

# L'écho-TOXICO

## Le mot de Lise...

C'est le thème des nouveautés en intervention, marquant un temps de changement des pratiques en dépendance, que ce numéro a voulu traiter et ce, dans chacun des textes. Ainsi, Joël Tremblay présente l'historique, les perspectives, les enjeux et la mise en place de l'approche motivationnelle et l'instauration de services de première ligne en CSSS en dépendance au Québec. Lynne Duguay expose le projet novateur d'une équipe de liaison spécialisée en dépendance à l'urgence du CHUQ-CHUL. Pour sa part Richard Leroux nous amène à réfléchir sur l'intervention basée sur le développement de l'« empowerment » telle que pratiquée à l'auberge du cœur « la Maison-Raymond-Roy ». C'est un projet pilote novateur en matière de réinsertion sociale pour personnes dépendantes, *La Cité de la Réhabilitation Matapédia Les Plateaux*, que nous fait connaître Claude Dauphin. Présenté par Pierre Guay du Centre jeunesse du Saguenay Lac Saint-Jean, le projet « Une route sans fin », permet au personnel ainsi qu'aux jeunes desservis par les centres jeunesse de progresser dans leur cheminement grâce à une expérience sportive positive, énergisante. Dans une entrevue, Sylvie Paré, directrice du Domaine de la Sobriété partage son expérience sur la Certification. Enfin, Maryse Rioux, pharmacienne, expose des nouveautés dans le traitement pharmacologique des dépendances (PNP).

Dans un tout autre registre, je désire souligner le décès d'un collègue, Claude Létourneau, survenu le 23 janvier dernier. Claude a été chargé de cours au Certificat en toxicomanie pendant plus de vingt ans. Il fut un collaborateur d'exception et un formidable pédagogue. Merci pour avoir formé un nombre incalculable d'étudiants, merci pour leur avoir transmis ta passion du domaine, pour le démarrage des cohortes année après année, ta grande ouverture d'esprit, ta générosité et enfin, pour ton remarquable humour. Meilleurs souvenirs.

Pour terminer, sachez qu'en février dernier la Maîtrise en intervention en toxicomanie a reçu toutes les approbations nécessaires. Actuellement, l'équipe d'enseignants s'affaire à mettre tout en œuvre pour son démarrage à l'automne 2009. C'est un rendez-vous...

Je vous souhaite à tous, fidèles lecteurs et fidèles collaborateurs, un très bel été!

**Lise Roy**

Directrice des programmes d'études en toxicomanie

## MAÎTRISE EN INTERVENTION EN TOXICOMANIE (MIT)

### Développer une expertise reconnue

Programme de 45 crédits offert aux professionnelles et professionnels détenant un grade de 1<sup>er</sup> cycle dans une discipline en lien avec l'intervention en sciences humaines, sociales ou de la santé qui travaillent depuis au moins un an à temps plein dans le domaine de l'intervention en toxicomanie ou dans un champ connexe (santé mentale). La maîtrise en intervention en toxicomanie vise à former des professionnelles et des professionnels spécialisés en interventions précoces et curatives.


L'enseignement se donne au Campus de Longueuil sous forme de fins de semaine intensives.

(Pour plus de détails sur ce programme, voir le texte en page 2)

### INFORMATION

Gaétane Quirion  
1 888 463-1835, poste 61795 (sans frais)  
ou 450 463-1835

Gaetane.Quirion@USherbrooke.ca

 Longueuil —  
Université-de-Sherbrooke

## CERTIFICAT EN TOXICOMANIE

### Prévention et intervention

### DEVENIR UN INTERVENANT QUALIFIÉ (selon les normes en vigueur)

Programme de 30 crédits offert aux détenteurs d'un diplôme d'études collégiales ou l'équivalent. L'enseignement se donne dans différentes villes du Québec, notamment Sherbrooke, Longueuil, Québec et Saguenay, sous forme de fins de semaine intensives. Possibilité de groupes à Rimouski et dans les Basses-Laurentides si le nombre d'étudiants est suffisant.

Cheminement avec ou sans stage.

### COURS SUR INTERNET – HIVER 2010

TXM110 Aspects socioculturels et utilisation des psychotropes (3 cr.)

TXM120 Aspects physiologiques et pharmacologiques des psychotropes (3 cr.)

### INFORMATION

1 888 463-1835, poste 15245 (sans frais)  
ou 819 564-5245

Toxicomanie-Med@USherbrooke.ca

[www.USherbrooke.ca/toxicomanie](http://www.USherbrooke.ca/toxicomanie)

## FORMATIONS AITQ-UdeS 2009-2010

- 2 octobre 2009 à Longueuil (9 h à 16 h 30)
- 27 novembre 2009 à Québec (9 h à 16 h 30)  
**Psychotropes : nouvelles tendances au Québec** • Luc Beaucage, Service de sensibilisation aux drogues et au crime organisé de la GRC et D<sup>re</sup> Marie-Eve Morin, médecin spécialisé en toxicomanie et comorbidité santé mentale et en VHC/VIH
- 13 novembre 2009 à Longueuil (9 h à 16 h 30)  
**Stimuler le bonheur chez les personnes dépendantes : suggestions pratiques de la psychologie positive** • Yves Gros-Louis, psychologue et directeur du Centre Psycho-Solutions
- 4 décembre 2009 à Longueuil (9 h à 16 h 30)  
**Drogues et sexualité chez les jeunes** • Nathalie Legault M.A., sexologue clinicienne et psychothérapeute
- 29 janvier 2010 à Longueuil (9 h à 16 h 30)
- 16 avril 2010 à Québec (9 h à 16 h 30)  
**Les femmes aux prises avec une toxicomanie : pareilles ou différentes ?** • Louise Nadeau, Ph.D. professeure titulaire, Département de psychologie, Université de Montréal
- 5 février 2010 à Québec (9 h à 16 h 30)
- 9 avril 2010 à Longueuil (9 h à 16 h 30)  
**Violence et toxicomanie : mieux comprendre pour mieux intervenir** • Solange Keighan, psychologue, Institut Philippe-Pinel
- 12 février 2010 à Longueuil (9 h à 16 h 30)  
**Anxiété en contexte de consommation : un traumatisme après coup** • Dr Richard Cloutier, psychiatre, Clinique Cormier-Lafontaine
- 12 mars 2010 à Longueuil (9 h à 16 h 30)  
**Travail de rue et toxicomanie : un défi social** • Philippe Malchelosse, directeur général, Point de Rue
- 23 avril 2010 à Longueuil (9 h à 16 h 30)  
**La cyberdépendance : point de vue scientifique et clinique** • Didier Acier, chercheur, Institut universitaire sur les dépendances et Magali Dufour, professeure, Programmes d'études et de recherche en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke

### Lieu de formation à Longueuil

Jusqu'au 31 décembre 2009

Campus de Longueuil

de l'Université de Sherbrooke

1111, rue Saint-Charles Ouest

Tour Ouest, 5<sup>e</sup> étage

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010

Campus de Longueuil

de l'Université de Sherbrooke

150, place Charles-Le Moyne, 2<sup>e</sup> étage

 Longueuil —  
Université-de-Sherbrooke

### Lieux de formation à Québec

Hôtel Québec (5 février et 16 avril)

3115, avenue des Hôtels, Sainte-Foy

Hôtel Plaza (27 novembre)

3031, boul. Laurier, Québec

\*\*\* INSCRIPTION \*\*\*

AITQ

Tél. : 450 646-3271 ou [www.aitq.com](http://www.aitq.com)



# ENFIN UNE MAÎTRISE SPÉCIALISÉE EN INTERVENTION DANS LE CHAMP DE LA TOXICOMANIE

L'idée d'un programme de Maîtrise en intervention en toxicomanie (MIT) à l'Université de Sherbrooke avait pris forme depuis un certain temps. Le projet est devenu réalité au début de l'année 2009, quand les programmes d'études et de recherche en toxicomanie de la Faculté de médecine de l'Université ont reçu l'aval du ministère de l'éducation, du loisir et du sport (MELS). Dès réception de cette dépêche, l'équipe a axé ses efforts sur le développement de la nouvelle maîtrise. Les professeures ont consacré les derniers mois à l'élaboration des activités pédagogiques de ce programme. Un conseiller pédagogique a été engagé. Il assiste la direction dans les diverses tâches commandées par un nouveau programme : publicité, rédaction des guides pédagogiques, stratégie d'évaluation du programme et des enseignements, sélection de la clientèle.

## Une Maîtrise pour des professionnels en exercice

La MIT, programme de 2<sup>e</sup> cycle universitaire de 45 crédits, s'inscrit dans une approche par compétences. L'approche est donc centrée sur l'apprentissage actif de l'étudiante ou de l'étudiant qui intègre et évalue ses habiletés à partir de situations apparentées à la vie professionnelle. La pédagogie, le parcours et les activités de la MIT visent à former des intervenants spécialisés en intervention précoce et curative dans le champ de la toxicomanie, du jeu pathologique et d'autres dépendances émergentes. De façon plus spécifique, ce programme d'études permettra aux intervenants :

- d'œuvrer auprès de personnes à risque de présenter ou présentant des problèmes complexes dans le domaine de la toxicomanie ou dans d'autres problématiques telles que les jeux de hasard et d'argent et les autres dépendances émergentes ;
- d'approfondir des thématiques spécifiques et de développer des compétences relatives à des rôles complémentaires telles la supervision, la gestion de projets, l'évaluation d'intervention et de programmes ;
- de développer la capacité d'autogérer sa pratique professionnelle ;
- d'optimiser le développement des habiletés interrelationnelles.

De plus, le programme vise à faire travailler dans une perspective interdisciplinaire et biopsychosociale en valorisant l'interdisciplinarité et le partenariat. Il fait la promotion d'une utilisation critique des théories et modèles, des résultats probants, des courants émergents et des pratiques exemplaires. Il favorise l'autonomie, le jugement critique et la responsabilisation face à la pratique professionnelle ainsi que la capacité d'innovation et de leadership. Arrimé à l'évolution des connaissances et aux besoins de la population, ce programme favorise également la lecture des écrits scientifiques, tant en français qu'en anglais.

