



## Formation sur les troubles d'usage de substances, partie 2 : Ligne directrices du programme mises à jour

David Crockford, MD, FRCPC<sup>1</sup>; Anees Bahji, MD, FRCPC<sup>2</sup>; Christian Schutz, MD, FRCPC<sup>3</sup>;  
Jennifer Brasch, MD, FRCPC<sup>4</sup>; Leslie Buckley, MD, FRCPC<sup>5</sup>; Marlon Danilewitz, MD, FRCPC<sup>6</sup>;  
Simon Dubreucq, MD, FRCPC, MSc<sup>7</sup>; Michael Mak, MD, FRCPC<sup>8</sup>; Tony P. George, MD, FRCPC<sup>9</sup>

*Cet énoncé a été substantiellement révisé par le Comité de l'éducation de l'Association des psychiatres du Canada (APC) et la republication en a été approuvée par le Conseil d'administration de l'APC le 11 mai 2023. L'énoncé original<sup>1</sup> a été élaboré par le Comité de l'éducation de l'APC et approuvé par le Conseil d'administration le 22 juin 2015.*

### Introduction

La formation pour la prise en charge des troubles de l'usage de substances (TUS) en psychiatrie demeure disproportionnellement limitée dans les programmes de formation de résidence en psychiatrie, comparativement à d'autres troubles psychiatriques majeurs, malgré que les TUS deviennent de plus en plus communs dans tous les

contextes de soins psychiatriques<sup>1, 2</sup>. Étant donné la prévalence élevée des TUS dans la pratique psychiatrique et les besoins de traitement non comblés pour les personnes ayant un trouble psychiatrique comorbide et un TUS<sup>3-6</sup>, il est impératif que tous les résidents en psychiatrie acquièrent les connaissances, les compétences et les attitudes requises pour prendre en charge les personnes ayant un TUS.

<sup>1</sup> Professeur clinique, Département de psychiatrie, Cummings, School of Medicine, Université de Calgary, Calgary, AB, Canada; Hotchkiss Brain Institute & Mathison Centre for Mental Health Research & Education, Université de Calgary, Calgary, AB, Canada.

<sup>2</sup> Professeur clinique adjoint, Département de psychiatrie, Cumming School of Medicine, Université de Calgary, Calgary, AB, Canada; Département de sciences de la santé communautaires, Cumming School of Medicine, Université de Calgary, Calgary, AB, Canada.

<sup>3</sup> Professeur, Institut de santé mentale, Département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, BC, Canada; Chef de recherche en santé mentale adulte et en usage de substances, Autorité provinciale des services de santé, BC, Canada.

<sup>4</sup> Professeure agrégée, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, Michael G DeGroot School of Medicine, Université McMaster, Hamilton, ON, Canada; Chef, Psychiatrie de la toxicomanie, St. Joseph's Healthcare, Hamilton, ON, Canada; Présidente sortante, Société médicale canadienne de la toxicomanie, Vancouver, BC, Canada.

<sup>5</sup> Professeure agrégée, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, ON, Canada; Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, ON, Canada.

<sup>6</sup> Professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, ON, Canada; Directeur médical associé, Psychiatrie générale, Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences, Whitby, ON, Canada.

<sup>7</sup> Psychiatre, Département de médecine de la toxicomanie, CHUM, Montréal, QC, Canada; Professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada.

<sup>8</sup> Professeur adjoint, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, ON, Canada; Professeur adjoint, Département de médecine, Université McMaster, Hamilton, ON, Canada; Professeur de recherche adjoint, Département de psychiatrie, Université Western, London, ON, Canada.

<sup>9</sup> Professeur, Département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, ON, Canada.

© Association des psychiatres du Canada, 2015, 2024. Tous droits réservés. Ce document ne peut être reproduit en tout ou en partie sans la permission écrite de l'APC. Les commentaires des membres sont les bienvenus et seront acheminés au conseil ou au comité de l'APC. Veuillez adresser toute correspondance et demande d'exemplaires au Président, Association des psychiatres du Canada, 141, av. Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa ON K1P 5J3; president@cpa-apc.org. No de référence 2015-60-R1.

Avis: L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principe, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision des documents. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

Une pénurie de professeurs expérimentés, des attitudes négatives envers les patients ayant un TUS, un manque de programmes d'étude adéquats et des objectifs et exigences pédagogiques mal énoncés ont été définis comme étant des facteurs menant à une formation limitée en TUS<sup>7, 8</sup>.

*Le Programme d'études pour la formation en résidence des psychiatres dans les troubles liés aux substances*,<sup>9</sup> publié par l'Association des psychiatres du Canada (APC) comme énoncé en 1997, visait à définir le programme d'études et les objectifs éducatifs mais sans les exigences du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), peu de choses ont changé. Le 1<sup>er</sup> juillet 2009, des compétences en TUS sont devenues nécessaires par le CRMCC pour tous les nouveaux résidents en psychiatrie canadiens, à être réalisées durant les cinq ans de la résidence en psychiatrie. Les exigences demandaient que les programmes de formation comportent un minimum d'un mois de stage spécifique et séparé des autres stages portant sur l'expérience supervisée dans le traitement des patients ayant le TUS dans divers contextes, la disponibilité d'un résident de 4-5<sup>e</sup> année pour un stage sélectif dans TUS pour au moins trois mois, des compétences spécifiques en la prise en charge des TUS et une initiation à l'entrevue motivationnelle (EM). Pour aider à guider les programmes de formation de résidence psychiatriques canadiens à répondre aux exigences, un consensus national a été obtenu et a abouti à la publication de deux énoncés de principe par l'APC en 2015<sup>1, 10</sup>. Il a été reconnu alors qu'une expérience d'un mois de stage n'était pas susceptible de permettre au résident de réaliser pleinement les compétences prévues. Toutefois, cela représentait un grand pas en avant. Lorsque combinées avec les séminaires, les exigences ont commencé à constituer une fondation adéquate pour les résidents en matière de TUS, une qui pouvait être augmentée par des expériences de formation additionnelles et une formation médicale continue (FMC) permanente pour répondre encore plus pleinement aux exigences.

