responsable de leur utilisation.

Pour citer cet essai: Fortin C. (2014). L'intervention brève en dépendance dans les salles d'urgence: survol des pratiques et de leur efficacité. Essai synthèse inédit, Maîtrise en intervention en toxicomanie. Université de Sherbrooke

			- Conséquences négatives reliées à la consommation	avoir consommé, le nombre de blessures et les conséquences négatives reliées à la consommation
Rodriguez-Martos et coll. (2006)	Conseil empathique de cinq minutes + Dépliant d'informations générales	Intervention brève basée sur le modèle de changement de Prochaska-Diclemente et les principes d'entretien motivationnel et du FRAMES + Dépliant d'informations générales et dépliant de développement personnel	- AUDIT-C par téléphone à trois, six et 12 mois - Survenue d'un accident impliquant un véhicule dans la dernière année	- La consommation en « binge » et le taux d'accident ont diminué pour les deux groupes de façon significative et équivalente - Aucune différence entre les groupes n'est observée
Schwan et coll. (2012)	Soins standard (traitement médical des symptômes d'intoxication ou de sevrage)	Intervention brève de type cognitivo-comportemental ¹⁷ + FRAMES + Priorisation des problèmes actuels faite par les patients + « Booster sessions » en personne (30 minutes après la première intervention) +	- Taux de réadmission à l'urgence pour la même raison soit une intoxication à l'alcool ou des symptômes de sevrage	- Le taux de réadmission à l'urgence pour la même raison est significativement plus bas pour le groupe expérimental que pour les soins standard

¹⁷ Les auteurs se sont servis du modèle de l'analyse fonctionnelle utilisé en thérapie cognitivo-comportementale dans leur intervention auprès des patients, soit l'évaluation des cognitions et des croyances par rapport à leur consommation d'alcool. Une rétroaction a été donnée par la suite, et en cas de cognitions erronées, les patients ont été invités à trouver des alternatives (Schwan et coll., 2012).

		Dépliant de développement personnel		
--	--	-------------------------------------	--	--

Ce qui ressort des études en termes de résultats, c'est que tous les groupes dont la mesure incluait le nombre de consommations par occasion et par semaine ont généralement réduit leur consommation d'alcool, dans les groupes de comparaison et dans ceux ayant reçu l'intervention brève (Aseltine, 2010; Blow et coll., 2006; Daeppen, Gaume et coll., 2007; Longabaugh et coll., 2001; Rodriguez-Martos et coll., 2006). Comme le mentionnent plusieurs auteurs (Barnett et coll., 2010; Daeppen, Gaume et coll., 2007; Field et coll., 2010), on peut penser que l'épisode à l'urgence peut constituer pour certains un déclencheur, c'est-à-dire que :

For these patients, a "teachable moment" may have been facilitated by hospital treatment, attention paid to their alcohol use and /or other effects such as the reaction of family and friends to the ED incident. These circumstances may have lead to greater receptivity to intervention in any format, or may have produced change without intervention [...].

(Barnett et coll., 2010, p. 462)

Dans cette perspective, autant la consommation peut avoir comme conséquence de se présenter à l'urgence, que le fait même de se présenter à l'urgence aurait potentiellement des conséquences sur la consommation.

Cela dit, cinq études sur les huit ont démontré des résultats plus marqués en ce qui a trait aux groupes expérimentaux, dont une qui s'est attardée à un ingrédient de changement (le plan de changement de Lee et coll., 2010), au-delà du type d'intervention. En effet, Blow et coll. (2006) ont noté que la remise d'un dépliant personnalisé suivie d'un bref conseil donné par des travailleurs sociaux formés en entretien motivationnel et au modèle FRAMES était plus efficace en termes d'intervention que la remise d'un dépliant personnalisé seul ou d'un dépliant général avec ou sans bref conseil verbal. Longabaugh et coll. (2001), de leur côté, ont remarqué que seuls les patients ayant reçu une intervention brève de type motivationnel avec une « booster session » ont réduit les conséquences négatives reliées à la consommation. Dans le même sens, Neighbors et coll. (2010) ont noté qu'une intervention brève de type motivationnel associée à deux suivis

téléphoniques a eu un impact significatif sur les conséquences reliées à la consommation d'alcool, comparé à la remise d'un dépliant et d'un bref conseil verbal sur les comportements à risque reliés à la consommation. Ils ajoutent à leurs observations une diminution chez leurs patients du taux de conduite d'un véhicule après avoir consommé. Schwan et coll. (2012) ont vu les réadmissions à l'urgence pour traiter une intoxication ou des symptômes de sevrage reliés à l'alcool diminuer de 45 % pour leur groupe expérimental. Ce dernier, comparé à des soins standard, avait bénéficié d'une intervention brève de type cognitivo-comportemental associée à un FRAMES, d'une aide à la priorisation des problèmes, d'une « booster session » et de la remise d'un dépliant de développement personnel. Lee et coll. (2010) concluent pour leur part qu'une motivation au changement élevée (soit sept et plus sur une échelle de motivation) associée à un plan de changement de qualité a un impact significatif sur la diminution des conséquences négatives reliées à la consommation d'alcool. Enfin, Aseltine (2010) note une différence significative à trois mois concernant la diminution de la consommation, comparé à son groupe de contrôle, même si cette différence semble s'estomper à six et 12 mois.