L'apprentissage s'effectue à partir de situations rencontrées dans les milieux de travail. L'enseignement est assuré par un corps professoral régulier ou associé ainsi que par des professionnels provenant des milieux de pratique, tous reconnus pour leur expérience et leur expertise du domaine enseigné.

Les activités pédagogiques sont offertes à temps partiel, généralement sous forme de fins de semaine intensives au Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke. Cette formule vise la conciliation travail-études-famille. L'étudiant qui chemine selon le parcours-type obtiendra son diplôme au bout de 3 ans et demi (10 sessions).

Les personnes admissibles à la MIT doivent détenir un diplôme de 1<sup>er</sup> cycle universitaire dans une discipline appropriée en lien avec l'intervention en sciences humaines, sociales ou de la santé telle que psychologie, service social, psychoéducation, criminologie, sexologie, sciences infirmières. De plus, elles doivent œuvrer dans un milieu d'intervention en toxicomanie ou dans un champ connexe (santé mentale) depuis au moins un an, et ce, à temps plein. Elles doivent avoir obtenu une note supérieure à 2,7/4,3 à leur baccalauréat pour être éligibles. Une entrevue de sélection complète le processus d'admission.

## Un nombre de demandes qui témoigne du besoin

Près d'une centaine de demandes d'admission ont été déposées pour la session d'automne 2009. L'engouement pour le programme se remarque également par une diversité dans l'origine des demandes. Les postulants proviennent des milieux de la santé, des services sociaux, de l'éducation et des services correctionnels et résident en majorité dans la grande région métropolitaine. Cependant, des professionnels demeurant en Estrie, en Montérégie, dans Lanaudière et dans les Laurentides, la Mauricie-Centre-du-Québec, la région de Québec, voire le Bas du fleuve, ont présenté aussi des demandes. La formule de fins de semaine intensives favorise certainement ce rayonnement.

Pour assurer un enseignement de qualité et le meilleur encadrement possible, le nombre de places disponibles a été limité. Un processus rigoureux de sélection a été mis en place, au cours duquel nous évaluons les connaissances des candidats en matière d'intervention et dans le champ de la toxicomanie ainsi que leur habileté à analyser un article et à en présenter le résultat de façon structurée et intelligible, dans un français de qualité. Cet exercice nous a permis de retenir 18 candidatures parmi les professionnels qui avaient préalablement complété leur diplôme de 2<sup>e</sup> cycle en toxicomanie et 25 nouveaux inscrits.

C'est donc en compagnie de cette quarantaine d'étudiants que nous amorcerons la nouvelle maîtrise en intervention en toxicomanie dès le mois de septembre.

**Lise Roy,**

Directrice des programmes d'études en toxicomanie  
Faculté de médecine et des sciences de la santé  
[www.USherbrooke.ca/toxicomanie](http://www.USherbrooke.ca/toxicomanie)

## À la mémoire de Claude Létourneau

Claude Létourneau est décédé le 23 janvier 2009. Né à Montréal le 21 novembre 1956, Claude était sociologue, sexologue et maître en éducation. Il a œuvré d'abord comme chargé du cours TXM-110 à l'Université de Sherbrooke, ainsi qu'à l'Université de Montréal où il devint directeur du *Certificat de toxicomanies : prévention et intervention* jusqu'à ce que la maladie l'oblige à prendre une retraite prématurée en 2007.

En 2001 il remporta le prix d'excellence en enseignement de la faculté d'éducation permanente de l'Université de Montréal. Son activité d'enseignement d'une qualité exceptionnelle lui a permis d'influencer quelques générations d'intervenants, les marquant par sa rigueur scientifique et son ouverture d'esprit, alliées avec bonheur à un humour brillant. À tous il prodiguait sans compter son attention, ses suggestions et son enthousiasme. Un pédagogue généreux de cœur et d'esprit, chaleureux et toujours attentif à l'autre malgré les maladies qui l'accablaient depuis longtemps.

Amoureux des arts et des lettres, il respirait l'esthétisme et la poésie.

Indéfectible en amitié, Claude entretenait avec grand soin depuis l'adolescence des relations riches et profondes. Un groupe d'amis engagés et solidaires, qui l'ont accompagné jusqu'à la fin.

À ceux qui ne l'ont pas connu, je dirais que Claude Létourneau était de ces hommes tendres qui traversent trop rapidement la vie, laissant dans leur sillage des particules lumineuses d'authenticité, de tendresse, d'humour et de vive intelligence.

... J'aurai eu l'immense privilège d'être son amie pendant trente ans.

**Danielle Champagne**



# LA NAISSANCE D'INTERVENANTS DE PREMIÈRE LIGNE EN DÉPENDANCE : D'ALCOCHOIX À L'APPROCHE MOTIVATIONNELLE

Depuis peu, on voit éclore au Québec des services de première ligne ciblant les personnes ayant une consommation à risque ou légèrement problématique sans toutefois présenter un degré de gravité similaire à un diagnostic d'abus ou de dépendance (APA, 2000). La préoccupation de la première ligne au regard des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues n'est pas nouvelle. Malgré diverses formations et des initiatives locales très intéressantes, les services en dépendance en première ligne n'ont jamais pu s'organiser de manière structurée et cohérente dans l'ensemble de la province. Pourtant, les besoins populationnels sont présents. L'absence de programmes structurés, un flou quant aux souhaits du MSSS au regard de ce service et le manque de postes attribués à cette tâche dans les CSSS, sont probablement des éléments explicatifs de ce difficile envol des services en première ligne.

Le vent semble toutefois avoir tourné. Les planètes s'alignent. Tout d'abord, le ministère de la santé et des services sociaux, via l'offre de service en dépendance (MSSS, 2007), a donné des orientations précises quant aux services attendus des divers acteurs en dépendance dont entre autres, pour les services de première ligne, la détection et l'intervention précoce. Deuxièmement, des programmes structurés d'intervention en dépendance sont apparus dans le paysage des services de première ligne (Alcochoix+) et d'autres sont à venir (un équivalent d'Alcochoix+ mais pour les consommateurs de cannabis et les joueurs à risque). Troisièmement, on voit naître l'apparition de postes dédiés à la dépendance, au sein de certains CSSS.

Mais, revenons un peu en arrière. Ce n'est que récemment qu'on a vu naître, dans la foulée de plusieurs études démontrant l'efficacité des programmes de boire contrôlé (e.g., Walters, 2000), l'implantation d'un programme structuré d'intervention en première ligne, « Drinking Decision », traduit alors par Alcochoix (Robson et al, 2000). Des régions pilotes se sont investies avec succès dans ce programme développé dans l'ouest canadien. Cependant, des adaptations se sont révélées nécessaires afin que le modèle d'intervention puisse bien s'intégrer dans la structure des services des CSSS (ex-CLSC) (April, 1999). Une version adaptée par le RISQ<sup>1</sup> a donc vu le jour (Simoneau et al. 2004). Conservant les objectifs de boire contrôlé et une approche comportementale

cognitive, les auteurs du nouveau programme, Alcochoix+, y ont introduit une couleur tirée de la philosophie de l'entretien motivationnel (Miller & Rollnick, 2006) tout en l'intégrant dans une chaîne de service débutant par la détection. Le programme, structuré mais souple, permet aux usagers d'identifier leur cible de consommation d'alcool et leur donne les moyens de l'atteindre.

De plus, le processus d'accès au programme ne dépend plus seulement de la publicité. Les usagers consultant au sein de divers services cliniques peuvent accéder à Alcochoix+ grâce à une évaluation structurée de leurs besoins, réalisée avec l'outil DÉBA-A/D (Tremblay et al. 2003). Cette stratégie crée une chaîne de services : accueil/évaluation/orientation – programme Alcochoix+. Elle permet également aux professionnels de tous les services de première ligne de référer un usager vers Alcochoix+, ce qui a cependant modifié la clientèle accédant au programme. Des personnes présentant diverses problématiques associées, dont entre autres des problèmes de santé mentale, des difficultés judiciaires ou des problèmes de santé physique, y sont orientées.

Ces nouvelles clientèles ont présenté des défis. Par exemple, les usagers ayant des difficultés de santé mentale ont besoin de plus de rencontres d'accompagnement individuel (le programme propose deux rencontres). D'autre part, les usagers ayant des difficultés judiciaires et référés vers le programme par leur avocat ou l'agent de probation, ou encore, les usagers ayant d'abord consulté pour des difficultés de santé physique et qui se voient référés vers Alcochoix+ par leur médecin, ont des degrés variables de motivation au changement, rendant là aussi plus difficile l'application du programme original.

Ainsi, cette modification de la trajectoire d'accès des clientèles au programme Alcochoix+ a fait émerger le besoin d'ajouter un module motivationnel à l'intervention de base car les usagers se situant à un stade de négation ou de reconnaissance ambivalente de leur surconsommation d'alcool ne peuvent profiter d'un programme proposant une modification de leurs habitudes de consommation d'alcool. Ils ont plutôt besoin d'un accompagnement à la réflexion. L'offre typique consiste alors à leur proposer des rencontres leur permettant de réfléchir à leur consommation d'alcool, et ce, dans un esprit motivationnel, sans aucun engagement à modifier quoique ce soit. Une telle offre de service change largement la pratique des cliniciens en CSSS. Elle leur

permet d'accueillir des usagers « différents », de les aider à accroître leur intérêt au changement mais aussi, si telle est leur décision, d'opter pour le *statu quo*!

Ce module motivationnel (Bergeron et al. 2009) a été expérimenté avec des intervenantes des CSSS de Laval et de Québec. Les cliniciennes rapportent que ce changement de pratiques les fait progressivement passer d'un modèle où elles appliquent un programme défini vers un modèle de cliniciennes offrant une gamme de services adaptés au stade de changement des usagers : d'intervenantes Alcochoix+, elles deviennent des intervenantes en dépendance. Elles peuvent recevoir des usagers qui devraient être orientés vers Alcochoix+ mais qui en sont plutôt à un stade de réflexion. Quelques rencontres issues du module motivationnel sont alors très bénéfiques. Ainsi, les intervenantes peuvent, suite à la passation du DÉBA-A/D, utiliser le Rapport personnalisé d'évaluation<sup>2</sup>, et donner une *feedback* individualisé à l'usager. Son profil de consommation d'alcool, mais aussi d'autres substances psychoactives, est comparé à des normes populationnelles ou des normes de santé. À titre d'exemple, on pourra indiquer à la personne que sa consommation d'alcool ou de cannabis correspond à X% de la population issues du même groupe d'âge et de même sexe. Ou encore, on lui indiquera que sa consommation dépasse des normes de santé diverses. Un code de couleur (vert, jaune et rouge) est utilisé pour caractériser le risque associé à sa consommation.