En 2020, les programmes canadiens de formation en psychiatrie ont amorcé la transition d'un modèle de formation traditionnel axé sur le temps à la Compétence par conception (CPC), dans laquelle la promotion du programme était liée à réaliser avec succès des activités professionnelles fiables (APC). La publication des nouvelles compétences psychiatriques<sup>11</sup> et des expériences de formation<sup>12</sup> a mis fin à l'exigence du stage d'un mois obligatoire en TUS, et des types de cas de TUS sont plutôt demandés, plusieurs APC se produisant pendant les phases d'acquisition des fondements de la discipline (FdD) et maîtrise de la discipline (MdD) de la formation<sup>13</sup>. Dans FdD, les expériences de formation

clinique additionnelles sont requises dans au moins trois de 8 domaines suivants, qui se trouvent dans tout milieu de soins : toxicomanie, psychiatrie communautaire, psychiatrie de consultation liaison, médecine familiale, médecine générale interne ou autre surspécialité médicale, médecine gériatrique, soins palliatifs, et pédiatrie. L'instruction officielle doit avoir lieu dans « l'étiologie, le diagnostic, le traitement et le cours naturel des troubles psychiatriques majeurs, y compris l'usage de substances et le sevrage » Au stade MdD, une expérience de formation requise porte sur les soins de populations spéciales (intégrées dans d'autres expériences ou comme expériences discrètes), y compris des patients ayant des toxicomanies et des diagnostics psychiatriques concomitants. Pour la partie « une autre psychothérapie fondée sur des données probantes » des expériences de formation requises dans la prestation de traitements thérapeutiques, l'EM est l'une des cinq expériences de formation recommandées en plus de la thérapie comportementale dialectique, la thérapie familiale ou de groupe, la thérapie interpersonnelle et la thérapie psychodynamique à long terme (si ce n'est pas la modalité de l'expérience requise). Dans ce contexte, les lignes directrices précédentes de la formation sont devenues dépassées, nécessitant cette mise à jour pour aider les programmes à reconnaître les compétences psychiatriques qui s'appliquent au TUS, les APC liés au TUS et la nature d'une confiance adéquate quand un APC est évalué pour guider au mieux l'encadrement et le développement des compétences.

Pour aborder les nouvelles compétences psychiatriques et les expériences de formation avec CPC, un groupe de travail avec une représentation nationale et une expertise en toxicomanies a été reconstitué pour mettre à jour les énoncés sur l'éducation en psychiatrie de la toxicomanie et offrir des lignes directrices rafraîchies du programme d'étude, pour la formation de résidence psychiatrique en TUS. La première des deux parties de cet énoncé de position décrit les connaissances actuelles, les compétences et les attitudes dont les psychiatres en exercice doivent être capables pour dispenser des soins compétents fondés sur des données probantes, de même qu'être capables d'évaluer de manière appropriée et d'encadrer les résidents en psychiatrie dans les APC du TUS. Les principaux buts et objectifs de cette deuxième partie de l'énoncé sont d'examiner et de décrire les compétences psychiatriques comme elles s'appliquent aux TUS, et d'identifier les APC liées au TUS avec une grille d'évaluation pour promouvoir le développement de connaissances, compétences et attitudes plus uniformes pour les résidents à l'échelle nationale. Les

recommandations pour l'évaluation d'une APC sont basées sur les énoncés précédents de l'APC<sup>1, 10</sup>, les lignes directrices de la pratique<sup>14-18</sup>, les documents de recherche et les chapitres de livres publiés pour l'éducation médicale et diplômée en toxicomanie<sup>2, 8, 18-21</sup> et les principaux manuels<sup>8, 22, 23</sup>. Le présent énoncé de principe vise à offrir un guide aux programmes de formation de résidence au Canada pour faciliter la formation des psychiatres généraux en vue de prendre en charge avec compétence les patients avec un TUS primaire ou concomitant dans la pratique psychiatrique à l'aide de pratiques fondées sur des données probantes et avec un optimisme approprié quant à l'amélioration.

## Recommandations

Les recommandations sont divisées en trois sections. La première énumère le contenu clinique basé sur les compétences en psychiatrie du CRMCC délimitant les domaines de connaissances des TUS que les résidents doivent acquérir, incluant les effets des substances, la compréhension biopsychosociale des TUS et le chevauchement avec des troubles mentaux majeurs, l'épidémiologie de la toxicomanie, les compétences d'évaluation et de diagnostics pour le TUS et les troubles concomitants, la pharmacothérapie du TUS et des troubles concomitants, la reconnaissance de la phase du changement, le choix du milieu de traitement le plus approprié, les compétences de prestation du traitement notamment l'usage de psychothérapies fondées sur des données probantes, la connaissance des ressources communautaires, le rôle de la famille dans le rétablissement et les composantes attitudinales. La deuxième section du contenu détaillé du séminaire décrit le contenu et vise à développer un cours interactif basé sur les données probantes, y compris le calendrier suggéré ou la séquence. La troisième section sur les rotations cliniques et les APC décrit les APC applicables au TUS et les moyens de les évaluer.

### *Contenu clinique détaillé pour le programme TUS*

Les résidents en psychiatrie canadiens sont censés développer d'excellentes connaissances cliniques, compétences et attitudes appropriées à leur pratique pour évaluer, gérer, et le cas échéant, référer de façon appropriée les patients qui présentent un TUS primaire ou concomitant. Les connaissances, compétences et attitudes doivent refléter l'appréciation du continuum de l'usage de substances et des comportements associés au TUS, allant de l'abstinence et de l'usage limité à l'usage à risque, aux différentes gravités de l'usage de substances et des

dépendances comportementales. Le contenu du programme du TUS recommandé, basé sur les compétences de 2020, est organisé par domaine plutôt que par rôles CanMEDS pour la facilité de la mise en œuvre (Tableau 1 et 2).

### *Effets des Substances*

La connaissance compétente du mécanisme d'action des substances primaires rencontrées dans la pratique clinique, y compris l'alcool, la nicotine et le tabac, la caféine, le cannabis, les sédatifs-hypnotiques, (les benzodiazépines, les médicaments z, les barbituriques, l'acide gamma-hydroxybutyrique), les stimulants (cocaïne, amphétamines, et les stimulants dits « de synthèse »), opioïdes, Récepteur N-méthyl-D-aspartate (NMDA) antagonistes (phéncyclidine et kétamine), inhalants, stéroïdes et hallucinogènes/psychédéliques (hallucinogènes classiques

**Tableau 1.** Définitions des connaissances et compétences du CRMCC.<sup>36\*</sup>

Variable	Définition
Connaissances initiales	Capable de reconnaître, identifier, ou décrire les principes.
Connaissances pratiques	Capable de démontrer sa connaissance des aspects fondamentaux de la psychiatrie, comme les techniques de base d'entrevue, la formulation du problème et le traitement. Le résident comprend les ouvrages scientifiques.
Compétence	Capable de démontrer une connaissance pratique enrichie d'une perspective développementale, culturelle et évolutive, permettant des entrevues en détail et une formulation des problèmes biopsychosociaux et une capacité d'enseigner, de consulter, d'évaluer et de gérer les demandes de consultation. Le résident est capable d'évaluer de manière critique les ouvrages scientifiques relatifs à cette compétence et d'en appliquer les principes.
Compétence avancée	Compréhension détaillée et perfectionnée, multimodale et interdisciplinaire, menant à un enseignement avancé et à des services consultation auprès de cas complexes. Le résident a une connaissance approfondie des ouvrages scientifiques et est capable d'appliquer les principes en en faisant une adaptation ou une extrapolation au besoin.

