

L'écho- Toxico



Vol. 25, n° 1 • Janvier 2015

Le mot de Lise...



En ce début d'année 2015, je vous convie à la lecture de ce numéro spécial d'Écho-Toxico, spécial parce que le dernier... Parmi les textes présentés, vous trouverez des interventions novatrices pour aider les intervenants travaillant auprès de personnes ayant des troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale et d'autres pour améliorer le cheminement des personnes entre les niveaux de services de première et de deuxième ligne en dépendance. C'est ainsi que deux diplômées de la maîtrise en intervention en toxicomanie (MIT) et boursières du Fonds Jean Lapointe présentent chacune les résultats et les recommandations de leur essai synthèse. Karine Gaudreault met de l'avant l'auto-évaluation comme un outil de développement des compétences professionnelles en entretien motivationnel (EM) pour les cliniciens. De son côté, Émilie Contant, met en lumière les facteurs influençant l'arrimage et la référence entre la première et la deuxième ligne. Tournés vers l'avenir, un groupe de diplômés et d'étudiants de deuxième cycle nommé ADÉMIT travaille à la création d'une association pour le diplôme et la maîtrise en intervention toxicomanie.

C'est donc aussi le dernier « Mot de Lise ». 25 années se sont écoulées depuis le premier numéro en janvier 1990. C'est avec fierté et nostalgie que je vous dis *Au Revoir*. Je tiens à remercier chaleureusement tous ceux qui ont contribué de près ou de loin au succès de ce bulletin. Je tiens également à remercier de façon toute spéciale Marie-Thérèse Payre, responsable de la rédaction et la publication depuis 1990, qui a contribué à sa création, et qui a, durant toutes ces années, avec talent et brio, coordonné, sollicité et corrigé tous les textes de toutes les éditions, ce qui a grandement contribué à la qualité de ce bulletin. À ce propos, je vous invite à lire le texte de Marie-Thérèse, qui vous présente une brève rétrospective des 25 ans de l'Écho-Toxico.

Je vous remercie tous, fidèles lecteurs et fidèles collaborateurs, et vous souhaite une très bonne année 2015!

Au revoir et merci pour toutes ces belles années,

Lise Roy

Directrice des programmes d'études
en toxicomanie

PERFECTIONNEMENT EN TOXICOMANIE

Admission à l'automne 2015

- MAÎTRISE EN INTERVENTION EN TOXICOMANIE (45 crédits)
- DESS EN INTERVENTION EN TOXICOMANIE (30 crédits)

Intervenir en multiples problématiques toxicomanie / santé mentale / jeu

Pour les titulaires d'un baccalauréat lié à l'intervention et travaillant depuis au moins un an en intervention dans le domaine de la toxicomanie ou dans un champ connexe. Cours offerts à temps partiel, sous forme de fins de semaine intensives au Campus de Longueuil. Quelques cours sont offerts sur Internet

Visionnez nos capsules vidéo de la Maîtrise sur notre site Web

- CERTIFICAT EN TOXICOMANIE (30 crédits)

Devenir un intervenant qualifié

Pour les détenteurs d'un diplôme d'études collégial ou l'équivalent. Cours offerts à temps partiel, sous forme de fins de semaine intensives dans différentes villes du Québec. Quelques cours (4) sont offerts sur Internet.

SOIRÉES D'INFORMATION

Certificat en toxicomanie:

mardi 24 mars 2015 à 19 h

Maîtrise et DESS:

Mercredi 25 mars 2015 à 19 h

Au Campus de Longueuil,
locaux affichés au B2



Longueuil —
Université-de-Sherbrooke

Confirmer votre présence à
Jacinthe.Riendeau@USherbrooke.ca

Information

1 888 463-1835, poste 61795 (sans frais)
ou 450 463-1835
Toxico.Longueuil-Med@USherbrooke.ca

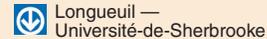
www.USherbrooke.ca/toxicomanie/programmes