De plus, ces cliniciennes révèlent comment l'intégration du module motivationnel change leur pratique en les aidant à s'adapter aux divers stades de changement présentés par les usagers. Elles rapportent se sentir plus compétentes et par le fait même, plus confiantes. Cette pratique s'étend également auprès des usagers dont le profil clinique nécessite une orientation vers les CRPAT mais qui refusent cette orientation. Les professionnelles se sentent maintenant capables d'accompagner la personne dans une démarche de réflexion, entre autre via l'utilisation du rapport personnalisé, l'exercice sur les valeurs ou le recours à la balance décisionnelle (voir module motivationnel). D'intervenantes

Suite à la page 4

2. Le rapport personnalisé d'évaluation sera disponible via le contenu du module motivationnel qui sera présenté dans le cadre de la formation en première ligne, offerte par le MSSS, au cours de l'année 2009-2010. Il est également disponible auprès de l'auteur (joel.tremblay@uqtr.ca).

1. Recherche et intervention sur les substances psychoactives, [www.risqtoxico.ca](http://www.risqtoxico.ca)



Alcochoix+, elles sont devenues des cliniciennes créatrices, s'adaptant aux divers portraits cliniques. Leur pratique cause des maux de têtes à la direction de leur établissement, leurs interventions ne cadrant plus dans la définition traditionnelle de leur tâche (par exemple la règle traditionnelle de limiter les interventions Alcochoix+ à deux rencontres). Elles ont par contre le grand mérite de répondre aux besoins de la clientèle et sont en mutation vers une véritable définition de ce que doit être une intervenante en dépendance en première ligne.

Joël Tremblay, Ph. D.

Université du Québec à Trois-Rivières / RISQ

#### Références :

APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC : American Psychiatric Association.

April, N. (1999). *Évaluation de l'implantation du programme Alcochoix du 16 novembre 1998 au 31 mars 1999 dans les CLSC de la région de Québec*. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Québec.

Bergeron, J., Tremblay, J., & Simoneau, H. (En préparation). *Approche motivationnelle au sein des services de première ligne en dépendance*. Québec, Canada : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement (traduction de Dorothee Lécaillier et Philippe Michaud)*. Paris, France : Inter-Éditions.

MSSS (2007). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services dépendances. Offre de service 2007-2012*. Québec, Canada : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.

Robson, E., Edwards, J., & Predy, G. (2000). *Drinking Decisions: An Early Intervention Program for Problem Drinkers*. Alberta, Canada : Capital Health Authority. Public Health Services.

Robson, E., Edwards, J., Predy, G., & Mills, K. (1995). *Drinking Decisions. A Prevention Program for Problem Drinkers. Final Evaluation Report*. Alberta, Canada : Capital Health Authority – Public Health Services.

Simoneau, H., Landry, M., & Tremblay, J. (2004). *Alcochoix+. Un guide pour choisir et atteindre vos objectifs*. Montréal, Québec, Canada : MSSS, RISQ.

Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. (2003). *DÉBA-A/D: Dépistage évaluation du besoin d'aide, alcool/drogues. Manuel d'utilisation*. Québec, Canada : Service de recherche CRUV / CRAT-CA.

Walters, G. D. (2000). Behavioral self-control training for problem drinkers : A meta-analysis of randomized control studies. *Behavior therapy*, 31, 135-149.

#### REMERCIEMENTS

à ceux et celles qui ont contribué à ce numéro

##### Éditeur :

Les programmes d'études en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke

##### Directrice des programmes :

Lise Roy

##### Responsable de la rédaction :

Marie-Thérèse Payre

##### Conception graphique et impression :

MJB Litho inc.

ISSN 1481-546X

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale du Québec et du Canada

# L'ÉQUIPE DE LIAISON À L'URG

## LA MISE EN CONTEXTE

La conjoncture des dernières années entourant les urgences hospitalières du Québec a mis en relief des difficultés notoires entourant un taux élevé d'achalandage voire d'encombrement. Dans le but d'assurer une fluidité aux clientèles en santé mentale séjournant dans les urgences hospitalières, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis sur pied la Direction nationale sur les urgences en santé mentale. Les cibles visées par cette instance sont : un maillage serré entre les dispensateurs de service ainsi qu'une accessibilité facilitée aux soins et aux services requis par les personnes qui se présentent à l'urgence.

Située au cœur de la région de la Capitale-Nationale, l'urgence du CHUQ-CHUL a fait l'objet d'une attention particulière en raison de son taux élevé de fréquentation. Il s'avère qu'un fort pourcentage de la clientèle admise à l'urgence présente une problématique de dépendance ou un trouble concomitant de dépendance et de santé mentale.

Les personnes présentant un diagnostic d'abus ou de dépendance consultent trop fréquemment un service satellitaire en fonction de leurs besoins réels. En ce sens, elles utilisent principalement les services médicaux, mais très peu d'entre elles ont recours aux services en dépendance. Chez les personnes ayant un problème de dépendance, ce comportement de recourir à des services autres que ceux spécialisés est attendu et prévisible. Attendre que la personne alcoolique ou toxicomane vienne frapper à la porte des centres spécialisés en dépendance, ne permet de rejoindre que 10 % de la population en besoin, c'est-à-dire présentant un diagnostic d'abus ou de dépendance.

C'est l'habileté du réseau de soins à s'insérer dans ces moments privilégiés à titre de leviers de changement qui viendra en partie écourter les délais entre l'apparition du diagnostic et la demande d'aide.

L'originalité de cette initiative s'appuie sur une vision unifiée du réseau de la santé et des services sociaux qui comporte plusieurs dispensateurs de services. De ce fait, il faut concevoir la demande d'aide où qu'elle soit comme une demande adressée à l'ensemble du réseau à qui il revient de mettre en place des trajectoires fluides

entre les établissements afin que soient orientées les personnes au bon endroit.

L'approche valorisée dans le cadre de ce projet novateur repose sur l'expertise des professionnels disponibles pour cette clientèle ainsi que sur la précocité de l'intervention et l'accessibilité facilitée à des ressources d'accueil même transitoires. Cette expérience vient bonifier le continuum de services offert à la collectivité et la concertation entre les partenaires impliqués constitue un puissant levier de changement.

## LE LIEU ET LA CLIENTÈLE

Fort de son expertise en dépendance, le Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve est l'instigateur du « *Projet conjoint d'intervention destiné aux clientèles au CHUQ-CHUL qui présentent un problème d'abus ou de dépendance ou un trouble concomitant de dépendance et de santé mentale* ». Ainsi est née l'équipe de liaison spécialisée en dépendance à l'urgence.

L'équipe de liaison spécialisée en dépendance implique la présence à temps complet (50,75 heures – 7 jours), sur place à l'urgence du CHUQ-CHUL, de deux infirmières, en alternance. Sur référence du personnel clinique ou médical de l'hôpital, ces infirmières accueillent, évaluent, orientent et assurent la liaison avec les différents dispensateurs de services. Elles facilitent l'accès aux soins et aux services requis par la condition des personnes qui se présentent aux différentes urgences (physique, psychiatrique et pédiatrique) et aux unités de soins, afin d'assurer la continuité et la prise en charge, lorsque requis. Un omnipraticien spécialisé en dépendance, du Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve, soutient les infirmières au niveau de la prise de décision.

L'équipe de liaison réfère et accompagne les usagers vers des lits multifonctionnels pour servir de soutien à la réadaptation et à la désintoxication, et ce, de façon à offrir un milieu sécuritaire au départ de l'urgence, lorsque requis et dès que leur condition médicale le permet. Le Centre a également mis en place une équipe de professionnels de réadaptation affectés à la liaison pour accueillir les usagers qui se présentent à l'urgence et qui font ensuite l'objet d'une référence par l'infirmière de liaison. L'utilisateur obtient, sur le champ, un rendez-vous avec un clinicien



# SPÉCIALISÉE EN DÉPENDANCE ENCE DU CHUQ-CHUL



en centre spécialisé. Il est rencontré et un service répondant à son besoin lui est offert (stabilisation, évaluation, réadaptation, réinsertion sociale, etc.).

Dans le but d'éviter le retour à l'urgence de ces personnes, des ententes ont été convenues entre les médecins du centre de réadaptation, l'équipe de psychiatrie du CHUL et l'équipe de liaison pour une prise en charge commune et partagée selon le niveau de besoins, et ce, même après la sortie de l'urgence.

## L'OBJECTIF RECHERCHÉ

Le but visé par le projet est de mettre en place des mesures qui auront un réel impact sur le désencombrement des urgences. La principale cible à atteindre, déterminée par le MSSS, est de diminuer la durée moyenne des séjours, les 48 heures et les 24 heures.

## L'ANALYSE DE L'EXPÉRIENCE

L'implantation de l'équipe de liaison spécialisée en dépendance au CHUQ-CHUL a eu lieu en juillet 2007. Des résultats rapides et probants témoignent de la pertinence et de l'utilité d'une évaluation spécialisée, offerte directement dans les urgences par des professionnels des centres de réadaptation en dépendance.

Les retombées d'un tel projet se font sentir à plusieurs niveaux. Il en ressort que 873 demandes ont fait l'objet d'une intervention de la part des infirmières de liaison en 76 semaines. Une baisse significative de la durée moyenne de séjour à l'urgence de 29,9 h à 20,6 h est observée. Il est à noter que près de 80 % des personnes évaluées ne recevaient aucun service pour leur problème de dépendance au moment de leur consultation et que 84 % de celles-ci acceptent l'offre faite.