\*Terminologie basée sur les exigences antérieures de formation spécialisée, désormais remplacée par le document sur les compétences.

**Tableau 2.** Compétences spécifiques aux stades proposées dans TUS.

Variable		FdD	MdD	TaP/sélective <sup>a</sup>
Connaissances	Effets de substance	Prat	Comp	Avan
	Compréhension biopsychosociale	Prat	Comp	Avan
	Épidémiologie	Init	Prat	Comp et (ou) Avan
	Ressources communautaires	Init	Prat	Comp et (ou) Avan
Aptitudes	Dépistage	Prat	Comp	Avan
	Évaluation et diagnostic	Prat	Comp	Avan
	Gestion de l'intoxication et du sevrage	Prat	Comp	Avan
	Choix du contexte du traitement	Init	Prat	Comp et (ou) Avan
	Traitements des troubles concomitants	Prat	Comp	Avan
	Pharmacothérapie	Prat	Comp TAO/BZD	Avan
	Identifier le stade du changement	Prat	Comp	Avan
Psychothérapies	Interventions brèves	Prat	Comp	Avan
	EM	Prat	Comp	Avan
	TCC et (ou) prévention d'une rechute	Prat	Comp	Avan
	Facilitation en douze étapes et gestion des contingences	Init	Prat	Comp et (ou) Avan
	Famille	Init	Prat	Comp et (ou) Avan

Avan = avancées; BZD = benzodiazépines; Comp = Compétence; EM = l'entrevue motivationnelle; FdD = Fondements de Discipline; F12E = facilitation en 12 étapes; Init = connaissances initiales; MdD = Maîtrise de la Discipline; Prat = connaissances pratiques; TAO = thérapie par agonistes opioïdes; TaP = Transition à la Pratique; TCC = thérapie cognitivo-comportementale.

<sup>a</sup>Formation sélective de trois à six mois en psychiatrie et (ou) formation complémentaire.

et design). Ceci fournit un fondement pour comprendre comment se développe la toxicomanie et la base pour différentes intoxications et/ou les syndromes de sevrage.

Des connaissances compétentes de l'intoxication par substance et des syndromes de sevrage permettent de les identifier et de les prendre en charge, que ce soit dans un contexte aigu ou dans la communauté. Il faut des compétences pour réaliser une évaluation sûre et recommander le contexte le plus approprié pour la gestion du sevrage et la gestion des médicaments la plus appropriée.

Connaissances pratiques des effets de la consommation chronique de substances sur le développement et la perpétuation de complications médicales (p. ex., hépatite et virus de l'immunodéficience humaine) et troubles mentaux concomitants.

Connaissances pratiques des similitudes et des différences entre les dépendances comportementales et liées aux substances (utiliser les critères du TUS du DSM-5 TR)<sup>24</sup>.

### **Développer une compréhension biopsychosociale des TUS et du chevauchement avec les troubles psychiatriques majeurs**

Connaissances compétentes du rôle essentiel de la voie étendue de récompense dopaminergique du cerveau en tant que médiateur clé de la base neurobiologique sur laquelle un TUS développe la saillance motivationnelle pour les futurs choix de comportement, comparés aux récompenses naturelles.

Connaissances compétentes d'autres facteurs biopsychosociaux contribuant au risque et à la résilience, notamment le type de drogue, la méthode d'administration, le dosage, l'âge de l'exposition, génétique et génomique, les troubles psychotiques sous-jacents et les traits de personnalité, les attentes quant à l'usage, l'environnement, les antécédents de traumatismes, les abus ou négligences, l'utilisation des pairs, la disponibilité, les facteurs culturels et (ou) religieux et (ou) spirituels, et économiques.

Connaissances pratiques de la façon dont les facteurs de risque psychosociaux et culturels peuvent contribuer à l'usage initial de substances addictives et de comportements et de progression à des TUS et des dépendances comportementales, compréhension de l'interaction avec le risque biologique et les facteurs protecteurs. Cette connaissance aiderait à cadrer une compréhension des différentes interventions pour aborder le continuum de consommation de substances, de la consommation à risque aux formes les plus graves de TUS, ainsi que le processus de rétablissement.

Connaissances pratiques des modèles proposés pour comprendre le développement de troubles psychiatriques concomitants et du TUS, y compris les éléments biopsychosociaux chevauchants.

### **TUS et épidémiologie de la dépendance comportementale**

Connaissances pratiques de la prévalence de la toxicomanie du TUS et des dépendances comportementales (p. ex., trouble du jeu, trouble du jeu

sur Internet), y compris l'appréciation de différents taux selon l'âge, le sexe, l'endroit et l'ethnicité.

Connaissances compétentes de la comorbidité du TUS avec les troubles psychiatriques et médicaux majeurs.

Connaissances pratiques des tendances actuelles de la prévalence du TUS liée à la disponibilité des substances, aux perceptions du risque, aux taux de mortalité, et à d'autres facteurs qui favorisent et protègent du développement du TUS.

Connaissances pratiques des différentes trajectoires et prédicteurs du cours du TUS. Compréhension de la façon dont l'accès à des traitements fondés sur des données probantes peut changer le pronostic et la reconnaissance du phénomène du rétablissement naturel.

### Évaluation et diagnostic

Connaissances et compétences compétentes dans l'identification du TUS et des dépendances comportementales.

Être en mesure de dépister l'utilisation de l'alcool, du cannabis, des opioïdes, des sédatifs hypnotiques, et d'autres substances (tant illicites que licites), y compris le tabac et la cigarette électronique, les médicaments sur ordonnance, les médicaments en vente libre et les dépendances comportementales.