Concernant les « booster sessions », deux études mentionnent qu'elles sont efficaces pour diminuer les conséquences négatives de la consommation (Aseltine, 2010; Longabaugh et coll., 2001), mais une des études arrive également à la conclusion qu'elles ne sont pas nécessaires pour obtenir des résultats (Blow et coll., 2006). Aseltine (2010), qui a eu des résultats significatifs dans les trois mois suivant l'intervention brève, mais pas après six et après 12 mois, conclut qu'étant donnée l'absence de résultats à long terme, les « booster sessions » seraient à considérer sérieusement afin de maintenir l'impact de l'intervention. Il faut aussi souligner le fait que Schwan et coll. (2012), qui ont utilisé (sans que cela soit nommé ainsi dans l'étude) une « booster session » dans un délai de 30 minutes après une première intervention brève de 15-20 minutes ont eu les résultats les plus marqués parmi toutes les études recensées puisque le taux de réadmission de leur patients à l'urgence a diminué de près de la moitié.

Enfin, deux études arrivent à la conclusion qu'il n'y a pas de différence significative entre l'intervention brève et des groupes de comparaison ayant reçu des conseils de base, une détection, ou encore une évaluation (Daeppen, Gaume et coll., 2007; Rodriguez-Martos et coll., 2006).

S'il est notable que les résultats semblent positifs de façon générale, il est difficile d'avancer sans l'ombre d'un doute que l'intervention brève en salle d'urgence est efficace et à toute épreuve, étant donnée la diversité des types d'interventions étudiés et des méthodologies utilisées. En effet, il n'y a pas deux études que l'on pourrait vraiment considérer comme similaires, et ce, même avec un souci d'avoir sélectionné des études qui traitent spécifiquement de l'efficacité de l'intervention brève en salle d'urgence. Depuis l'an 2000, seulement 20 études ont satisfait aux critères de sélection déterminés dans le cadre de cet essai, alors qu'un large éventail d'études ont traité du SBIRT depuis le début des années 80, surtout auprès des consommateurs d'alcool. Cela dit, étant donné que l'efficacité générale de l'intervention brève a été démontrée dans les études traitant du SBIRT, du modèle FRAMES ou encore de l'entretien motivationnel, plusieurs chercheurs n'ont pas jugé pertinent d'utiliser des groupes de contrôle n'ayant pas reçu du tout d'intervention ou encore, ils ont utilisé des outils d'évaluation ayant un effet potentiel d'intervention (Blow et coll., 2006; Lee et coll., 2010; Neighbors et coll., 2010; Rodriguez-Martos et coll., 2006). Dans cette perspective, il n'est pas étonnant que tous les groupes aient diminué leur consommation d'alcool, rendant l'hypothèse de l'inefficacité de l'intervention brève impossible à valider. Ajoutons à cela que l'étude (Schwan et coll., 2012) qui a démontré une diminution très importante des réadmissions à l'urgence (diminution de 45 % des réadmissions pour le groupe expérimental) a utilisé un modèle d'intervention brève irréaliste en ce qui a trait à l'applicabilité, puisque deux interventions brèves d'environ 10-15 minutes ont été données par une infirmière, puis par un médecin avec un intervalle de 30 minutes entre les deux sessions de façon à laisser du temps à la personne pour réfléchir. Dans la perspective où cette procédure serait la plus efficace, il est peu probable qu'elle soit adoptée dans le quotidien d'une salle d'urgence avec les contraintes de temps et relatives aux membres du personnel (trop souvent insuffisants) inhérentes à ce milieu de travail.

En ce qui a trait aux deux études qui n'ont pas démontré une efficacité marquée de l'intervention brève comparé aux groupes de contrôle, il est à noter que l'une d'elle (Rodriguez-Martos et coll., 2006) a utilisé plusieurs questionnaires d'évaluation et de détection (AUDIT, AUDIT-C, échelle d'attribution de la blessure, échelle de motivation, inventaire explorant la consommation avant l'accident qui les a menés à la salle d'urgence, etc.), ce qui pourrait avoir eu un effet d'intervention en soi, tout aussi efficace que l'intervention brève faite auprès du groupe expérimental, en plus d'avoir un échantillon de petite taille (85 participants). L'autre étude (Daepfen, Gaume et coll., 2007) a quant à elle utilisé un échantillon d'envergure (770 participants) et une méthodologie rigoureuse puisque les chercheurs ont créé des questionnaires minimisant l'effet d'intervention. Au terme de leur étude, les auteurs concluent que le fait de se présenter en salle d'urgence avec une blessure reliée à la consommation d'alcool et le fait de bénéficier d'une intervention minimale telle une évaluation pourraient être deux conditions suffisantes pour faire diminuer la consommation d'alcool des patients. Cela dit, il n'est pas certain que cela ait une influence quelconque, mais il est à noter que cette étude s'est déroulée en Suisse où le profil de consommation diffère de celui des consommateurs des autres études, c'est-à-dire que selon les auteurs, les Suisses consomment du vin plutôt que de la bière et en plus grande quantité hebdomadaire, mais avec moins d'épisodes de consommation en « binge » (Daepfen, Gaume et coll., 2007).

4.3 Les interventions brèves chez les consommateurs de drogues illicites

Si les études concernant la consommation d'alcool sont généralement abondantes dans les publications scientifiques en dépendance, celles concernant les autres drogues se font en général moins nombreuses. Ne faisant pas exception à cette règle par rapport à l'intervention brève en contexte de salle d'urgence, une seule étude quantitative s'intéressant aux utilisateurs de drogues illicites a été répertoriée (Magill et coll., 2009) ainsi qu'un texte critique rédigé par Babor et Kadden en 2005¹⁸. Magill et ses collègues

¹⁸ Il peut paraître surprenant qu'un nombre si peu élevé d'études ait été recensées, étant donnée l'utilisation des services d'urgence inévitable des personnes qui font des surdoses. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette situation : 1- La recherche sur l'intervention brève en dépendance dans le contexte des salles d'urgence est relativement nouvelle; 2- Lorsque les patients se présentent en surdose d'opiacés, le traitement qu'ils reçoivent les met automatiquement en sevrage, ce qui a pour résultat qu'ils quittent l'urgence de façon précipitée pour retourner à la consommation et éviter l'augmentation des symptômes de sevrage; 3- Étant donné que les drogues sont illicites, plusieurs personnes craignent de se confier aux professionnel(le)s de la santé; 4- Les fonds alloués à la recherche concernant les drogues illicites sont moins nombreux que ceux concernant celles licites comme l'alcool et le tabac.