Les résultats permettent d'affirmer que la présence d'une équipe de liaison en dépendance à l'urgence a été un levier de changement qui a influencé l'offre de service au Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve. 53,8 % se sont présentés à leur rendez-vous, et ce, comparativement à 65 % des personnes orientées au programme régional d'évaluation spécialisée par les CSSS (mission CLSC) pour l'année 2006-2007.

L'analyse des conditions de succès et d'implantation démontre que le déploie-

ment d'une équipe de liaison nécessite un certain nombre d'activités de soutien pour être optimal. Ces activités portent sur la formation, la gestion et la coordination, la gestion des communications et le monitoring de la clientèle. Toutes ces conditions sont précisées dans le *Guide d'implantation : équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence*<sup>1</sup>.

## LES PRINCIPAUX DÉFIS

Au départ, le défi majeur de l'équipe de liaison spécialisée en dépendance consistait à établir sa crédibilité dans un nouveau milieu où son expertise était peu connue donc peu reconnue. Ainsi, les infirmiers localisés à l'urgence devaient faire équipe avec les intervenants du milieu médical en plus d'établir des alliances efficaces favorisant l'atteinte des objectifs attendus. Des stratégies de communication ont été élaborées pour favoriser la compréhension de l'essence du projet en plus d'informer le personnel soignant des procédures pour faire appel à l'équipe de liaison spécialisée.

L'équipe devait favoriser chez le personnel clinique et médical la détection de la clientèle et la référence vers elle. Une expérience française du même type démontre en fait que c'est le principal enjeu dans la réussite de ce type d'implantation.

Un des enjeux prévisible, avec lequel le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve doit composer est l'accroissement significatif de la clientèle référée et désireuse de recevoir des services de réadaptation. Cela a un impact direct sur l'accessibilité générale qui accusait déjà une attente importante.

Enfin, le travail en partenariat demeure un défi quotidien. Les groupes d'usagers aux prises avec des problèmes d'abus ou de dépendance et ayant aussi des problèmes de santé mentale et d'itinérance nécessitent l'implication de plusieurs acteurs du réseau.

## LE POTENTIEL D'APPLICATION

L'expérimentation démontre qu'il est possible de modifier ou réorienter efficace-

ment cette première demande d'aide vers les services adéquats en dépendance. En allant rencontrer les usagers dans le lieu de leur accès aux services de santé, en l'occurrence l'urgence hospitalière, il est possible de saisir l'occasion d'une crise pour proposer l'entrée en traitement. En modifiant la trajectoire de services, cela contribue à faire augmenter les demandes d'aide issues du centre hospitalier.

Cette vision unifiée du réseau de la santé et des services sociaux comportant plusieurs dispensateurs de services, est applicable à d'autres organisations et à d'autres clientèles. L'application de ce modèle est, actuellement, examinée par des partenaires régionaux et provinciaux afin d'en préciser l'application dans leurs milieux respectifs.

## EN CONCLUSION

Bien que la mise en place d'une équipe de liaison spécialisée en dépendance à l'urgence du CHUQ-CHUL ait contribué à réduire significativement la durée de séjour dans ce service, elle a surtout permis à plusieurs personnes d'être mieux détectées, orientées et traitées pour leur problématique. Cela donne des effets positifs sur les plans de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services pour les clientèles les plus vulnérables.

Au vu des résultats concrets obtenus, le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve a reçu l'aval de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale pour consolider l'équipe de liaison spécialisée en dépendance au CHUQ-CHUL et l'élargir aux urgences de l'hôpital de l'enfant-Jésus au Centre hospitalier affilié universitaire de Québec en avril 2008. Une troisième équipe de liaison a été mise en place au CHUQ – Hôpital St-François d'Assise en janvier 2009.

Enfin, le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve a reçu le mandat du ministère de la Santé et des services sociaux et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale d'élaborer un guide d'implantation pour les équipes de liaison spécialisées en dépendance à l'urgence ainsi que pour soutenir l'implantation des équipes dans les autres régions du Québec.

Lynne Duguay,

Adjointe à la directrice générale et coordonnatrice des services externes de réadaptation  
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve

1. Ministère de la Santé et des services sociaux, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (2008). *Guide d'implantation : équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence*, 29p. Québec, Gouvernement du Québec. (Disponible sur le site du MSSS)



# LE DÉVELOPPEMENT À L'AUBERGE DU CŒUR,

## LE CONTEXTE ET L'HISTORIQUE DE LA DÉMARCHE

La Maison-Raymond-Roy (MRR) de Victoriaville fait partie du réseau des Auberges du cœur du Québec, organismes communautaires autonomes qui offrent le gîte et le couvert, mais aussi un soutien pour un jeune adulte prêt à améliorer son autonomie et son mieux-être. La Maison a été fondée en 1987 et héberge chaque année environ une centaine de jeunes adultes (18 à 30 ans) en difficulté. Les séjours varient de un à six mois et sont souvent répétés au fil des ans. La Maison Raymond Roy concentre son intervention autour de trois axes : le maintien en logement, la création d'un réseau social soutenant et la réalisation d'un projet de vie socioprofessionnel.

Soucieux d'amélioration, le personnel et les responsables de la MRR ont décidé d'entreprendre une démarche pour développer une intervention qui tiendrait compte, non seulement des résultats, mais aussi du processus afin que les jeunes résidents augmentent le contrôle sur leur vie. Étant un milieu de vie pour les jeunes, la MRR peut allier l'intervention psychosociale à la vie communautaire, aux activités collectives et à la revendication sociale. Voilà des éléments favorables au développement d'une intervention visant à maximiser le processus d'*empowerment*.

**La démarche envisagée visait à arrimer le cadre conceptuel de l'*empowerment* à une nouvelle pratique d'intervention liant les dimensions individuelle et collective.**

Pour y parvenir, les porteurs de la pratique (les intervenant(e)s et les responsables de la MRR) ont réalisé la démarche avec un consultant de la coopérative La Clé, porteur lui, d'un cadre conceptuel de l'*empowerment*. La démarche n'a pas la prétention de rencontrer l'ensemble des critères d'une recherche-action en sciences sociales. Toutefois, en s'inspirant de ses principes et de ses méthodes, elle a permis à la fois l'investigation, l'encadrement, l'intervention et la formation, mais sans la rigueur d'une collecte de données et d'une méthodologie digne d'une recherche scientifique.

## LE CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel retenu est inspiré des écrits de William Ninacs sur l'*empowerment*. L'action de la MRR s'insère tout à fait dans la lutte à la pauvreté et à

l'exclusion, à la base de ce concept. Le contrôle sur les ressources figure parmi les dimensions de la pauvreté des individus et des communautés, sur lesquelles ils doivent exercer un pouvoir individuel et collectif. Avoir une emprise requiert, chez l'individu ou la communauté concernée, un pouvoir d'agir concret et autonome. Le terme *empowerment* désigne à la fois cette capacité d'action et le processus pour l'atteindre. Ce concept correspond à l'idée que les individus et les collectivités ont le droit de participer aux décisions qui les concernent. De plus, l'*empowerment* est fondé sur la prémisse que les compétences requises pour effectuer le changement visé sont déjà présentes ou, au moins, que le potentiel pour les acquérir existe.

Il y a essentiellement 1) l'*empowerment* individuel, qui correspond au processus d'appropriation d'un pouvoir par une personne, un groupe ou une organisation et 2) l'*empowerment* communautaire, qui correspond aux caractéristiques d'une communauté favorisant le développement individuel de ses membres.

### L'*Empowerment* individuel

L'idée d'*empowerment* fait référence autant à un état qu'au processus permettant de parvenir à cet état. L'individu a atteint un état d'*empowerment* lorsqu'il possède le pouvoir d'agir sur les situations qui l'affectent. Le processus d'*empowerment*, quant à lui, vise à permettre à l'individu de développer ce pouvoir d'agir. Ce pouvoir renvoie à la capacité que possède un individu ou un système de choisir librement (ce qui requiert la présence d'au moins une alternative); de transformer son choix en une décision et d'agir en fonction de sa décision, tout en étant prêt à assumer les conséquences de celle-ci.

Le cheminement vers l'*empowerment* individuel est un processus de développement personnel qui s'opère sur quatre plans, soit **la participation** (visant la participation à des décisions individuelles et collectives), **les compétences techniques** (les connaissances et les habiletés requises pour participer et agir), **l'estime de soi** (qui culmine par la confiance en ses compétences) et la **conscience critique** (conscience de soi et de son rôle de l'environnement social). Ces composantes entrent en interaction les unes avec les autres et se renforcent mutuellement en se développant. L'absence de l'une

d'elles aura pour effet de réduire ou même d'annuler le processus d'*empowerment*.

### L'*Empowerment* communautaire

Une communauté « empowered » est une communauté mobilisée et capable de mettre en commun ses ressources pour répondre aux besoins de ses membres. L'*empowerment* communautaire, par le pouvoir collectif qu'il développe, correspond au terreau d'une communauté dans lequel se développe de l'*empowerment* individuel de ses membres. Quatre composantes la caractérisent : la participation (existence dans la communauté d'espaces permettant la prise de décision par ses membres); les compétences (la coopération entre ses membres et l'existence de réseaux de soutien); la communication (la transparence dans la prise de décision et un climat de confiance) et le capital communautaire (le sentiment d'appartenance et la conscience citoyenne). Comme dans le cas de l'*empowerment* individuel, ces composantes se renforcent mutuellement.

Le lien indispensable entre le développement de l'*empowerment* individuel et celui de l'*empowerment* communautaire a constamment inspiré notre recherche d'une nouvelle forme d'intervention basée à la fois sur l'individu et la communauté à laquelle il appartient.