Reconnaître les signes et les symptômes typiques qui demanderaient une évaluation plus en profondeur pour un TUS.

Évaluer un usage potentiel à risque et les facteurs qui peuvent prédisposer à un usage problématique et au TUS. Obtenir des antécédents d'un TUS et/ou d'une dépendance comportementale entraînant une évaluation diagnostique détaillée à l'aide des critères du DSM-5 TR pour les TUS, le trouble de jeu et tout trouble psychiatrique concomitant.

Exécuter un examen de l'état mental, y compris la reconnaissance d'un état d'intoxication ou de sevrage, des effets cognitifs à long terme des substances et les signes physiques d'un TUS.

Différencier au mieux les symptômes psychiatriques induits par une substance des troubles psychiatriques indépendants, et comprendre leur pertinence clinique.

Connaissances pratiques des instruments de dépistage du TUS et des dépendances comportementales. Cela inclut le test d'identification des troubles d'utilisation d'alcool [AUDIT]<sup>25</sup>, le test d'identification du trouble d'utilisation du cannabis – révisé (CUDIT-R)<sup>26</sup>, et leurs valeurs seuil minimales.

Connaissances initiales d'autres instruments de dépistage, tels que le test de dépistage de l'alcool, du tabac et de la toxicomanie (ASSIST)<sup>27</sup> et d'autres instruments plus détaillés pour évaluer complètement l'effet des comportements toxicomanes (p. ex., Index de la gravité de la dépendance)<sup>28</sup>.

Connaissances compétentes de l'usage des outils objectifs d'évaluation le sevrage, spécialement l'Évaluation du sevrage en institut clinique pour alcool, révisé (CIWA-Ar)<sup>29</sup> et l'Échelle clinique de sevrage des opiacés (COWS)<sup>30</sup>.

Connaissances pratiques du rôle du dépistage en laboratoire, du dépistage de drogues dans l'urine, et d'autres formes de dépistage de drogues avec leurs limites potentielles.

Connaissances pratiques de conditions concomitantes communes en présence d'un TUS (p. ex., psychose avec troubles d'utilisation de cannabis et de stimulants, endocardite et maladies contagieuses avec utilisation de drogues intraveineuses, troubles anxieux, dépressifs et du sommeil avec troubles d'utilisation d'alcool et de sédatifs-hypnotiques; et désinhibition sexuelle avec troubles d'utilisation de stimulants, etc.).

### Stade du changement et psychothérapies fondées sur des données probantes pour les TUS

Connaissances compétentes des différents stades du changement reflétant le modèle transthéorique<sup>31</sup> et comment il est évalué.

Connaissances compétentes de la manière dont le stade du changement peut évoluer et être différent pour chaque trouble psychiatrique et/ou trouble d'usage de substances.

Connaissances et compétences compétentes dans la façon d'altérer l'approche du traitement selon le stade du changement.

Connaissances et compétences compétentes des approches EM et des interventions brèves pour aider à faciliter le changement<sup>23, 32-34</sup>.

Connaissances pratiques (mais de préférence des connaissances et compétences avancées) de la thérapie cognitivo-comportementale [TCC])/prévention de la rechute pour les TUS et/ou facilitation en 12 étapes.

Connaissances pratiques de la gestion des imprévus comme méthode pour créer des incitations à court terme en vue de la réduction de l'utilisation des drogues et de l'abstinence.

Compétences compétentes en utilisant une approche tenant compte des traumatismes et des troubles

chroniques intégrant la réduction des méfaits, y compris la prévention des maladies, la promotion de la santé et la surveillance de la santé, dans les interactions avec des patients individuels ayant un TUS.

### **Planification du traitement du TUS**

Connaissances pratiques dans la détermination du meilleur milieu de traitement approprié pour le TUS et/ou un trouble psychiatrique concomitant d'une personne (p. ex., patient ambulatoire, résidentiel, hospitalisé), durées minimales de traitement et types de prestataires requis.

Connaissances pratiques de la manière de choisir les meilleurs traitements et de les modifier selon la réponse (p. ex., utiliser les Critères de placement des patients de l'American Society of Addiction Medicine [ASAM PPC-2R])<sup>35</sup>.

Connaissances et compétences compétentes pour mettre en œuvre un plan de soins axé sur le patient qui soutient des soins continus, un suivi des investigations, une réponse au traitement et la planification des prochaines consultations.

Remettre les soins d'un patient ayant un TUS à un autre professionnel de la santé pour faciliter la continuité des soins sécuritaires du patient et assurer la rétention de l'intensité adéquate et de la durée du traitement.

Évaluer et gérer les risques à la sécurité du patient dans tous les milieux y compris le comportement autodestructeur non suicidaire, le comportement suicidaire et le potentiel de violence/agression.

Évaluer et gérer le changement d'usage de substance, l'abstinence et l'adhésion au traitement de manière continue.

### **Pharmacothérapie du TUS et troubles concomitants**

Connaissances et compétences compétentes de l'usage de la pharmacothérapie pour le TUS, y compris les médicaments pour le sevrage d'alcool, le trouble d'utilisation d'alcool, le trouble d'utilisation d'opioïdes (TUO), notamment comment initier et gérer une thérapie par agonistes opioïdes (TAO), et le trouble d'utilisation de la nicotine/tabac.

Connaissances et compétences compétentes du pour et du contre des prescriptions des sédatifs-hypnotiques, reconnaissant les patients à risque de développer une utilisation problématique, et les stratégies pour diminuer et interrompre en toute sécurité.

Connaissances et compétences compétentes de l'usage de la pharmacothérapie et de la psychothérapie pour les troubles psychiatriques avec TUS concomitant.

### **Ressources communautaires**

Connaissances pratiques de l'entraide (p. ex., Alcooliques Anonymes, autres groupes de 12 étapes, et groupes de rétablissement basés sur la TCC ou d'autres modèles) et comment faciliter la participation à ces ressources de rétablissement (p. ex. facilitation en 12 étapes).

Connaissances pratiques des ressources communautaires et hospitalières disponibles pour traiter ou aider à gérer le TUS particulier de leur communauté, y compris des approches de réduction des méfaits fondées sur des données probantes, des installations de gestion du sevrage, des options de traitement des patients ambulatoires, consultation privée ou centres de traitement cliniques et résidentiels.

### **Rôle de la famille et de la communauté**

Connaissances pratiques de l'effet du TUS sur la famille et la communauté d'une personne.