Caroline Fortin, Essai synthèse TXM 790, janvier 2014

L'essai synthèse demeure un exercice académique. Le lecteur doit mettre les résultats en contexte avec l'ensemble de la documentation clinique et scientifique disponible et il demeure responsable de leur utilisation.

Pour citer cet essai: Fortin C. (2014). L'intervention brève en dépendance dans les salles d'urgence: survol des pratiques et de leur efficacité. Essai synthèse inédit, Maîtrise en intervention en toxicomanie. Université de Sherbrooke

(2009) ont démontré par leur essai contrôlé randomisé que l'utilisation de cannabis n'influçait pas les résultats positifs d'une intervention brève de type motivationnel (entretien de 30 à 45 minutes avec une « booster session » par téléphone à 1 et 3 mois suivant l'intervention) auprès des consommateurs d'alcool. Autrement dit, le fait de consommer les deux substances de façon concomitante n'a pas d'impact négatif sur l'efficacité de l'intervention brève déjà démontrée auprès des consommateurs d'alcool. En effet, les patients du groupe expérimental ont davantage diminué leur consommation d'alcool que ceux du groupe de comparaison. Également, les chercheurs ont noté une diminution de l'utilisation de cannabis à 6 mois après l'intervention pour les patients des deux groupes étudiés¹⁹, mais seuls ceux du groupe expérimental ont continué à diminuer leur consommation entre 6 et 12 mois suivant l'intervention.

De leur côté, Babor et Kadden (2005) concluent que l'efficacité de l'intervention brève chez les utilisateurs de drogues est suggérée par les études qu'ils ont recensées pour leur article, mais pas prouvée hors de tout doute raisonnable. La recension que ces derniers ont faite porte sur l'intervention brève auprès de patients dans différents contextes médicaux plus larges que celui particulier qu'est la salle d'urgence. Or, considérant l'importance de la prévalence des consultations à l'urgence dans les hôpitaux à travers le monde pour des problèmes reliés à la consommation de substances psychoactives autres que l'alcool (Bogstrand et coll., 2011; Giovanardi, 2005; Pomerleau et coll., 2012; Vitale et Van de Mheen, 2005), des résultats déjà démontrés de l'intervention brève auprès des consommateurs d'alcool et des lacunes importantes dans les connaissances concernant cette efficacité chez les consommateurs des autres drogues, il apparaît clair que davantage d'études mériteraient d'être faites à ce sujet.

4.4 Prédicteurs d'efficacité

Peu de chercheurs se sont intéressés aux prédicteurs d'efficacité de l'intervention brève en dépendance en contexte de salles d'urgence. En effet, une grande majorité des chercheurs ont orienté leurs hypothèses sur l'efficacité en fonction du type d'intervention faite, du contexte ou encore du type de consommation (alcool vs SPA). Cela dit, dans la recension effectuée pour cet essai, trois groupes de chercheurs (Barnett et coll., 2010; Daeppen, Bertholet et coll., 2007; Field et Caetano, 2010) se sont intéressés à l'évaluation de

¹⁹ À noter que le groupe de comparaison a reçu une rétroaction personnalisée d'environ 5 minutes suite à un AUDIT et une « booster session » à 1 et 3 mois.

l'efficacité de l'intervention brève en fonction des caractéristiques des participants qui en ont bénéficié. Ce qui ressort de ces études, c'est que plus la personne a une consommation problématique, c'est-à-dire qu'elle obtient un score permettant d'établir un diagnostic de dépendance, plus elle va diminuer sa consommation en termes de nombre de consommations par semaine (Barnett et coll., 2010; Field et Caetano, 2010). Un autre aspect des personnes qui semble avoir le plus d'impact dans les résultats sur le nombre de consommations ingérées par semaine, c'est leur intention d'effectuer ou non un changement à la fin de l'intervention (Daepfen, Bertholet et coll., 2007). En effet, selon cette étude, les patients qui ont l'intention de changer sont plus enclins à explorer leur ambivalence envers leur consommation d'alcool et expriment de façon plus claire leurs habiletés, leur engagement, leurs besoins et leurs raisons de changer, ce qui pourrait être un prédicteur d'efficacité (Daepfen, Bertholet et coll., 2007). En ce qui concerne l'attribution de la consommation à l'événement qui a justifié une visite à l'urgence, elle ne semble pas y avoir un impact significatif sur le stade de motivation au changement des patients (Barnett et coll., 2010). Cependant, les personnes qui ont consulté à l'urgence pour une blessure reliée à la consommation avaient plus de chances d'avoir diminué leur nombre de consommations par semaine que celles qui consultaient pour d'autres motifs (Field et Caetano, 2010). L'analyse détaillée de ces études qui suit permettra d'avoir un éclairage sur les forces et les limites de ces dernières, d'avoir un aperçu de la démarche de recherche effectuée par chacun de ces groupes de chercheurs et de leurs résultats.