## LES RÉSULTATS

L'essentiel de notre démarche a consisté à traduire ce cadre conceptuel dans la pratique de l'intervention : une intervention qui développe l'*empowerment* individuel des résident(e)s en inscrivant l'action dans les dimensions individuelles et collectives. Pour y parvenir, nous sommes partis de la pratique historique de la Maison et des valeurs sur lesquelles s'était bâtie cette intervention depuis près de 20 ans d'existence. Nous nous sommes donc entendus sur ce qui guide la pratique de la MRR et ce qui devrait guider la recherche d'une nouvelle forme d'intervention. Les valeurs et les principes identifiés par Le Bossé pour initier une intervention-*empowerment*, ont été adaptés à la réalité de la MRR pour servir de fondement à notre démarche :

- Les individus possèdent en eux-mêmes les forces et les capacités nécessaires pour prendre en charge leur destinée : il faut donc partir des forces des personnes plutôt que d'essayer de bâtir une



# DE L'EMPOWERMENT A MAISON-RAYMOND-ROY

action sur leurs difficultés (transformer ces difficultés en défis)

- Les jeunes adultes concernés par la démarche de changement sont les mieux placés pour définir la nature du changement, sa direction et les moyens d'y arriver
- Ils ont des droits, dont celui d'être entendus et de contrôler leur propre vie. Ils doivent être au cœur de la démarche les concernant et doivent être perçus comme des sujets actifs plutôt que comme des bénéficiaires à aider
- L'approche est clairement non prescriptive, axée sur la négociation
- La relation dans l'action se veut égalitaire entre l'intervenant(e) et le résident(e), abandon du rôle d'expert pour un partage mutuel des expertises
- Les pratiques de la MRR s'inscrivent dans la durée, le temps, le long terme.

## Le nouveau rôle des intervenant(e)s

Nous avons situé les intervenant(e)s à la périphérie du processus d'*empowerment*, les résidents étant eux-mêmes les protagonistes au centre de l'action. L'intervention doit accompagner le jeune, le provoquer tout en le motivant, le guider avec des instruments de solidarité, avec une boîte à outils utilisée autant par l'intervenant(e) que par le jeune. L'intervention pose les bonnes questions plutôt que de fournir des réponses ou des solutions toutes faites. Comme dit Le Bossé, les intervenant(e)s se donnent maintenant comme mission, *d'élargir le monde des possibles* des résident(e)s, en créant des situations similaires à ce que les jeunes vivent dans leur vie afin de les aider à développer leur « Agir ». On mise davantage sur le processus qui amène le jeune à agir plutôt que sur le résultat direct sur les axes d'intervention. Le résultat attendu étant que le jeune se renforce au niveau des composantes de l'*empowerment* et augmente son pouvoir d'agir.

## Les étapes du séjour à la MRR

Pour favoriser l'Agir et contribuer au développement de l'*empowerment*, nous devons inscrire le jeune dans un processus où il serait d'abord accueilli et développerait par la suite ses capacités d'agir pour améliorer les situations qu'il juge importantes pour son mieux-être. Le processus se fait en 4 étapes: 1) l'accueil où l'intervenant(e) dresse avec le résident

**son portrait social** : identifier les situations incapacitantes qu'il ou qu'elle vit; 2) la planification par le jeune de son **plan d'action** et ce, sur ce qu'il juge important pour lui; 3) l'**évaluation conjointe des composantes** de l'*empowerment* individuel et 4) l'élaboration du **plan d'intervention-empowerment** : interventions réalisées et planifiées par l'intervenant(e) et qui visent le développement des composantes de l'*empowerment* en utilisant toujours les forces du résident.

Ce cheminement nous a semblé prometteur, mais nous étions déjà conscients du fait que la réalisation du plan d'action (menant à l'Agir) pourrait ne pas toujours se concrétiser. Selon notre cadre conceptuel, deux motifs pourraient expliquer une telle situation :

- Le plan d'action n'est pas conforme à la réalité du jeune : les choix exprimés ne sont pas les siens, les décisions ne sont pas les bonnes ou les démarches ne permettent pas de répondre aux décisions envisagées. Le rôle de l'intervenant(e) consiste alors à accompagner le jeune dans sa démarche d'*empowerment* et à refaire avec lui chacune des étapes de son plan. L'intervenant(e) peut, parallèlement à cette démarche, travailler à développer les composantes de l'*empowerment* chez le jeune.
- Le plan d'action semble conforme à la réalité du jeune, mais le processus accroche à certaines étapes de sa réalisation. Il faut alors analyser les quatre composantes de l'*empowerment*, et voir comment intervenir auprès du jeune pour l'aider à se donner du pouvoir, en essayant de développer les composantes déficientes qui l'empêchent de réaliser son plan d'action.

Il ne faut donc pas chercher uniquement à rendre le jeune « plus actif », comme si la passivité constituait le seul problème à résoudre. Il s'agit plutôt de mettre à sa disposition des moyens personnels et sociaux afin de déterminer et de conduire une série d'actions qui lui permettront d'atteindre ses objectifs.

La démarche d'intervention pourrait se résumer ainsi : à partir de l'analyse du profil social et de ses forces, le résident et l'intervenant(e) bâtissent un plan d'action sur les trois axes d'intervention de la MRR. Ensuite, après analyse, si le plan d'action ne semble pas en voie d'être réalisé, l'intervenant(e) et le jeune

s'engagent dans l'élaboration d'un plan d'intervention pour développer les composantes jugées faibles.

## Deux niveaux de stratégie d'intervention : l'individuel et le collectif

Lorsque le jeune arrive à la MRR, il intègre un groupe qui tiendra lieu de communauté d'accueil et qui sera animé par des intervenant(e)s. Ces derniers rencontrent le nouveau pour l'aider à réaliser son plan d'action dans une approche de développement de son *empowerment* individuel. Mais dans la vie de groupe, les intervenant(e)s deviennent des animateurs qui se donnent comme mandat de poursuivre avec le jeune le développement de ses composantes de l'*empowerment* individuel, en faisant du nouveau groupe d'appartenance du jeune une communauté mobilisée et capable de mettre en commun ses ressources pour offrir à ses membres les services qu'ils nécessitent.

Les intervenant(e)s cherchent alors à utiliser l'*empowerment* communautaire comme levier du développement de l'*empowerment* individuel, en mettant en place des activités collectives qui sont autant de lieux de participation et de décision pour le jeune. Ils transforment le groupe en communauté *empowered*. Les intervenant(e)s s'efforcent d'animer le groupe pour qu'il développe ses composantes d'*empowerment* communautaire et en devenant ainsi un terreau fertile de l'*empowerment* individuel de chacun de ses membres. L'animation d'un groupe dans l'optique d'une intervention *empowerment*, doit être planifiée à partir de la connaissance du niveau d'*empowerment* du groupe et des participant(e)s et se définir en fonction des situations qui permettent d'intervenir sur la situation individuelle des participant(e)s (*empowerment* individuel) en tentant de modifier le portrait du groupe sur ses composantes de l'*empowerment* communautaire.

## EN CONCLUSION : LAISSER DU POUVOIR...

Cette démarche ne fut pas de tout repos pour les intervenant(e)s de la MRR. Ils ont dû apprendre à laisser un peu de leur pouvoir d'intervention. Pas parce qu'ils en abusaient, mais parce que tout leur paradigme d'intervention était remis en

question par une telle démarche. Auparavant, il était plus sécurisant de maintenir un certain contrôle sur l'intervention. Ils avaient l'impression de savoir davantage où ils allaient (et le jeune aussi, croyait-on). Laisser le pouvoir d'intervention au jeune et ne devenir que son accompagnateur comportait des risques et une bonne dose d'incertitude!

Aujourd'hui, après deux ans d'expérimentation de cette nouvelle façon d'intervenir, des outils se sont modifiés, les interventions se sont raffinées et on croit toujours que le jeune sort gagnant de cette nouvelle démarche. Il y gagne un séjour plus structuré. Il y gagne aussi une confiance en lui, une conscience critique plus grande et des compétences plus ancrées dans son vécu. Il y gagne, on le souhaite, un plus grand pouvoir d'agir sur les éléments qu'il juge importants pour son mieux-être.

Il ne manque plus que des outils d'évaluation qui permettront de mesurer le chemin parcouru par le jeune vers l'acquisition d'un réel pouvoir sur sa destinée.

**Richard Leroux,**  
Consultant

La coopérative de consultation  
en développement La Clé

#### Références :

LE BOSSÉ, Y., GAUDREAU, L., ARTEAU, M., DES-CHAMPS, K., VANDETTE, L. (2002). « L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : Aperçu de ses fondements et de son application » in Revue canadienne de counselling, vol. 36, no 3 : 180-193.

LE ROUX, R., (2007). *Le développement de l'empowerment à l'auberge du cœur Maison Raymond Roy – Guide d'intervention*, 133 pages. Victoriaville, Maison-Raymond-Roy

LE ROUX, R., NINACS W., RACINE, S. (2000). *L'empowerment et l'action des cuisines collectives des Bois-Francs*, 111 pages. Victoriaville, Les Cuisines collectives des Bois-Francs.

NINACS, W. (2001). *Grille d'animation et documentation : l'empowerment et le travail en réseau*, Formation, 18 pages. Beauport (Québec), Direction de la santé publique de Québec.

NINACS, W. (2003). *L'empowerment et l'intervention sociale en lien avec la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, 31 pages. Document d'accompagnement pour les journées de formation 2003, Montréal, Centre de documentation sur l'éducation des adultes et la condition féminine (CDÉACF).

NINACS, W. (2007). *Empowerment et intervention sur la pauvreté : développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, 232 pages. Presses de l'université Laval.

RACINE, S. (2004). *Intervenir dans une perspective d'empowerment!* 14 pages. Synthèse du contenu de la formation, Gatineau, Regroupement des OSBL d'habitation et d'hébergement avec support communautaire en Outaouais (ROHSCO).

RACINE, S. (2004). *L'exclusion, le développement du pouvoir d'agir et la constitution des acteurs collectifs : quels liens pour les personnes en situation de pauvreté ?* 79 pages. Examen de synthèse, Sainte-Foy (Québec), École de service social, Université Laval.

# Une route sans fin

Le Centre Jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean a reçu un Prix d'excellence pour ce projet novateur mis en place et répété chaque année depuis 2005. Depuis ce temps, le nombre de centres jeunesse participants n'a cessé d'augmenter. Le projet est un défi à vélo (900 kilomètres) qui se déroule la première semaine de juin. Un groupe de cyclistes crée une caravane qui passe par les Centres jeunesse de différentes régions du Québec pour que les jeunes vivent une journée à vélo, un défi sportif, une activité importante dans leur réadaptation.