FORMATIONS AITQ-UdeS – HIVER 2015

- 30 janvier 2015 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30) *Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke* • **Intervention auprès des familles et des proches dans un contexte de dépendance** • M. Amnon Jacob Suissa, Ph. D. en sociologie, professeur en service social, UQAM, formé en thérapie familiale
- 6 février 2015 à **Québec** (9 h à 16 h 30) *L'Hôtel Québec* • **Neurobiologie des conduites addictives chez les personnalités impulsives: Narcisse au pays des merveilles** • Dr Richard Cloutier, médecin psychiatre, Premiers épisodes psychiatriques, Hôpital Louis-H. Lafontaine
- 13 février 2015 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30) *Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke* • **Neurobiologie des conduites addictives chez les personnalités impulsives: Narcisse au pays des merveilles** • Dr Richard Cloutier, médecin psychiatre, Premiers épisodes psychiatriques, Hôpital Louis-H. Lafontaine
- 13 mars 2015 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30) *Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke* • **Prévention des toxicomanies chez les adolescents: pratiques québécoises, pratiques éprouvées et pratiques novatrices** • M. Jean-Sébastien Fallu, Ph. D., professeur agrégé, École de psychoéducation, Université de Montréal
- 17 avril 2015 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30) *Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke* • **Consommation, sexualité et intervention** • M. Mathieu Goyette, Ph. D., professeur, Programmes d'études et de recherche en toxicomanie, Université de Sherbrooke et psychologue
- 8 mai 2015 à **Longueuil** (9 h à 16 h 30) *Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke* • **Le CRAFT: comment aider les proches à améliorer leurs interactions avec un toxicomane qui ne veut pas changer** • M. Joël Tremblay, professeur, psychoéducation, UQTR, directeur scientifique RISQ

ENDROITS:

Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke
150, place Charles-Le Moyne,
local affiché au B2



L'Hôtel Québec
3115, avenue des Hôtels, Québec

COÛT:

Inscription hâtive (30 jours avant la date de la formation):

Membre de l'AITQ ou étudiant des Programmes d'études en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke: 100 \$
Autres: 120 \$

Inscription tardive:

Membre de l'AITQ ou étudiant des Programmes d'études en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke: 115 \$
Autres: 135 \$

INFORMATION ET INSCRIPTION:

450 646-3271

ou <http://aitq.com/activites/formation.htm>



L'AUTO-ÉVALUATION: UN OUTIL DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES EN ENTRETIEN MOTIVATIONNEL?

Le contexte de l'essai

Depuis plusieurs années, je recherche des approches, des outils pour être efficiente dans mon travail tout en travaillant en équipe avec mes clients. Dans une ère où les ressources sont comptées dans le réseau de la santé, la recherche de l'efficacité dans mes choix cliniques est une nécessité.

Dans le domaine de la psychiatrie, les études démontrent que l'abandon des services se situe entre 26% et 82% (Mazzotti et Barbaranelli, 2012). Les professionnels «voient leurs patients abuser au quotidien

de substances et avoir une motivation fluctuante en termes de compliance au traitement, surtout ceux qui souffrent de maladies mentales exigeant l'observance du traitement à long terme comme la schizophrénie,» (Chanut, Brown et Dongier, 2005-*traduction libre*). Les intervenants recherchent donc des approches permettant de surmonter ces obstacles et améliorer la situation de leurs clients. Ils souhaitent bien sûr que ces changements se maintiennent dans le temps.

Dans le cadre de mon travail, mes clients ne sont presque jamais volontaires face

aux références, ce qui rend le maintien dans le temps de nos interventions très fragile. Aussi, l'entretien motivationnel (EM) m'est apparu comme une réponse naturelle à mes préoccupations cliniques. Plusieurs méta-analyses et revues de littérature ont démontré l'efficacité de cette méthode en psychiatrie et en comorbidité. De plus, pratiquée en prétraitement, elle est efficace en moins de temps d'intervention que d'autres méthodes et elle augmente l'adhérence au traitement (Burke, Arkowit et Menchola, 2003; Lundahl et Burke, 2009; Chanut, Brown et Dongier, 2005; Westra, Aviram et Doell, 2011).

Depuis 1991, William Miller et Stephen Rollnick ont développé l'EM, permettant au praticien de guider leurs clients vers des cibles de changements précises. Ils définissent « l'entretien motivationnel comme un style de communication axé sur les objectifs de changement et portant une attention particulière aux changements. Il est conçu pour renforcer la motivation personnelle et l'engagement envers un objectif précis en suscitant et en explorant les raisons propres à la personne pour le changement, dans un climat d'acceptation et de compassion. » (Miller et Rollnick, 2012, p. 29, *traduction libre*)

Toutefois, l'apprentissage de l'entretien motivationnel (EM) nécessite une grande implication de la part des praticiens et de leurs organisations. Florence Chanut, psychiatre montréalaise spécialisée dans le domaine des dépendances et formatrice en entretien motivationnel, mentionne que l'apprentissage de cette approche dans les centres hospitaliers psychiatriques est difficile (Chanut, Brown et Dongier, 2005) car il nécessite plusieurs heures de formation, mais aussi de la supervision clinique sur enregistrement (Chanut, 2012). La supervision permet de mesurer le degré de conformité de l'intervenant à l'approche via des grilles de cotation validées telle que la grille du MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity) (Moyers et coll., 2005). Cette pratique permet également de guider le clinicien dans la mise en pratique de ses apprentissages. Ainsi, l'implantation devient un défi de taille en termes de temps, de ressources financières et de faisabilité, et ce, malgré les avantages démontrés. Pour ma part, travaillant dans un département médico-légal, les enregistrements constituent une activité presque impossible à réaliser. Considérant tous ces éléments, la recherche de méthodes d'apprentissage alternatives et complémentaires, dans le cadre de mon essai, m'apparaissait pertinente et intéressante pour plusieurs contextes de travail.