Barnett et coll. (2010) ont fait une étude comparative entre deux groupes de personnes dont l'un avait bénéficié d'un bref entretien motivationnel avec une rétroaction concernant leur consommation d'alcool et l'autre, d'une rétroaction seulement. La force de cette étude est que ces chercheurs ont fait une analyse détaillée de différents modérateurs (genre, gravité de la consommation, contribution de l'alcool dans l'événement médical qui les a menés à l'urgence, l'aversion des personnes face à cet événement, la perception du sérieux de cet événement et leur motivation à entamer des changements concernant leur consommation) (Barnett et coll., 2010). Ils ont également étudié certains médiateurs, c'est-à-dire la motivation au changement des patients suite à l'intervention brève, leur perception des risques et des bénéfices de leur consommation, leur sentiment de compétence personnelle à effectuer un changement et la confiance en eux qu'ils seront capables de restreindre leur consommation dans certaines situations à risque postérieures à l'intervention (Barnett et coll., 2010). Si certains de ces éléments ont bien été étudiés en

entretien motivationnel, dans le contexte d'une intervention brève en salle d'urgence, c'est la seule étude qui soit allée aussi loin dans la précision de ces derniers. En effet, les auteurs se sont penchés sur des éléments qui restaient vagues ou à vérifier dans des études précédentes à la leur et ont donc fait un travail minutieux dans l'explicitation de leurs différentes hypothèses en début d'article. Cela dit, comme il s'agit de la seule étude qui se soit intéressée à ces détails et que la tranche d'âge étudiée est limitée (18-24 ans), d'autres recherches seront à mener afin de valider les conclusions de cette étude. Également, au niveau de la méthodologie, les chercheurs n'ont pas jugé bon d'inclure un groupe de contrôle n'ayant pas reçu d'intervention du tout, ce qui ne permet pas de dire avec certitude si la rétroaction a un impact significatif sur la diminution de la consommation des patients, ou si le fait de se présenter à l'hôpital comme élément seul favorise cette diminution. Enfin, ce qui ressort de cette étude, c'est que même si les personnes ne sont pas intoxiquées lorsqu'elles se présentent à l'urgence et qu'elles n'attribuent pas d'emblée leur visite à l'urgence à leur consommation d'alcool, l'intervention brève de type motivationnel permet de faire bouger la personne dans sa motivation au changement et conséquemment, de faire en sorte qu'elle diminuera possiblement sa consommation dans les mois subséquents à l'intervention.

De leur côté, Daeppen, Bertholet et coll. (2007) se sont interrogés sur les liens entre l'intention des patients de changer leur consommation d'alcool, le fait qu'ils le fassent effectivement dans les 12 mois suivant une intervention brève de type motivationnel et les caractéristiques de la communication entre ces derniers et l'intervenant. Si l'intention de changer leur consommation est déterminante sur le fait qu'ils le fassent ou non suite à l'intervention brève, il est intéressant de constater que le seul élément qui a semblé significatif dans le mode de communication de l'intervenant est sa constance en entretien motivationnel (Daeppen, Bertholet et coll., 2007). Autrement dit, ce n'est pas le nombre de reflets ou de questions ouvertes qui a fait une différence, mais le fait que le clinicien perdure dans son approche de type motivationnel tout au long de la séance d'intervention. Dans cette optique, un patient qui a décidé de faire des changements dans sa consommation à la base ne bénéficiera pas tant d'une intervention brève de type motivationnel, mais pour quelqu'un qui ne pense pas faire des changements, ce genre d'intervention pourrait être déterminant. Également, les auteurs suggèrent que les interventions brèves de type motivationnel soient repensées de façon à ce qu'elles se terminent par une question sur les objectifs de consommation, puisqu'il a été démontré

que les personnes qui ont terminé l'entretien avec un objectif de réduire leur consommation ont effectivement atteint ce dernier (Daepfen, Bertholet et coll., 2007). Cela dit, d'autres études devraient être faites pour confirmer les conclusions des auteurs étant donné le nombre peu élevé de participants inclus dans cette étude qui ont accepté de se faire enregistrer pour l'analyse de la communication durant l'intervention (n=97). Également, il est difficile de déterminer jusqu'à quel point les interventions des cliniciens étaient uniformes, même avec les efforts des chercheurs pour donner de la formation et une supervision soutenues dans le processus de recherche. Également, il est à noter que malgré les résultats concluants d'une diminution de la consommation d'alcool pour les personnes qui ont eu un score élevé à l'AUDIT, ce score est resté plus élevé que le groupe de comparaison à la fin de l'étude (Daepfen, Bertholet et coll., 2007).

Field et Caetano (2010) ont quant à eux procédé à un essai contrôlé randomisé dans le cadre duquel une intervention brève de type motivationnel a été évaluée afin de déterminer si elle est aussi efficace chez les patients ayant une dépendance à l'alcool que chez ceux qui ont une consommation à risque. Il est ressorti de cette étude que les personnes ayant un diagnostic de dépendance ont réduit leur nombre maximal de consommations par occasion et diminué de plus de la moitié le nombre de consommations par semaine qu'elles prenaient lors de l'évaluation initiale. De plus, elles ont augmenté leur nombre de jours d'abstinence par mois. En comparaison, les personnes ayant une consommation à risque n'ont pas réduit leur nombre maximal de consommations par occasion, ont réduit de seulement une consommation le nombre de consommations par semaine qu'elles prenaient à six mois post intervention et sont revenues à leur quantité de départ à 12 mois post intervention²⁰. Enfin, elles n'ont pas augmenté de façon significative leur nombre de jours d'abstinence par mois. Par ailleurs, les chercheurs ont noté une réduction des problèmes reliés à la consommation chez un nombre significatif de personnes dépendantes à six et 12 mois post intervention, alors que celles qui avaient une consommation à risque ont vu les conséquences négatives reliées à leur consommation augmenter (Field et Caetano, 2010). Cette recherche a le mérite d'être la seule en son genre puisque toutes les études sur l'intervention brève qui ont été recensées pour cet essai se sont concentrées sur les consommateurs à risque, voire ont exclu les personnes avec un diagnostic de dépendance. Il faudra plus d'études sur

²⁰ Cela dit, la moyenne de consommations par semaine de ce groupe était de 8,2 consommations, comparativement à 25,3 pour le groupe avec un diagnostic de dépendance.

l'intervention brève auprès des personnes ayant un diagnostic de dépendance pour conclure de façon indéniable de son efficacité chez cette clientèle, mais les résultats de cette recherche sont à considérer, étant donné une méthodologie rigoureuse et le devis utilisé. Finalement, l'intervention brève en salle d'urgence semble trouver sa pertinence chez plus d'un type de consommateurs et devrait ainsi continuer à être étudiée auprès d'un spectre plus large de clientèle que ce qu'il est coutume de voir dans la littérature actuelle.