## Le projet mobilise les intervenants et les jeunes dans un esprit de dépassement et d'engagement collectif

Dans les mois précédant le projet, des jeunes recevant des services des centres jeunesse et des employés de ces mêmes centres, s'entraînent en vue du défi sportif. Une façon de réaliser qu'il est possible d'accéder à ses rêves les plus fous lorsqu'on s'en donne les moyens! L'engagement et la réponse des jeunes et du personnel est impressionnante. Que ce soit pour participer au défi cycliste lui-même, aider à l'entraînement, participer à l'organisation ou apporter son support aux différentes facettes de l'événement : conférence de presse, logistique, souper, accueil à l'arrivée, collecte de fonds, etc.

## Redonner de l'espoir aux jeunes tout en impliquant la communauté

La direction et le personnel du centre jeunesse ont fait de ce projet un défi, en réaction aux messages négatifs concernant les services et la clientèle des centres.

**Une route sans fin** permet au personnel, aux jeunes et à leurs familles de vivre une expérience positive, énergisante et de renforcer l'esprit d'équipe et de collaboration.

## Les objectifs de ce partenariat ?

- Permettre aux jeunes de vivre comme un **projet clinique** une activité exceptionnelle qui leur insufflera de l'espoir et favorisera leur réadaptation
- Favoriser une meilleure connaissance et visibilité de la mission des centres jeunesse
- Développer un engagement et une implication collégiaux à la protection de la jeunesse

Il s'agit de permettre aux jeunes des centres jeunesse de se surpasser non seulement sur la route et à deux roues mais aussi, par ricochet, dans leur quotidien. Les jeunes qui vivent l'activité ou qui participent à sa réalisation peuvent le faire avec le soutien des intervenants ou de leurs parents ou de leurs amis. Ce peut être aussi leur famille d'accueil ou des bénévoles qui les supportent. La collectivité se responsabilise autour du soutien et de la protection à apporter aux jeunes.

## En quoi cette réalisation est-elle pertinente ?

Participation massive. Mobilisation importante et avec des jeunes et des partenaires externes... Du jamais vu au Centre jeunesse Saguenay-Lac-Saint-Jean!

L'évaluation de l'événement conclut avec conviction que ce projet fait émerger une responsabilisation collective à la protection de la jeunesse.

Les jeunes vivent une expérience qui leur donne de l'espoir. L'établissement sort grandi et enrichi de cette mobilisation significative. Dans une aventure de ce genre, on découvre des forces et des points à améliorer mais ce qu'on retient par dessus tout ce sont les contacts humains, les nouvelles alliances, l'esprit d'équipe... la base même de notre philosophie de gestion, d'intervention et de la vision que nous projetons de transmettre aux jeunes dont nous nous occupons.

**Une route sans fin** aura donc permis et ce, dans tous les Centres jeunesse participants de la province, de vivre des projets cliniques significatifs avec les jeunes. Le dépassement de soi, la mise en forme, la valorisation dans l'atteinte d'objectif physique, la notion d'effort pour arriver au but et l'expérience d'une aventure d'envergure provinciale sont au nombre des retombées positives d'un tel défi.

**Pierre Guay,**  
chef de service Réadaptation  
Centre jeunesse du Saguenay-Lac-Saint-Jean



# LA CITÉ DE LA RÉHABILITATION MATAPÉDIA LES PLATEAUX : UN CONCEPT NOVATEUR DE RÉADAPTATION ET DE RÉINSERTION POUR PERSONNES DÉPENDANTES

Le 7 avril 2009, la Cité de la Réhabilitation Matapédia Les Plateaux a ouvert ses portes au cœur d'une des plus belles régions du Québec, accueillant ses quinze premiers « clients-citoyens » pour un programme de réhabilitation de longue durée, intimement lié à l'économie locale. Ainsi était lancé un projet pilote novateur d'intervention en alcoolisme, toxicomanies et jeu pathologique, sans équivalent au Québec et au Canada, axé sur la poursuite de résultats durables pour les individus traités comme pour la communauté socioéconomique d'accueil.

Au Québec et au Canada, il existe de nombreux centres de réadaptation, publics et privés, pour venir en aide aux individus aux prises avec une dépendance à l'alcool, à la drogue et au jeu. On y trouve des programmes de traitement résidentiels, la majorité de courte et moyenne durée (d'un à six mois). Certaines communautés thérapeutiques peuvent offrir des programmes plus longs allant de six mois à deux ans. Ces démarches sont toujours de type « fermé » dans le sens où elles visent un processus de rétablissement en vase clos, coupé des stimuli et incitatifs de la vie régulière en société; les interactions avec les communautés locales et l'intégration au territoire dans lequel le centre de thérapie est implanté ne sont pas préconisées.

La Cité de la Réhabilitation se distingue sur ces deux aspects. Elle propose aux personnes dépendantes un processus de réhabilitation à très long terme, sur une période pouvant aller jusqu'à cinq ans, et un processus qui est en symbiose avec le territoire d'accueil, considéré ici comme véritable milieu de vie. Cette approche permet de préparer adéquatement les « nouveaux citoyens » à se réinsérer socialement et avec dignité, à travers l'acquisition de compétences professionnelles et le développement d'habiletés sociales et communautaires. Dans un même temps, l'entreprise permet de faire bénéficier les cinq municipalités de la région – Matapédia, St-François d'Assise, L'Ascension-de-Patapédia, St-Alexis de Matapédia et St-André-de-Restigouche – d'une source de développement économique et social durable.

Notre initiative ne vise donc pas la création d'un centre de traitement supplémentaire mais l'implantation d'un modèle nouveau

de réhabilitation, intégrée à la vie locale et contribuant à son développement économique et visant même, à long terme, la genèse d'une part du financement de ses coûts d'opération. La Cité de la Réhabilitation s'inscrit dans la lignée d'expériences comme celle développée à San Patrignano, en Italie. Ce modèle est fondé sur la conviction qu'il faut davantage tenir compte de la dimension humaine de la réinsertion en société et que cela exige d'accorder plus de temps au traitement de l'individu, à la transformation de son mode de vie et, de façon centrale, à sa requalification socioprofessionnelle. De cette perspective, les personnes dépendantes, sources de coûts faramineux pour la société, peuvent devenir des contributeurs significatifs à sa prospérité et à son épanouissement.

## Historique et projet pilote

La création de la Cité de la Réhabilitation remonte à février 2006 à l'initiative de M. Elphège Roussel, un intervenant de longue date et de grande expérience dans le secteur de la réadaptation des personnes alcooliques et toxicomanes. Sa vision et sa détermination ont permis l'avancement du projet et l'obtention d'une Charte pour l'organisme, en octobre 2007. La décision de s'établir en Gaspésie a été prise suite à des consultations et rencontres, notamment auprès de Mme Nathalie Normandeau, vice-première ministre et ministre des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire. Les maires des cinq municipalités de Matapédia Les Plateaux ont accueilli à l'unanimité le projet de la Cité qui a alors obtenu une première subvention pour inaugurer la phase pilote du projet. Par ailleurs, la Cité de la Réhabilitation est appuyée dans ses démarches par la Fondation du commandant Robert Piché, engagée dans la cueillette de fonds privés pour combler des besoins en matière de traitement des dépendances.

Le territoire de Matapédia Les Plateaux est devenu un élément identitaire et organisationnel central, garant de la viabilité et du succès de la Cité de la Réhabilitation. Ce territoire allie la proximité d'une nature majestueuse (forêts, rivières, terres agricoles et faune) et les principaux services aux citoyens (hôpital, CLSC, éducation primaire, secondaire et collégiale, services de police et loisirs municipaux) à une

dynamique locale unique (collaboration étroite entre les municipalités, bilinguisme de la population, proximité du Nouveau-Brunswick et accès aux principaux moyens de communication tels la route, le train, les aéroports, Internet haute vitesse).

Le projet-pilote en cours est d'une durée d'un an. Il est implanté dans la municipalité de St-François d'Assise. La vie dans le cadre de la Cité comportera deux volets: réadaptation et réinsertion. La réadaptation vise l'accroissement progressif des habiletés personnelles et sociales et le développement de l'autonomie chez les personnes en traitement. La réinsertion est axée sur la formation et l'emploi de tous les participants. Dans le cadre de la phase pilote, les quinze « citoyens bénéficiaires » (première cohorte) seront formés à la charpenterie-menuiserie et travailleront à la production de cabanons, lesquels seront mis en marché pour contribuer à une part du financement des opérations futures. L'ensemble de ce processus de développement personnel et social est complété par des activités artistiques, culturelles, sportives et de loisirs.

Cette première phase permettra la mise en place de la structure organisationnelle de la Cité, la conclusion des ententes clés avec les secteurs privés et publics et la sélection des activités professionnelles génératrices de revenus. Cela permettra de démontrer la viabilité du programme de réhabilitation et la rentabilité du modèle d'affaires.

Nous croyons dans le projet de la Cité de la Réhabilitation Matapédia Les Plateaux. Nous y croyons parce qu'il se caractérise par une double dynamique novatrice: dynamique entre les dimensions clinique et socioprofessionnelle de la réhabilitation d'une part et entre la réhabilitation et la revitalisation d'un milieu social et économique d'autre part. Nous y croyons également et surtout car, à travers et en dehors du travail, le projet de la Cité offre un cadre unique aux personnes dépendantes pour reconstruire la dignité et l'humanité qui leur ont si cruellement fait défaut au cours de ces années vécues dans la marginalisation, l'exclusion et la haine de soi.

Claude Dauphin,  
Directeur général

Pour plus de renseignements:  
418-865-2606 ou par courriel  
info@citedelarehabilitation.com



# LA CERTIFICATION DANS UNE



Depuis plusieurs années maintenant, le MSSS a mis de l'avant des normes de certification (adhésion volontaire) pour les ressources privées et communautaires en toxicomanie offrant de l'hébergement. La démarche de certification est aussi synonyme de changements à l'intérieur des ressources certifiées. Écho-Toxico a rencontré Sylvie Paré, directrice d'une ressource certifiée en Estrie : Le Domaine de la Sobriété.