Connaissances et compétences pratiques de soutenir et d'impliquer la famille d'une personne et de soutenir le réseau dans le processus du rétablissement y compris la psychoéducation, les groupes de soutien mutuel comme Al-Anon et les thérapies de couples et/ou famille.

Connaissances et compétences pratiques au sujet de l'adaptation ou de la recommandation de traitements pour des populations spéciales (p. ex., autochtones, LGBTQ+, populations marginalisées) et des besoins différents liés à l'âge, au genre, aux facteurs socioéconomiques et ethnoculturels.

Revendiquez des changements au niveau du système des soins du TUS et des ressources en préconisant les besoins des communautés ou des populations où ils travaillent d'une manière socialement responsable.

### **Attitudes**

Compétence compétente à-propos de la conscience personnelle de ses propres réactions et des préjugés potentiels à l'égard des patients du TUS, avec une empathie pour leur état et un optimisme approprié pour le changement et l'amélioration avec le temps.

Communication compétente en utilisant une approche axée sur le patient qui encourage la confiance et l'autonomie du patient, caractérisée par l'empathie, le respect et la compassion.

Connaissance compétente des facteurs influençant les réactions d'un patient au médecin, notamment les facteurs culturels, les traumatismes et les expérience(s) de soins de santé précédents.

Une reconnaissance compétente de l'effet de la stigmatisation et des facteurs culturels sur l'accès d'un patient aux soins et adoption d'une attitude qui est sans jugement.

Une capacité compétente à répondre aux besoins de santé d'un patient en plaidant pour l'inclusion des patients ayant un TUS dans les divers environnements cliniques et au-delà. Contribuer à l'incorporation des possibilités de réduction des méfaits.

### *Organisation d'un séminaire pour le programme TUS*

Un programme basé sur les compétences qui est interactif et de nature expérimentale devrait faire valoir la croissance progressive des connaissances, des compétences et des attitudes envers les patients ayant un TUS de doux à grave et des dépendances comportementales. Le programme devrait reconnaître le processus de durée de vie de l'apprentissage, commençant par la faculté de médecine et renforcé ultérieurement par la formation médicale continue (FMC). Le calendrier et le contenu du programme sur les troubles liés aux substances et aux dépendances peuvent être incorporés en séminaires actuels ou peuvent être autonomes, selon les besoins de chaque programme individuel et les ressources disponibles. Incorporer le programme du TUS dans des séminaires en cours (un format intégré) peut faciliter un meilleur enseignement et une discussion au sujet des comorbidités, où enseigner à la fois au personnel et aux résidents peut améliorer leurs connaissances et leurs compétences du TUS, mais peut limiter le temps disponible pour discuter des traitements du TUS basés sur des données probantes et compromettre la cohésion. Des séminaires autonomes peuvent mieux permettre une discussion approfondie des sujets du TUS et le séquençage de l'éducation en matière de toxicomanie pour mieux correspondre aux connaissances, compétences et attitudes fondamentales des stagiaires à mesure que progresse leur formation, mais potentiellement limiter l'incorporation des pratiques avec les patients présentant des syndromes psychiatriques proéminents. Il est suggéré que pour le programme de résidence de 1<sup>re</sup> année ou 2<sup>e</sup> année, un minimum de trois heures séparées, ou l'équivalent en temps de séminaire intégré, soit dédié aux connaissances fondamentales en psychiatrie de la toxicomanie et qu'on introduise d'interventions brèves. De la 2<sup>e</sup> à 5<sup>e</sup> année de résidence, il est suggéré qu'un minimum de six heures séparées, ou l'équivalent en temps de séminaire intégré, soit dédié aux principes avancés de la psychiatrie de la toxicomanie, De la 2<sup>e</sup> à 5<sup>e</sup> année de résidence, ayant lieu séparément, intégré dans les séminaires de psychothérapie existants, ou faisant partie

des cours de toxicomanie, il est suggéré qu'un séminaire d'introduction équivalent à un minimum de trois heures introduise les principaux concepts derrière l'entrevue motivationnelle (EM), la prévention de la rechute et la facilitation en 12 étapes lesquelles, idéalement, incorporent les scénarios de cas et des patients et/ou réels ou simulés pour la pratique des techniques et de la rétroaction. Des descriptions plus détaillées du contenu du séminaire et de la FMC sont incluses à la section du matériel supplémentaire.

### *Stages cliniques et APC*

Comme les activités professionnelles fiables (APC) pour le TUS sont à la fois dans les FdD et la MdD, un stage d'un mois spécifique aux TUS, comme requis avant les changements des compétences en psychiatrie actuelles, n'est plus suffisant. Des stages spécifiques en TUS et en troubles concomitants sont encore importants pour acquérir des compétences, mais les expériences et la formation cliniques en TUS doivent survenir sur une base longitudinale. La préoccupation est qu'il puisse y avoir une discontinuité entre les expériences d'apprentissage, car de nombreux précepteurs cliniques peuvent avoir des connaissances, compétences et attitudes fondées sur des données probantes relativement limitées pour la prise en charge du TUS. Ainsi, les résidents en psychiatrie doivent travailler avec des précepteurs cliniques qui ont l'expertise du TUS. Les programmes doivent identifier les meneurs psychiatriques locaux pour offrir un préceptorat et utiliser des médecins de famille ou d'autres médecins ayant l'expertise du TUS, surtout s'il y a un nombre limité de psychiatres disponibles qui ont l'expertise du TUS. Les expériences longitudinales, comme celles pour la formation en psychothérapie, peuvent être requises pour le TUS. Les programmes doivent aussi être en mesure d'offrir des stages électifs/sélectifs en TUS. La formation de précepteurs cliniques dans la prise en charge du TUS devra être mise en priorité par les départements de psychiatrie afin d'assurer une évaluation appropriée des APC et l'enseignement de pratiques fondées sur des données probantes pour une rétroaction appropriée et le coaching.