5. CONCLUSION

5.1 Les principaux constats

En somme, quelques principaux constats sont à retenir. D'abord, tous les groupes des études sur les consommateurs d'alcool qui ont eu des résultats significatifs, incluant ceux de comparaison, ont vu leurs participants réduire leur consommation d'alcool au cours des mois suivant leur épisode de soin à l'urgence (Aseltine, 2010; Blow et coll., 2006; Daepfen, Gaume et coll., 2007; Longabaugh et coll., 2001; Rodriguez-Martos et coll., 2006). Il est à espérer que pour une bonne partie d'entre ceux qui ont reçu l'intervention brève, cette diminution soit directement liée à cette dernière, mais on ne peut pas le conclure hors de tout doute raisonnable. Il se pourrait en effet qu'une situation sévère responsable d'une visite en salle d'urgence ait tendance à s'améliorer avec le temps. Cela dit, un consensus général existe chez les auteurs à l'effet que l'intervention brève a un impact positif, tant pour les personnes qui consomment de l'alcool que celles qui consomment d'autres drogues en concomitance (Aseltine, 2010; Babor et Kadden, 2005; Blow et coll., 2006; Daepfen, Gaume et coll., 2007; Longabaugh et coll., 2001; Magill et coll., 2009; Rodriguez-Martos et coll., 2006;), même si cette recension n'a pas permis de répertorier un grand nombre d'études concernant les substances autres que l'alcool.

Un deuxième constat est que les études ne permettent pas de déterminer la spécificité de l'efficacité de l'intervention brève en salle d'urgence²¹. Effectivement, aucun modèle d'intervention n'a été répété avec le même format dans les études recensées, donc l'état actuel des connaissances ne permet pas de distinguer un modèle d'interventions brèves précis comme étant plus efficace qu'un autre. Cependant, la tendance est à l'entretien motivationnel, au modèle FRAMES et aux « booster sessions », qui semblent être des

²¹ Lee et coll. (2010) ont bien démontré que l'élaboration d'un plan de changement par les patients semble être un ingrédient actif de l'intervention brève, mais comme il s'agit de la seule étude à faire valoir ce résultat, il ne serait pas justifié de l'inclure dans les principaux constats de cet essai.

avenues prometteuses pour augmenter l'efficacité au long cours des interventions menées en salle d'urgence (Aseltine, 2010; Blow et coll., 2006; Daepfen, Gaume et coll., 2007; Longabaugh et coll., 2001; Rodriguez-Martos et coll., 2006). Également, il faut mentionner que les études recensées s'appuient largement sur des méthodologies rigoureuses (presque tous des essais contrôlés randomisés), ce qui permet une certaine fiabilité des résultats.

Enfin, le troisième et dernier constat, c'est qu'indépendamment de la nature de l'intervention brève, certains éléments appartenant aux patients, ou encore à la façon même d'intervenir, sont des prédictors d'efficacité. C'est le cas notamment de la gravité de la consommation des patients (plus la consommation est élevée, plus la réduction de la consommation suivant l'intervention sera importante) (Barnett et coll., 2010; Field et Caetano, 2010), de la présence d'une intention de changer (Daepfen, Bertholet et coll., 2007) et de la raison de la consultation à l'urgence (plus de chances de changement si celle-ci est reliée à la consommation) (Field et Caetano, 2010). En ce qui a trait à la façon d'intervenir, Daepfen, Bertholet et coll. (2007) ont conclu leur étude en mentionnant que la constance en entretien motivationnel, ainsi que le fait de terminer l'entretien par des objectifs concernant la réduction de la consommation des patients semblent avoir un impact positif sur l'efficacité de l'intervention.

5.2 Recommandations

1- Compte tenu :

- Du peu d'études disponibles;
- Qu'aucune intervention brève n'a été démontrée comme étant plus efficace qu'une autre;
- Que les ingrédients actifs de l'intervention brève demeurent inconnus;
- Des terrains fertiles disponibles dans les centres hospitaliers montréalais;

Il est recommandé que :

- De plus amples recherches soient conduites visant l'évaluation d'éléments plus spécifiques de l'intervention brève en dépendance en contexte d'urgence afin d'en déterminer les ingrédients actifs en termes d'efficacité.

2- Compte tenu :

- Que la majorité des études recensées concernant l'alcool montre une supériorité de l'intervention brève sur les interventions minimales de comparaison;
- Que les interventions montrées efficaces ont toutes eu recours à une approche de type motivationnel (entretien motivationnel, modèle FRAMES, échelle de motivation, etc.);
- De l'opportunité exceptionnelle d'intervention qu'offre la salle d'urgence;

Il est recommandé que :

- Les infirmières de liaison des centres hospitaliers de Montréal intègrent de l'intervention brève de type motivationnel à leur évaluation.