**Écho-Toxico :** Bonjour Sylvie. Pour nos lecteurs, pouvez-vous vous présenter et présenter le Domaine de la Sobriété ?

**S. Paré :** Bien sûr. Je travaille depuis 16 ans dans le champ de la toxicomanie dont 10 ans auprès d'une clientèle d'hom-

mes itinérants. Cela fait maintenant 6 ans que je suis à la direction du Domaine de la Sobriété. Notre organisme est certifié depuis février 2008. Ici, nous proposons une thérapie fermée de 28 jours. L'objectif de nos clients ou clientes est la sobriété. À partir des 12 étapes des Mouvements de Sobriété, nous les aidons à adopter un nouveau mode de vie, sans consommation, un choix sans équivoque d'abstinence.

**Écho-Toxico :** Ce qui n'est pas forcément dans l'air du temps...

**S. Paré :** C'est vrai mais il y a pourtant aussi des clients qui souhaitent devenir abstinents et apprécient que ce soit aussi clair pour toutes les personnes en démarche ici.

**Écho-Toxico :** Vous avez évoqué les 12 étapes, en référence aux Alcooliques Anonymes ?

**S. Paré :** Oui et non, c'est pourquoi je précise « 12 étapes des Mouvements de Sobriété », ce qui évite une référence trop... religieuse. Nous préférons parler de spiritualité. Par ailleurs, notre approche, en plus des 12 étapes, intègre l'approche bio-psycho-sociale.

**Écho-Toxico :** Un client qui veut seulement diminuer sa consommation ne peut donc pas faire de thérapie chez vous ?

**S. Paré :** Exact. Au moment de l'admission, nous expliquons notre philosophie et si la personne maintient son choix de diminution nous la référons à une ressource comme le centre de réadaptation public de la région, le Centre Chiasson<sup>1</sup>, qui travaille dans une perspective de réduction des méfaits.

**Écho-Toxico :** Vous avez fait, avec votre conseil d'administration, un autre choix comme ressource en ce qui concerne la taille de votre organisation, n'est-ce pas ?

**S. Paré :** Absolument. Nous choisissons de maintenir la ressource à 15 places (5 places pour les femmes, 10 places pour les hommes) car nous tenons à une relation étroite avec nos clients et à une ambiance chaleureuse. Nous tenons à des services le plus possible humanisés et personnalisés. Avoir 15 résidents permet de les accompagner, de les observer et de les supporter au quotidien... c'est pourquoi on n'a pas le désir d'agrandir. Toutefois, si le besoin se manifestait, cela ne veut pas dire que nous ne voulons pas développer. Si tel était le cas, il s'agirait d'une ressource additionnelle et distincte dont les services et l'environnement demeureraient à une échelle humaine d'une capacité de plus ou moins 15 résidents ou résidentes.

**Écho-Toxico :** Avant de parler des modifications en lien avec la certification, parlez-nous de la clientèle et des changements que vous avez observés depuis le début de votre pratique. Car il y en a eu n'est-ce pas ? Quel est le plus gros changement relatif aux clients ?

**S. Paré :** Sans aucun doute, leur âge. Ils sont de plus en plus jeunes. Nous ne recevons que des adultes mais quand ils font une demande à 19 ans, ils ont déjà plusieurs années de « bas-fond ». En plus d'avoir commencé à consommer à 12 ans, ils ont essayé plein de produits et à 19 ans ils ont des problèmes majeurs. Une ressource comme la nôtre recevait il y a 15 ans, 9 personnes alcooliques pour 1 personne toxicomane et la moyenne d'âge était de 45 ans environ. Aujourd'hui, il n'y a plus d'alcoolique « pur » si on peut dire et la consommation de substances multiples explique la rapidité et l'ampleur des problèmes. La moyenne d'âge se situe davantage vers les 35 ans. Avec une clientèle plus jeune, on doit davantage faire face à des problèmes de discipline et de valeurs de base... Les parents ont

1. Centre public de réadaptation en dépendances de l'Estrie : Centre Jean-Patrice-Chiasson/Maison-St-Georges

## P.N.B...

(Petites nouvelles brèves)

- La légalisation de la marijuana inspire depuis longtemps les scénaristes et les vedettes hip-hop. Ces temps-ci, c'est au tour des élus, des policiers et des économistes américains de vanter les vertus du pot légal aux États-Unis. L'herbe la plus vendue sur le marché noir ne rapporte pas un sou en taxes aux gouvernements, qui se battent aujourd'hui avec des déficits records... Sortez vos calculatrices !
- Un programme gratuit de consultation en milieu scolaire visant à réduire la toxicomanie chez les élèves des écoles secondaires d'Ottawa a vu le jour. Le programme prévoit les services d'un conseiller en toxicomanie chevronné qui passera deux jours par semaine, en moyenne, dans chaque école secondaire participante au sein des quatre conseils scolaires. Impression de déjà vécu ? EPT (éducateur en prévention de la toxicomanie) ? ?
- Oubliez le papier à rouler. OUT, la drogue que l'on fume, sniffe ou s'injecte est dépassée. Le paradis artificiel se consomme maintenant en doses *virtuelles*. Au choix : « ecstasy », « opium »,

« absinthe »... Appelée « i-dose », la drogue virtuelle se consomme avec les oreilles, sous casque d'écoute. On télécharge des fichiers musicaux d'une durée de 10 à 60 minutes composés de battements binauraux qui doperaient notre cerveau. Montréal vient, semble-t-il, d'être touché par la vague. Un petit café virtuel pour démarrer la journée ?

- Les symptômes de l'usure de compassion s'apparentent beaucoup à ceux de l'épuisement professionnel. Les professionnels travaillant dans des milieux où les conditions sociales sont plus difficiles, en contact avec la souffrance des gens sur une trop grande période, sont les plus touchés : protection de la jeunesse, toxicomanie ou santé mentale. Les urgentologues sont aussi très exposés. Dans le contexte actuel où la pression est forte pour accélérer la cadence, les risques sont accrus. Pourtant, d'après les études, l'un des antidotes à l'usure de compassion serait... le temps... pour entretenir de bonnes relations avec ses patients !

# RESSOURCE D'HÉBERGEMENT

souvent été absents, parfois toxicomanes eux-mêmes. Par ailleurs, les problèmes de santé mentale comme la dépression, l'anxiété et surtout les troubles de bipolarité sont très fréquents parmi la clientèle qui fréquente notre ressource.

**Écho-Toxico :** Alors justement, face à ces clientèles, qu'est-ce que la certification vous a apporté ?

**S. Paré :** Beaucoup de travail ! C'est très long à monter un dossier de certification. Au début surtout, l'équipe se sent scrutée et donc menacée. Ça crée de l'insécurité ! Nous sommes neuf (9) personnes à travailler ici dont quatre (4) en intervention directe. Tout le monde s'est senti interpellé. La démarche est exigeante...

**Écho-Toxico :** Mais après...

**S. Paré :** Après, c'est sûr qu'on est fier, on est très content d'avoir franchi toutes les étapes et on apprécie le résultat parce que cela nous aide dans l'intervention et dans la gestion. Les gains sont à plusieurs niveaux. Tout a été touché, révisé, structuré et amélioré par la démarche : les lieux physiques, les outils d'intervention et de gestion, les menus-santé, les profils de compétences, les conditions de travail, l'approche client, la sécurité, la supervision clinique.... La certification a permis de réunir toutes les forces de la ressource pour formaliser et régulariser les façons de faire et de couvrir tous les aspects de l'intervention et de la gestion sans rien laisser de côté par manque de temps ou autre raison. Par la démarche de certification, on s'oblige à tout faire, avec rigueur et constance. C'est mieux et plus satisfaisant pour tout le monde, la clientèle, le personnel, la direction, le conseil d'administration et le milieu.

**Écho-Toxico :** Vous pensez à quoi ?

**S. Paré :** Toutes les procédures sont maintenant écrites, à titre d'exemples les procédures d'accueil du nouveau résident, la procédure de plainte, le code d'éthique... Tout en gardant sa personnalité chaque intervenant fait l'accueil mais en ayant une procédure écrite à laquelle il peut se référer pour s'assurer de ce qui doit être fait et comment le faire. Tous nos atelières sont aussi mis sur papier avec des objectifs précis et des activités qui permettent d'atteindre ces objectifs. Cela augmente la cohérence de l'équipe. Je vois de grandes améliorations dans les plans d'intervention et les notes évolutives.

**Écho-Toxico :** En fait, ce sont des changements de pratique des intervenants qui pourtant devaient vouloir garder la spécificité d'une ressource non institutionnelle...

**S. Paré :** Absolument et c'est ce qu'il a fallu bien comprendre au début. Changer

tout en restant nous-mêmes ! Garder ce qu'on appelle ici « nos oreilles du cœur », notre mission et notre entité propre ! Ce que nous avons eu à adapter, ce sont nos façons de faire, comme je le disais plus tôt. Être plus rigoureux et davantage outillé. Entre autre, pour la supervision clinique, nous avons fait appel à une ressource externe, parce que nous n'avions pas toutes les compétences à l'interne. Nous avons convenu une entente de service, écrite et spécifique avec le Centre de réadaptation public (Centre Chiasson) pour 8 à 10 heures par mois de supervision. Nous sommes gâtés, car Patrick, notre superviseur, est vraiment très à l'écoute. Les intervenants sont motivés et constatent qu'ils augmentent leurs compétences tout en gardant la spécificité de leur intervention. C'est vraiment un plus, car même dans une petite ressource comme la nôtre le risque d'éparpillement est là. Il faut assurer un encadrement. En tant que directrice j'en fais une partie, la supervision clinique y contribue à un autre niveau.

**Écho-Toxico :** Donc un bilan fort positif de la certification ?

**S. Paré :** Oui, pour ce qui est du processus de certification mais... au niveau du maintien, c'est autre chose.

**Écho-Toxico :** C'est vrai, la certification est valide deux (2) ans...

**S. Paré :** Et voilà... Déjà à l'automne 2009, nous devons commencer à nous occuper du renouvellement. De plus, pour maintenir, au sein de la ressource, la qualité et le niveau de compétence requis par la certification, nous devons investir pour de la formation, de la supervision, la diversité de la nourriture, la qualité de l'environnement et des lieux... or, être un organisme certifié ne procure actuellement pas d'avantages pour accroître les subventions accordées et comme nous ne pouvons pas réellement augmenter les tarifs payés par la clientèle, compte tenu du profil des personnes concernées ainsi que de la situation économique, c'est difficile.