Le plan actuel de CPC pour la psychiatrie depuis 2020 identifie spécifiquement la prise en charge du TUS dans les APC 1, 2, et 3 et le FdD et les APC 1, 6, et 8 dans le MdD. Comme les résidents n'ont pas à compléter APC2 dans FdD dans le cas d'un patient du TUS, ou APC6 dans MdD pour la psychothérapie utilisant l'EM, ces APC sont incluses sous la section du matériel supplémentaire si un résident le désire. À cet égard, l'APC requise ne couvre

que certains des éléments du programme recommandés, et non tous. La prise en charge du TUS dans le FdD pourrait avoir lieu durant les stages médicaux initiaux de 1<sup>re</sup> année de résidence, de psychiatrie pour patient hospitalisé et les stages de psychiatrie d'urgence, avec ceux en MdD se déroulant auprès des patients ambulatoires, des soins chroniques, de la consultation-liaison, et du TUS à base longitudinale ou des stages de troubles concomitants. Afin de mettre en parallèle la notation des examens cliniques objectifs structurés (ECOS) pour les examens de certification du CRMCC, une rubrique est proposée pour les connaissances, compétences et attitudes pour chaque APC, dans le but d'améliorer la cohérence de l'évaluation à la fois au sein d'un programme et à l'échelle nationale, ainsi que fournir une base de rétroaction et de coaching

### *Activités professionnelles confiées (APCs)*

#### ***FdD APC1—Évaluation et diagnostic des problèmes médicaux rencontrés en psychiatrie et participation à la prise en charge des patients.***

**Sur les huit observations de réussite pour cette APC, il doit y avoir :**

- (a) **Au moins un cas d'intoxication par substance.**
- (b) **Au moins un cas de surdose et/ou de sevrage.**

Gérer l'intoxication ou les états de sevrage couramment rencontrés dans une pratique psychiatrique clinique est une compétence fondamentale essentielle. Le sevrage d'alcool est commun et est associé avec une morbidité médicale et psychiatrique significative, et devrait donc être évalué. Identifier l'intoxication/surdose par une substance pourrait être une substance spécifique ou une surdose d'un mélange de drogues. Selon toute vraisemblance, ces APC seront abordées lors des premières expériences de formation durant la résidence en psychiatrie comme en psychiatrie d'urgence, en médecine interne ou en psychiatrie pour patient hospitalisé.

Pour la compétence au niveau FdD de la formation pour sevrage d'alcool, le résident devrait démontrer ce qui suit :

Identification du patient qui risque ou est à risque d'un sevrage d'alcool significatif selon ses antécédents (p. ex., gravité et durée de sa consommation d'alcool, antécédents de sevrage précédent) et manifestations physiques (p. ex., signes vitaux, stigmates).

Communication qui démontre une approche axée sur le patient, facilitant la confiance et l'autonomie du patient et caractérisée par l'empathie, le respect et la compassion.

Recommandation de la surveillance appropriée d'un sevrage d'alcool pour les personnes à risque d'un sevrage significatif, y compris l'initiation du protocole révisé d'évaluation du sevrage de l'institut clinique pour l'alcool (CIWA-Ar) avec des déclencheurs pour l'administration de benzodiazépines et son arrêt, le cas échéant.

La recommandation de benzodiazépines de manière préventive pour empêcher le développement d'un sevrage grave chez une personne ayant des antécédents connus de sevrage grave, de delirium tremens ou de convulsions.

Initiation de thiamine intramusculaire ou intraveineuse pour prévenir le développement d'encéphalopathie de Wernicke.

Recommandation de ressources de traitement appropriées de la toxicomanie qui sont nécessaires après le traitement d'un sevrage aigu car la désintoxication à elle seule ne change pas les résultats du trouble d'utilisation de l'alcool.

Pour l'observation de la réussite d'un cas d'intoxication par substances ou par un cas de surdose, le type de substance utilisée n'a pas à être spécifique et peut être une présentation de substances mixtes. Pour la compétence au niveau FdD de la formation pour un cas d'intoxication de substance ou un cas de surdose, le résident devrait démontrer ce qui suit :

Application des connaissances des sciences cliniques et médicales pour gérer l'intoxication ou la surdose avec les précautions appropriées pour les complications associées (p. ex., risque des voies respiratoires, potentiel de convulsions, risque d'arythmie). S'il s'agit d'une surdose d'opioïde, usage urgent de naloxone.

La communication démontre une approche centrée sur le patient facilitant sa confiance et son autonomie, et caractérisée par l'empathie, le respect et la compassion tout en maintenant la sécurité du résident, du patient et d'autres membres du personnel présents.

Démonstration d'une évaluation médicale appropriée pour déterminer le type de substance ou substances causant l'intoxication/surdose et toutes complications associées liées à l'usage de substance.

Distinguer une intoxication stable d'une intoxication ou un état de surdose instable, cette dernière exigeant des approches préventives et une assistance appropriée.

Conscience des limites de la propre expertise professionnelle du résident.

Recommandation des ressources appropriées du traitement de la toxicomanie qui suivent la prise en charge d'une intoxication/surdose aiguë.

*FdD APC3—Élaboration et mise en œuvre de plans de prise en charge pour des cas de psychiatrie de complexité faible ou moyenne.*

**Sur les six observations de réussite, au moins un cas de TUS.**

Pour la compétence au niveau FdD de la formation, le résident devrait démontrer ce qui suit :

Élaborer et mettre en œuvre un plan de prise en charge qui considère la gravité de leur TUS.

Décrire le contexte qui serait le mieux pour prendre en charge le TUS du patient étant donné les indications, contre-indications, risques et solutions de rechange du plan de traitement du TUS.

Communiquer le plan à l'aide d'une approche centrée sur le patient qui facilite la confiance et l'autonomie du patient, caractérisée par l'empathie, le respect et la compassion.

Prescrire ou aider à coordonner la prescription d'une pharmacothérapie de première intention pour l'alcool, le tabac, ou le trouble d'usage d'opioïdes, le cas échéant.

Élaborer un plan de prise en charge de base et de suivi pour le TUS de la personne.

*MdD APC1—Réaliser des évaluations psychiatriques, offrir un diagnostic différentiel, et élaborer des plans de traitement/prise en charge complets pour toutes les présentations de patients adultes d'une complexité moyenne à élevée*

**Au moins un cas de TUS.**

Les pratiques d'évaluation et de diagnostic sont développées à partir de celles démontrées dans FdD APC2 et APC3, appliquées à un patient démontrant une présentation psychiatrique plus compliquée, avec une évaluation plus profonde pour mieux différencier les symptômes induits par une substance des troubles psychiatriques primaires, et un plan de traitement plus détaillé. La compétence suffisante inclut ce qui suit :

Interroger au sujet du TUS par des questions ouvertes demandées de manière sans jugement qui invite une divulgation honnête et complète.

L'interrogation sur le TUS devrait être liée au contexte de la présentation du patient. Tous les patients devraient être dépistés pour l'usage de substance, recouvrant les classes majeures de substances y compris l'alcool, les cigarettes/vaping, le cannabis, les stimulants, les sédatifs-hypnotiques, les opioïdes, les hallucinogènes, les médicaments sur ordonnance, et les médicaments en vente libre, tel qu'indiqué.