3- Compte tenu :

- De la proportion non négligeable des patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous de suivi suite à leur sortie de l'hôpital;
- Qu'une bonne proportion des études montrées efficaces ont utilisé des « booster sessions »;

Il est recommandé que :

- Des « booster sessions » en suivi téléphonique soient effectuées par les infirmières de liaison quelques jours avant le rendez-vous des patients qui ont accepté d'être référés pour un suivi en externe au CRDM-IU.

4- Compte tenu :

- De l'état de santé parfois précaire des patients rencontrés par les infirmières de liaison à l'urgence;
- De l'ambivalence face au changement et de la motivation mitigée de certains patients;
- Que certains patients se présentent de façon répétée dans les salles d'urgence des hôpitaux, mais ont de la difficulté à se présenter à leur rendez-vous de suivi au CRDM-IU;

- Que plusieurs études montrées efficaces, dont l'étude ayant les résultats les plus marqués, ont eu recours à des « booster sessions » en personne;

Il est recommandé que :

- Des « booster sessions » en personne soient effectuées par les infirmières de liaison dans les locaux des hôpitaux pour les patients présentant des difficultés particulières du point de vue de leur état de santé ou de leur motivation, et ce dans les semaines qui suivent leur visite à l'urgence.

5.3 Retombées cliniques

En somme, les résultats de cette recension des écrits appuient la pertinence d'implanter de l'intervention brève de type motivationnel intégrée aux évaluations spécialisées en soins infirmiers faites par les infirmières de liaison ainsi que des « booster sessions » en suivi à court terme. En effet, l'intervention brève est facilement applicable dans le contexte d'une salle d'urgence et demande peu de temps. Elle est intégrable dans un outil d'évaluation et permet d'articuler d'emblée la suite des choses pour les patients en termes d'objectifs concernant leur consommation et d'orientation vers des services spécialisés, si nécessaires. Également, dans la perspective où la motivation mitigée ou encore l'état de santé précaire de certains patients fait parfois en sorte qu'il leur est difficile de se présenter directement au CRDM-IU suite à leur sortie de l'hôpital, les « booster sessions » par téléphone ou en personne pourraient favoriser un passage plus graduel des patients qui ont été vus à l'urgence vers le CRDM-IU. Ainsi, les conclusions de cet essai vont dans la même direction que les recommandations de Desrosiers et Ménard (2010) dans leur guide des meilleures pratiques, soit :

[...] que les CRD accordent une grande importance à la qualité du premier contact (téléphonique ou en personne) auprès de l'utilisateur; [qu'ils] inscrivent systématiquement le processus d'évaluation à l'intérieur d'une perspective motivationnelle [et qu'ils] favorisent un meilleur engagement et une meilleure rétention par rapport au traitement en assurant l'implantation de diverses stratégies telles qu'un accueil rapide des demandes, une insistance sur l'alliance thérapeutique et une réponse aux besoins variés en début de traitement [et] des relances planifiées tout au long du traitement [...].

(Desrosiers et Ménard, 2010, p. 238-240)

Bien sûr, si l'intervention brève requiert cependant une formation du personnel et de la collaboration des équipes de soins des centres hospitaliers, cela ne devrait pas poser trop d'obstacles dans le contexte des équipes de liaison montréalaises puisque les infirmières sont déjà bien formées dans le domaine des dépendances.

Cela dit, le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal étant un Institut universitaire, il est dans son mandat de faire avancer les connaissances dans le domaine des dépendances. Ce que cet essai synthèse fait également valoir, c'est le manque flagrant de documentation scientifique, en langue française de surcroît, s'étant intéressée aux ingrédients actifs de l'intervention brève, en termes d'efficacité. Or, avec la présence d'infirmières spécialisées en dépendance dans les salles d'urgence d'hôpitaux montréalais chapeautées par un Institut universitaire, le terrain est plus que fertile pour instaurer un protocole de recherche qui permettrait d'examiner l'efficacité d'interventions brèves préalablement choisies par le CRDM-IU. À cet effet, le modèle FRAMES, l'entretien motivationnel et les échelles de motivation utilisés abondamment dans les recherches recensées dans cet essai apparaissent être des choix judicieux d'intervention, étant donnée leur facilité d'application. Le désavantage principal de l'implantation de telles pratiques est leurs coûts parfois élevés en termes de formation du personnel. Cela dit, comme le nombre d'infirmières de liaison en dépendance dans les salles d'urgence est peu élevé, la formation serait donnée à un nombre assez restreint de personnes, ce qui limiterait les dépenses.

Pour conclure sur une note plus que positive cet essai synthèse, une décision récente du coordonnateur des équipes de liaison du CRDM-IU s'inscrit dans l'esprit des recommandations de cet essai, à savoir que des « booster sessions » seront instaurées dans la pratique de deux infirmières pour une période d'essai indéterminée. Cette décision fait suite à des interventions téléphoniques ayant servi de « booster sessions » qui ont été testées au cours de l'automne 2013. L'objectif était alors d'augmenter la présence à leur rendez-vous en externe des patients qui avaient été référés à partir de la salle d'urgence par les infirmières de liaison. Les résultats préliminaires, bien que sans protocole de recherche officiel à l'appui, semblent avoir été plus que satisfaisants. Pour faire suite à ces résultats, le coordonnateur a ainsi décidé d'aller plus loin avec un projet d'interventions brèves, c'est-à-dire qu'à partir du mois de février 2014, deux infirmières choisies pour leur expérience en dépendance feront des entretiens motivationnels

d'environ 30 minutes auprès de patients dont la motivation semble incertaine lors de la première rencontre à l'urgence, ou encore ayant des conditions de santé précaires. Ce projet visera à augmenter l'adhésion des patients à des suivis externes ultérieurs au CRDM-IU, le pari étant que compte tenu de la facilité que semblent avoir les patients à se rendre à l'hôpital, cette étape en serait une de transition pendant laquelle la motivation et la relation de confiance pourraient être travaillées. Également, la Direction des services professionnels et de la mission universitaire du CRDM-IU ayant manifesté son intérêt pour ce projet d'interventions brèves en salle d'urgence, il est possible qu'un protocole de recherche soit élaboré de concert avec ces nouvelles pratiques. Ce projet d'essai synthèse aura donc servi d'appui scientifique et réflexif à un questionnement plus qu'actuel concernant les équipes de liaison en dépendance de la région de Montréal, de point de départ vers l'amélioration des pratiques et d'éventuelles avenues de recherches dans le domaine des dépendances dans le milieu francophone.