**Écho-Toxico :** Il n'est rien prévu en termes de support aux ressources certifiées : formations, facilités pour supervision clinique, etc. ?

**S. Paré :** Pas assez et c'est un problème. Nous avons eu une bonne collaboration pour l'entente de supervision clinique par exemple. Mais, la démarche de certification a suscité beaucoup d'espoir dans notre organisme quant aux réseaux locaux de services, aux références qui seraient facilitées, aux subventions qui seraient accrues pour développer une offre de services encore plus soutenue, mieux adaptée et concluante pour contrer les méfaits des

dépendances. Il n'y a aucun doute quant à l'augmentation de la qualité de nos services, ce qui est très positif. Nous sommes toutefois déçus de certains aspects, on ne voit pas de retombées significatives quant aux références de la part du réseau de la santé et des services sociaux, des cliniques médicales et autres, du moins pour l'instant. Je crains qu'on continue à travailler en silo. On ne sent pas qu'on veuille prendre soin des ressources certifiées.

**Écho-Toxico :** Déception et inquiétude pour l'avenir ?

**S. Paré :** Absolument. Notre milieu est devenu plus stimulant, les employés sont mieux formés et ils tiennent à évoluer et à se développer. La certification a été une démarche et un processus pour assurer la qualité des services mais elle a aussi créé des attentes et de nouveaux besoins. On a l'impression que personne n'a pensé aux exigences reliées au maintien de ces nouvelles et bonnes façons de faire ainsi qu'aux moyens et ressources à déployer pour être à la hauteur des attentes et des besoins grandissants.

**Écho-Toxico :** Merci. On va souhaiter que le message soit entendu.

## ÉVÉNEMENTS 2009-2010

- **SYMPOSIUM SUR LE JEU ET LES DÉPENDANCES**  
**3 et 4 septembre 2009** – Montréal  
Information : 514 395-1808  
[www.jeux-gambling2009.org](http://www.jeux-gambling2009.org)
- **COLLOQUE AITQ**  
**Hôtel Delta – Trois-Rivières**  
**Du 25 au 28 octobre 2009**  
« Les dimensions humaines de l'intervention en dépendance »  
Information : 450 646-3271  
[www.aitq.com](http://www.aitq.com)
- **CONFÉRENCE QUESTIONS DE SUBSTANCE 2009**  
**Du 15 au 18 novembre 2009**  
– Halifax  
Information : Site Web de la conférence
- **13<sup>ES</sup> JOURNÉES ANNUELLES DE SANTÉ PUBLIQUE**  
**Du 23 au 26 novembre 2009**  
Hôtel Fairmont Le Reine Élisabeth à Montréal  
[www.inspq.qc.ca/jasp](http://www.inspq.qc.ca/jasp)
- **ROND-POINT 2010 : le grand rendez-vous quinquennal sur les dépendances**  
**Les 12-13-14 mai 2010**  
Hôtel Hilton Montréal Bonaventure  
[www.acrdq.qc.ca](http://www.acrdq.qc.ca)





## DES NOUVEAUTÉS DANS LE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DE LA DÉPENDANCE

### SUBOXONE / buprénorphine et naloxone

Mis sur le marché en novembre 2007 comme traitement de substitution de la dépendance aux opioïdes (héroïne ou autres analogues de la morphine) chez les adultes, le Suboxone est un comprimé sublingual<sup>1</sup> contenant de la buprénorphine (agoniste partiel des opioïdes, aidant à gérer les états de manque associés au sevrage) et de la naloxone (antagoniste des opioïdes).

La naloxone a été ajoutée dans le but de décourager l'usage inapproprié du médicament par voie intraveineuse. De fait, administrée par voie orale, la naloxone a peu d'effet alors que consommée par voie intraveineuse, elle provoque des symptômes désagréables de sevrage chez les personnes dépendantes aux opioïdes.

La buprénorphine est un opioïde synthétique qui possède un profil pharmacologique différent des autres produits de ce groupe. Comme elle a peu d'effet lorsqu'elle est administrée par la voie orale, elle doit être prise par la voie sublinguale. Les comprimés doivent être maintenues sous la langue jusqu'à dissolution complète, ce qui demande habituellement 2 à 10 minutes. Elle a une durée d'action d'environ 24 heures.

Le Suboxone est administré tous les jours, le matin, sous la supervision d'un professionnel de la santé et ce, pour une période minimale de deux mois. Une fois stabilisé, on peut envisager l'administration du Suboxone aux 2 jours ou 3 jours. Une administration « non supervisée » est par la suite envisageable selon le comportement du patient. Le Suboxone peut provoquer des symptômes de sevrage des opioïdes. Chez le toxicomane qui consomme de l'héroïne ou tout autre opioïde à action brève (autre que la méthadone), la dose de Suboxone doit être administrée au moins 4 heures après la dernière dose d'opioïde ou lorsque les premiers signes de sevrage se font sentir. Pour ce qui est de la méthadone, on doit attendre au moins 24 heures ou de préférence, lorsque les premiers signes de sevrage se manifestent. Des ajustements de la dose de méthadone sont aussi à faire avant l'administration du Suboxone. L'usage concomitant d'alcool ou de benzodiazépines (Valium et ses analogues) potentialisent l'action de la buprénorphine, ce qui peut causer un surdosage parfois fatal.

Le Suboxone doit être prescrit uniquement par les médecins qui ont de l'expérience dans

le traitement substitutif de la dépendance aux opioïdes et qui ont suivi un programme agréé de formation sur le Suboxone. Depuis le 2 juin 2008, le Conseil du médicament du Québec a inscrit le Suboxone sur la liste des médicaments d'exception. Ainsi, certaines conditions doivent être respectées pour que ce médicament fasse l'objet d'un remboursement : échec, intolérance ou contre-indication à la méthadone ou impossibilité d'accès à un programme de maintien à la méthadone.

Le Suboxone est une nouvelle option thérapeutique dans le traitement de la dépendance aux opioïdes mais il ne remplace pas la méthadone. Les patients actuellement stabilisés à la méthadone doivent poursuivre leur traitement.

### CAMPRAL / acamprosate

Le Campral, disponible au Canada depuis mars 2007, est indiqué dans le maintien de l'abstinence chez les patients souffrant de dépendance alcoolique. Il diminue l'incidence et la sévérité des rechutes mais il doit être combiné à une prise en charge du patient au niveau psychosocial. Les patients doivent être abstinents au moment d'initier le traitement car l'efficacité du médicament n'a pas été démontrée chez les patients qui n'ont pas réussi à atteindre la sobriété avant de commencer un traitement avec Campral. Ce dernier doit être débuté le plus rapidement possible après la désintoxication et il doit être maintenu si le patient rechute. Une nouvelle cure de désintoxication pourrait alors être nécessaire. Le Campral ne constitue pas un traitement pour la période de sevrage.

Le mécanisme d'action du Campral dans le maintien de l'abstinence à l'alcool n'est pas entièrement élucidé. Il module la transmission GABAergique et glutamatergique au niveau du système nerveux central. Ces deux effets lui permettent de restaurer l'équilibre entre ces deux neurotransmetteurs qui est perturbé chez les personnes dépendantes à l'alcool.

Aucun cas de dépendance ou de tolérance au Campral n'a été rapporté lors des études cliniques et suite à la mise en marché. À noter que des tendances suicidaires et des suicides ont été rapportés lors du traitement par Campral. Ces effets étaient peu fréquents mais rapportés plus souvent qu'avec le placebo. Puisque l'interrelation entre la dépendance à l'alcool, la dépression et la suicidologie est bien reconnue et très complexe, une surveillance clinique rigoureuse est recommandée chez les patients alcooliques, y compris ceux traités avec Campral.

Même si le Campral est généralement bien toléré, quelques effets indésirables sont observés : la diarrhée (10-17%) et le prurit. La durée recommandée pour le traitement est de un an. Pour le maintien de l'abstinence chez les patients soumis à une désintoxication hospitalisée et abstinents au jour de la randomisation, le Campral s'est révélé d'efficacité supérieure au placebo. Toutefois, sa supériorité par rapport au placebo n'a pas été démontrée au cours d'une étude qui incluait des patients ayant des antécédents d'abus en toxicomanie ainsi que des patients n'ayant pas été soumis à une désintoxication hospitalisée.

Le Campral et le Revia/naltrexone sont les deux molécules actuellement disponibles sur le marché pour venir en aide aux patients alcooliques. Les résultats des études comparant ces deux médicaments sont contradictoires. Pour le moment, Campral est une nouvelle option thérapeutique pour les patients dépendants de l'alcool. D'autres études seront nécessaires pour clarifier la place de Campral dans l'arsenal thérapeutique.

### TOPAMAX / topiramate

Le Topamax, médicament pour traiter l'épilepsie et les migraines, représente une nouvelle option pharmacologique pour le traitement de la dépendance à l'alcool. Cette molécule augmente de façon marquée l'activité de GABA et bloque l'activité du glutamate dans le système nerveux central. Les résultats de plusieurs petites études cliniques suggèrent que le Topamax améliore le pronostic des patients ayant une dépendance à l'alcool comparé au placebo.

En effet, ces études démontrent une réduction du nombre de consommation par jour, une diminution du nombre de jours de consommation importante ainsi qu'une augmentation du nombre de jours d'abstinence. Le traitement avec le Topamax a également été associé à une diminution des obsessions liées à l'alcool et aux compulsions ainsi qu'à une amélioration du bien-être psychologique et de la qualité de vie des consommateurs.

Ainsi, le Topamax apparaît être efficace dans le traitement de la dépendance à l'alcool. Toutefois, il serait intéressant de comparer le Topamax avec d'autres médicaments utilisés dans le traitement de la dépendance à l'alcool. Des études sont présentement en cours. Le Topamax représente sûrement un traitement potentiel de la dépendance à l'alcool mais cette indication n'est pas encore approuvée actuellement.

Maryse Rioux,  
pharmacienne

1. À mettre sous la langue.