Dépister les dépendances comportementales quand c'est indiqué, comme lorsque le patient le mentionne ou lorsqu'elles surviennent habituellement avec certaines substances, des états psychiatriques concomitants ou d'autres indices historiques.

Si l'usage de substances est identifié, le résident devrait déterminer à quel moment l'usage de substances a débuté, quand elle est devenue régulière, quand elle est devenue problématique, les quantités maximales utilisées, l'usage actuel, les conséquences de l'usage, si les critères du TUS sont remplis, et les antécédents de traitements antérieurs. Cela devrait être fait pour chaque substance, si le temps le permet.

Une chronologie de la consommation de substances doit être identifiée, corrélant les modes de consommation aux symptômes psychiatriques, pour aider à différencier les troubles induits par une substance des troubles psychiatriques primaires.

Le stade du changement devrait être identifié pour chaque substance qui satisfait aux critères d'un trouble d'usage de substances (p. ex., précontemplatif, contemplatif, préparatoire, action, rémission).

Les questions du dépistage et de l'évaluation devraient améliorer l'engagement dans le processus d'entrevue et de traitement.

Élaborer et mettre en œuvre un plan de gestion qui considère le stade du changement du patient, la gravité de leur(s) trouble(s) d'usage de substances, la co-morbidité médicale et psychiatrique, l'état de l'intoxication et le risque de sevrage.

Décrire les contextes qui seraient les meilleurs pour prendre en charge le trouble d'usage de substances du patient et ses besoins de rétablissement en tenant compte du contexte de traitement le moins intensif qui répond aux besoins du patient et en tenant compte des environnements de traitement disponibles. Décrire les indications, contre-indications, risques et solutions de rechange au plan de traitement du trouble d'usage de substances, notamment les obstacles potentiels.

Communiquer le plan à l'aide d'une approche centrée sur le patient qui facilite la confiance et l'autonomie du

patient, et est caractérisée par l'empathie, le respect et la compassion.

Prescrire ou aider à coordonner la prescription de la pharmacothérapie de première intention pour l'alcool, le tabac, ou le trouble d'utilisation d'opioïdes, si indiqué.

Élaborer un plan de prise en charge et de suivi pour les besoins du patient en traitement du TUS.

***CoD APC8—Intégration des principes et des compétences liées à la psychopharmacologie dans les soins prodigués aux patients.***

**Au moins un cas de gestion d'un traitement par :**

### **Benzodiazépines**

#### **Agoniste opioïde (TAO)**

Cette APC porte sur la prise en charge pharmacologique et comprend la prescription des médicaments et la surveillance du traitement médicamenteux. La prise en charge ne comprend pas l'initiation ni la surveillance, où l'accent est mis sur la révision, la prescription sécuritaire, la déprescription, la commutation, l'augmentation et/ou l'interruption. Il est suggéré pour les benzodiazépines que l'APC insiste sur l'identification de l'usage problématique des benzodiazépines et qu'elle limite, réduise ou déprescrive. Pour gérer le TAO il est suggéré de se pencher sur le maintien du TAO où le résident sera conscient des indications et des données probantes pour le TAO dans le traitement du TUS, des risques et bénéfices du TAO, les médications typiques utilisées, et leur dosage, les effets indésirables communs et les interactions avec les médicaments psychiatriques communs. L'exposition à un usage problématique des benzodiazépines et aux troubles d'usage de benzodiazépines (TUB) sera probablement commun durant une variété de stades, mais l'exposition à la TAO peut vraisemblablement être limitée à un stade spécifique du TUS ou potentiellement à une consultation-liaison ou lors d'un stage sur une unité interne. Si les programmes peinent à donner aux résidents la possibilité de respecter cette APC, le recours à la simulation ou aux ECOS pourrait être une option. Une compétence suffisante pour cette APC devrait être démontrée par ce qui suit :

Appliquer les connaissances sur la pharmacodynamique et la pharmacocinétique à divers stades du développement. Pour les benzodiazépines ceci serait particulièrement lié aux demi-vies de différentes benzodiazépines, aux équivalences de doses, aux changements avec le vieillissement et aux interactions drogue-drogue. Pour le

TAO, la familiarité avec la buprénorphine, la naloxone et la méthadone, la conscience des interactions avec les autres médicaments fréquents, les demi-vies, et l'effet sur l'intervalle QT sur l'électrocardiogramme serait d'une importance particulière.

Énumérer les indications, contre-indications, risques et solutions alternatives pour un plan de traitement donné. Pour les benzodiazépines, ceci inclurait le risque d'un usage problématique, et de TUB, les troubles cognitifs et les chutes en priorité. Pour le TAO, ceci inclurait la présence d'un TUS modéré à grave, la conscience de différentes options de traitement (en prédominance buprénorphine/naloxone ou méthadone), les facteurs à considérer si vous continuez ou changez un médicament TAO spécifique, effets indésirables et risque de surdosage.

Évaluer et surveiller l'observance thérapeutique et la réponse à la pharmacothérapie.

Évaluer les interactions potentielles entre la pharmacothérapie pour un TUS et les médications psychiatriques communes.

Planifier la continuité des soins. Pour les benzodiazépines ceci soulignerait la courte durée du traitement, la dose la plus faible possible, l'interruption si l'usage est problématique, et les approches à la déprescription (p. ex. diminution progressive, passage à des agents ayant une demi-vie plus longue, utilisation d'autres médicaments) pour faciliter la déprescription d'une benzodiazépine. Pour le TAO, il faut s'assurer d'un suivi approprié des soins continus sans interruption de la prescription.

Documenter les prescriptions avec précision dans le dossier médical des patients y compris la justification des décisions.

Faciliter l'accès aux médicaments appropriés (p. ex., par un programme de traitement de TUS).

## **Conclusions**

La poursuite du développement de la formation en TUS au sein des programmes de résidence en psychiatrie doit être une priorité étant donné la prévalence élevée du TUS au Canada, la comorbidité avec les troubles psychiatriques majeurs et la pénurie des fournisseurs de traitement du TUS. Les nouvelles exigences de la formation offrent la possibilité aux programmes de formation de résidence de parfaire la compétence de nos futurs psychiatres pour traiter le TUS. Il y a espoir que ces lignes directrices mises à jour du programme facilitent l'accroissement des connaissances, des compétences et des attitudes dans les TUS pour les résidents en psychiatrie, qu'ils commencent à répondre aux besoins souvent non comblés des patients

psychiatriques concomitants et des patients du TUS, et qu'ils améliorent l'ensemble des soins psychiatriques au Canada.