7. LISTE DES RÉFÉRENCES

- Agerwala, S.M. et McCance-Katz, E.F. (2012). Integrating Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) into Clinical Practice Settings: A Brief Review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44 (4), 307-317.
- Aseltine, R.H. (2010). The Impact of Screening, Brief intervention and Referral for Treatment in Emergency Department Patient's Alcohol Use: A 3-, 6- and 12-month Follow-up. *Alcohol and Alcoholism*, 45 (6), 514-519.
- Babor, T.F. et Kadden, R.M. (2005). Screening and Interventions for Alcohol and Drug Problems in Medical Settings: What Works? *The Journal of TRAUMA Injury, Infection, and Critical Care*, 59, S80-S87.
- Babor, T.F., McRee, B.G., Kassebaum, P.A., Grimaldi, P.L., Ahmed, K. et Bray, J. (2011). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): Toward a Public Health Approach to the Management of Substance Abuse. *FOCUS*, 9 (1), 130-148.
- Baird, J., Longabaugh, R., Lee, C.S., Nirenberg, T.D, Woolard, R., Mello, M.J., Becker, B., Carty, K., Minugh, AP., Stein, L., Clifford, P.R. et Gogineni, A. (2007). Treatment Completion in a Brief Motivational Intervention in the Emergency Department: The Effect of Multiple Interventions and Therapist' Behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31 (S3), 71S-75S.
- Barnett, N.P., Apodaca, R., Magill, M., Colby, M.S., Gwaltney, C., Rohsenow, J.D. et Monti, M.P. (2010). Moderators and mediators of two brief interventions for alcohol in the emergency department. *Addiction*, 105, 452-465.
- Bertrand, K. (2013). *Séminaire d'essai synthèse : TXM 789*. Présentation PowerPoint, Hiver 2013.
- Bien T.H., Miller W.R. et Boroughs, J.M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 347-356.
- Blanchette-Martin, N., Ferland, F., Tremblay, J. et Garceau, P. (2012). *Infirmière de liaison en dépendance de la grande région de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches: Portrait du service offert et des trajectoires d'usagers*. Québec, Service de recherche CRDQ/CRDCA.
- Blow, F.C., Barry, K.L., Walton, M.A., Maio, R., Chermack, S.T., Bingham, R., Ignacio, R.V. et Strecher, V.J. (2006). The Efficacy of Two Brief Intervention Strategies Among Injured, At-Risk Drinkers in the Emergency Department: Impact of Tailored Messaging and Brief Advice. *Journal of Studies on Alcohol*, 67, 568-578.
- Bogstrand, S.T., Normann, P.T., Rossow, I., Larsen, M., Mørland, J. et Ekeberg, Ø. (2011). Prevalence of alcohol and other substances of abuse among injured patients in a Norwegian emergency department. *Drug and Alcohol Dependence*, 117 (2-3), 132-138.
- Daepfen, J-B., Bertholet, N., Gmel, G. et Gaume, J. (2007). Communication During

- Brief Intervention, Intention to Change, and Outcome. *Substance Abuse*, 28 (3), 43-51.
- Daepfen, J-B., Gaume, J., Bady, P., Yersin, B., Calmes, J-M., Givel, J-C. et Gmel, G. (2007). Brief alcohol intervention and alcohol assessment do not influence alcohol use in injured patients treated in the emergency department : a randomized controlled clinical trial. *Addiction*, 102, 1224-1233.
- Desrosier, P. et Ménard, J-M. *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide de pratique et offre de services de base*. Québec, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010, 142 p.
- D'Onofrio, G. et Degutis, L.C. (2002). Preventive Care in the Emergency Department: Screening and Brief Intervention for Alcohol problems in the Emergency department: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine*, 9 (6), 627-638.
- D'Onofrio, G., Becker, B. et Woolard, R. (2006). The impact of alcohol, tobacco and other drugs use and abuse in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 24, 925-967.
- Field, C.A., Baird, J., Saitz, R., Caetano, R. et Monti, P.M. (2010). The Mixed Evidence for Brief Intervention in Emergency Departments, Trauma Care Centers, and Inpatient Hospital Settings: What Should We Do? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34 (12), 2004-2010.
- Field, C.A. et Caetano, R. (2010). The effectiveness of brief intervention among injured patients with alcohol dependence: Who benefits from brief interventions? *Drug and Alcohol Dependence*, 111 (1-2), 13-20.
- Fortin, M-F., Côté, J. et Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives (2^e éd.)*. Montréal, Canada. Chenelière Éducation.
- Giovanardi, D., Castellana, C.N., Pisa, S., Poppi, B., Pinetti, D., Bertolini, A. et Ferrari, A. (2005). Prevalence of abuse of alcohol and other drugs among injured drivers presenting to the emergency department of the University Hospital of Modena, Italy. *Drug and Alcohol Dependence*, 80 (1), 135-138.
- Greenfield, S.F., Keliher, A., Jacobs, D. et Gordis, E. (1999) The development of National Alcohol Screening Day. *American Journal of Psychiatry*, 6, 327-330.
- Gwaltney, C.J., Magill, M., Barnett, N.P., Apodaca, T.R., Colby, S.M. et Monti, P.M. (2011). Using daily drinking data to characterize the effects of a brief alcohol intervention in an emergency room. *Addictive Behaviors*, 36, 248-250.

- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T.F., Farrell, M., Formigoni, M.L., Jittiwutikarn, J., de Lacerda, R.B., Ling, W., Marsden, J., Monteiro, M., Nihwatiwa, S., Pal, H., Poznyak, V., et Simon, S. (2008). Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction*, 103 (6), 1039-1047.
- Lafortune, D. (2009). Introduction. *Criminologie*, 42 (1), 3-12.
- Lee, C.S., Baird, J., Longabaugh, R., Nirenberg, T.D., Mello, M.J. et Woolard, R. (2010). Change Plan as an Active Ingredient of Brief Motivational Interventions for Reducing Negative Consequences of Drinking in Hazardous Drinking Emergency-Department Patients. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2010, 71, 726-733.
- Longabaugh, R., Woolard, R., Nirenberg, T.D., Minugh, A.P., Becker, B., Clifford, P.R., Carty, K., Sparadeo, F. et Gogineni, A. (2001). Evaluating the Effects of a Brief Motivational Intervention for Injured Drinkers in the Emergency Department. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 806-816.
- Machi, L.A. et McEvoy, B.T. (2009). *The Literature Review: six steps to success*. Thousand Oaks, California: Corwin Press.
- Magill, M., Barnett, N., Apodaca, T.R., Rohsenow, D.J. et Monti, P.M. (2009). The Role of Marijuana Use in Brief Motivational Intervention With Young Adult Drinkers Treated in an Emergency Department. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 409-413.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Unis dans l'action, Guide d'implantation d'équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence*. Québec, Gouvernement du Québec, 2008, 29 p.
- Neighbors, C.J., Barnett, N.P., Rohsenow, D.J., Colby, S.M. et Monti, P.M. (2010). Cost-Effectiveness of a Motivational intervention for Alcohol-Involved Youth in a Hospital Emergency Department. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71, 384-394.
- Nilsen, P., Baird, J., Mello, M.J., Nirenberg, T., Woolard, R., Bendtsen, P. et Longabaugh, R. (2008). A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injuries patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 184-201.
- Ong-Flaherty, C. (2012). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment: A Nursing Perspective. *Journal of Emergency Nursing*, 38 (1), 54-56.
- Parker G., Libart, D., Fanning, L., Higgs, T. et Dirickson, C. (2012). Taking on Substance Abuse in the Emergency Room: One Hospital's SBIRT story. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10, 984-990.
- Perreault, P., Perreault, N., Withaeuper, D. et Malai, D. (2009). Le défi du traitement et de la prévention des troubles concomitants sur la base de données probantes. *Criminologie*, 42 (1), 91-114.
- Pilowsky, D.J. et Wu, L. (2012). Screening for alcohol and drug use disorders among adults in primary care: a review. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 3, 25-34.

- Pomerleau, A.C., Sutter, M.E., Owen, K.P., Loomis, E., Albertson, T.E. et Diercks, D.B. (2012). Amphetamine Abuse in Emergency Department Patients Undergoing Psychiatric Evaluation. *The Journal of Emergency Medicine*, 43 (5), 798-802.
- Prochaska J.O. et DiClemente C.C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Towards a Systematic Eclectic Framework*. Dow Jones Irwin, Homewood, IL, USA.
- Roche, A.M. et Freeman, T. (2004). Brief interventions: good in theory but weak in practice. *Drug and Alcohol Review*, 23, 11-18.
- Rodriguez-Martos Dauer, A., Santamarina Rubio, E., Escayola Coris, M. et Marti Valls, J. (2006). Brief Intervention in Alcohol-Positive Traffic Casualties: Is It Worth the Effort? *Alcohol & Alcoholism*, 41 (1), 76-83.
- Rouillard, P., Tremblay, J. et Boivin, M.D. *NID-ÉM. Niveau de désintoxication : Évaluation pour les intervenants médicaux. Manuel d'utilisation pour les versions longues et abrégées*. Québec, Centre Hospitalier Universitaire de Québec, 1999, 90 p.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. Et Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption—II. *Addiction*, 88 (6), 791-804.
- Schwan, R., Di Patritio, P., Albuissou, E., Malet, L., Brousse, G., Lerond, J., Laprevote, V. et Boivin, J-M. (2012). Usefulness of brief intervention for patients admitted to emergency services for acute alcohol intoxication. *European Journal of Emergency Medicine*, 19 (6), 384-388.
- Selzer, M.L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST): The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Sullivan J.T., Skykora K., Schneiderman J. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: the revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*, 84, 1353-1357.
- Vitale, S. et van de Mheen, D. (2006). Illicit drug use and injuries: A review of emergency room studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 82 (1), 1-9.
- Wutzke, S.E., Conigrave, K.M., Saunders, J.B. et Hall, W.D. (2002). The long-term effectiveness of brief interventions for unsafe alcohol consumption: a 10-year follow-up. *Addiction*, 97, 665-675.
- Young, M.M., Stevens, A., Porath-Waller, A., Pirie, T., Garritty, C., Skidmore, B., Turner, L., Arratoon, C., Haley, N., Leslie, K., Reardon, R., Sproule, B., Grimshaw, J. et Moher, D. (2012). Effectiveness of brief interventions as part of the screening, brief interventions as part of the screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT) model for reducing the non-medical use of psychoactive substances: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 1 (1), 22-32.