## Matériel supplémentaire

Du matériel supplémentaire pour cet énoncé de principe est disponible en ligne.

## Bibliographie

- Crockford D, Fleury G, Milin R, et al. Formation sur les troubles liés aux substances et aux dépendances, partie 2 : lignes directrices mises à jour. *Can J Psychiatry*. 2015;60(12):1-12.
- Renner JA. How to train residents to identify and treat dual diagnosis patients. *Biol Psychiatry*. 2004;56(10):810-816.
- Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry*. 2004;56(10):730-737.
- Compton WM, Thomas YF, Stinson PS, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(5):566-576.
- Han B, Compton WB, Blanco C, et al. Prevalence, treatment, and unmet treatment needs of US adults with mental health and substance use disorders. *Health Aff*. 2017;36(10):1739-1747.
- Urbanoski K, Inglis D, Veldhuizen S. Service use and unmet needs for substance use and mental disorders in Canada. *Can J Psychiatry*. 2017;62(8):551-559.
- Shorter D, Dermatis H. Addiction training in general psychiatry residency: a national survey. *Subst Abus*. 2012;33(4):392-394.
- Crockford D, el-Guebaly N. Medical education in addiction and related disorders: the Canadian experience. Dans : el-Guebaly N, Carrà G, Galanter M, dirs. *Textbook of addiction treatment: international perspectives*. Milan, Italie: Springer-Verlag Mailand; 2015:2395-2408.
- el-Guebaly N, Gameau Y. Lignes directrices du programme de formation des psychiatres en troubles liés aux substances (énoncé de principe). *CPA Bull*. 1997;29(5 Insert):1-6.
- Fleury G, Milin R, Crockford D, et al. Formation sur les troubles liés aux substances et aux dépendances, partie 1 : aperçu de la pratique clinique et recommandations générales (énoncé de principe). *Can J Psychiatry*. 2015;60(12):1-9.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Compétences psychiatriques. Ottawa (ON): Auteur; 2019. <https://www.royalcollege.ca/content/dam/documents/ibd/psychiatry/psychiatry-competencies-f.pdf>.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Expériences de formation en psychiatrie. Ottawa (ON): Auteur; 2019. <https://www.royalcollege.ca/content/dam/documents/ibd/psychiatry/psychiatry-training-experiences-f.pdf>.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Activités professionnelles fiables pour la psychiatrie. Ottawa (ON): Auteur; 2019. <https://www.royalcollege.ca/content/dam/documents/accreditation/competence-by-design/non-resource-documents/epa-guide-psychiatry-f.pdf>.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance use disorder treatment for people with co-occurring disorders. Treatment improvement protocol (TIP) series, No. 42. SAMHSA Publication No. PEP20-02-01-004. Rockville (MD): Auteur; 2020.
- Bruneau J, Ahamad K, Goyer ME, et al. Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *CMAJ*. 2018;190:E247-E257.
- Reus VI, Fochtmann LJ, Bukstein O, et al. The American Psychiatric Association practice guideline for the pharmacological treatment of patients with alcohol use disorder. *Am J Psychiatry*. 2018;175(1):226. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615371969>
- Lindsay DL, Freedman K, Jarvis M, et al. Executive summary of the American Society of Addiction Medicine (ASAM) clinical practice guideline on alcohol withdrawal management. *J Addict Med*. 2020;14(5):376-392.
- Kleber HD, Weiss RD, Anton RF Jr, et al. Treatment of patients with substance use disorders, 2nd ed. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*. 2007;164(4 Suppl):5-123.
- Bahji A, Smith J, Danilewitz M, et al. Towards competency-based medical education in addiction psychiatry: a systematic review. *CMEJ*. 2021;12(3):126-141.
- Renner JA, Quinones J, Wilson A. Training psychiatrists to diagnose and treat substance abuse disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2005;7(5):352-359.
- el-Guebaly N, Toews J, Lockyer J, et al. Medical education in substance-related disorders: components and outcome. *Addiction*. 2000;95:949-957.
- Brady KT, Levin FR, Galanter M, et al., dirs. *The American Psychiatric Association publishing textbook of substance use disorder treatment*. 6th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association Publishing; 2021.
- El-Guebaly N, Carrà G, Galanter M, et coll. dirs. *Textbook of addiction treatment: international perspectives*. 2e éd. Cham (CH): Springer; 2021;1585.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. text rev. Arlington (VA): Auteur; 2022.
- Babor TF, Grant M. From clinical research to secondary prevention: international collaboration in the development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). *Alcohol Health Res World*. 1989;13:371-374.
- Adamson SJ, Kay-Lambkin FJ, Baker AL, et al. An improved brief measure of cannabis misuse: the cannabis use disorders identification test – revised (CUDIT-R). *Drug Alcohol Depend*. 2010;110:137-143.
- Humeniuk RE, Henry-Edwards S, Ali RL, et al. The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva (CH): Organisation mondiale de la santé. 2010.
- McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, et al. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The addiction severity index. *J Nerv Ment Dis*. 1980;168(1):26-33.
- Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, et al. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict*. 1989;84(11):1353-1357.
- Wesson DR, Ling W. The clinical opiate withdrawal scale (COWS). *J Psychoactive Drugs*. 2003;35(2):253-9.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390-395.

32. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change. 3rd ed. New York(NY): Guilford Press; 2013.
33. Kaner EFS, Dickinson HO, Beyer F, et al. The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug Alcohol Rev.* 2009;28(3):301-323.
34. Moyer A, Finney JW. Brief interventions for alcohol problems: factors that facilitate implementation. *Alcohol Res Health.* 2004;28(1):44-50.
35. Mee-Lee D, Shulman GD, Fishman M. ASAM patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders. 2nd ed., revised (ASAM-PPC-2R). Chevy Chase (MD): American Society of Addiction Medicine; 2001.
36. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Objectifs de la formation spécialisée en psychiatrie, version 2 [Internet]. Ottawa (ON): Auteur; 2015 [cité le 14 juill 2023]. [https://www.royalcollege.ca/content/dam/documents/ibd/psychiatry/psychiatry\\_otr\\_f.html](https://www.royalcollege.ca/content/dam/documents/ibd/psychiatry/psychiatry_otr_f.html).