Objectifs de l'essai

L'objectif de mon essai a donc été d'examiner la pertinence de l'auto-évaluation comme outil de développement des compétences professionnelles lors de l'apprentissage de l'entretien motivationnel. Il s'agissait aussi d'identifier les facteurs influençant cet apprentissage auprès d'usagers bénéficiant de soins psychiatriques à l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Québec.

Mes trois objectifs spécifiques peuvent se formuler ainsi :

- 1) Comparer les résultats du questionnaire ITEM (Identification des techniques d'entrevue motivationnelle) qui documente l'auto-évaluation du clinicien quant au niveau de conformité de son intervention aux techniques et principes de l'EM, remplie immédiatement après l'entrevue, à une grille de codification validée, soit le MITI (Motivational Interviewing Treatment Integrity).
- 2) Comparer les résultats de l'auto-évaluation du clinicien au MITI à un MITI réalisé par une personne certifiée MINT.
- 3) Documenter la perception du clinicien sur la pertinence des outils utilisés dans le cadre du développement de compétences en EM.

Les moyens et outils

Pour réaliser cet essai, l'étude de cas unique a été utilisée. Peu d'études ont examiné la pertinence de l'auto-évaluation (et les facteurs qui l'influencent) comme outil de développement des compétences professionnelles lors de l'apprentissage de l'entretien motivationnel. L'étude de cas permettait d'étudier en profondeur la situation d'un apprenant. Cette méthode a permis de mieux explorer et comprendre les relations complexes entre les différentes variables pouvant influencer le clinicien dans son développement des compétences, tout en « contextualisant » le tout. Yin, 2003 dans Kleine et coll., 2012; Miles et Huberman, 2010).

Nous avons utilisé trois outils. Le questionnaire ITEM, le MITI et un journal de bord.

Le questionnaire ITEM, développé par Joël Tremblay et coll. (2003), sert aux cliniciens pour auto-évaluer leur adhésion aux éléments de l'EM lors d'entrevues cliniques (Brunelle, 2010; Bergeron, 2009). Le questionnaire ITEM (disponible sur le site du RISQ et via le code QR à la fin de l'article) comporte 23 questions. De plus, des questions portant sur les comportements du clinicien sont posées : utilisation de questions ouvertes/fermées, reflets complexes/simples et le ratio de comportements conformes et non conformes aux principes de l'EM. Le questionnaire devait être rempli

tout de suite après la rencontre du clinicien avec son client. Ce questionnaire québécois n'a pas été validé.

Le second outil, le MITI (Moyers et coll., 2010), permet de mesurer l'adhésion à l'EM chez le clinicien, mais il est réalisé par un évaluateur (codeur) formé qui écoute et cote un extrait (20 minutes) de l'enregistrement d'une rencontre clinicien-client. Cinq dimensions sont ainsi évaluées : l'évocation, la collaboration, l'empathie, le soutien à l'autonomie et la directivité auxquelles il attribue des scores globaux, selon une échelle de 1 (faible) à 5 (élevée). À cela s'ajoute un décompte des comportements du clinicien sur le nombre de questions ouvertes/fermées, les reflets simples/complexes et les comportements d'information, d'adhésion et de non-adhésion. Suite au MITI, une séance de supervision individualisée doit avoir lieu (Moyer et coll., 2010). La formation en cotation pour le MITI est de deux jours et demi.

Les thèmes abordés par le MITI et ITEM sont sensiblement les mêmes. Suite aux résultats obtenus, notre analyse a porté sur le niveau de concordance entre les scores obtenus au MITI et la perception du clinicien selon le questionnaire ITEM. Dans les formations en cotation du MITI, un écart de 1 point n'est pas considéré comme problématique (Fortini, 2013). Comme les mots utilisés, le ton et le climat entendus peuvent être sujets à interprétation d'une personne à l'autre, un écart est toujours possible d'un évaluateur à l'autre (Forsberg, 2007; Moyers, 2005).

Lors de l'essai, cinq usagers ont été rencontrés et les entrevues enregistrées. Ils présentaient tous des objectifs liés à la consommation de substances psychoactives et recevaient des services psychiatriques dans des programmes de l'IUSMQ. Suite à la rencontre, le questionnaire ITEM était complété (5 minutes environ); puis un journal de bord; le MITI-clinicien et enfin le MITI-codificateur. Le journal de bord a été également complété chaque semaine.

Les résultats

ITEM et MITI

Lorsque nous analysons les résultats globaux des écarts entre les éléments auto-rapportés de l'ITEM et ceux d'un codificateur externe utilisant le MITI (écoute d'enregistrements), la moyenne des écarts

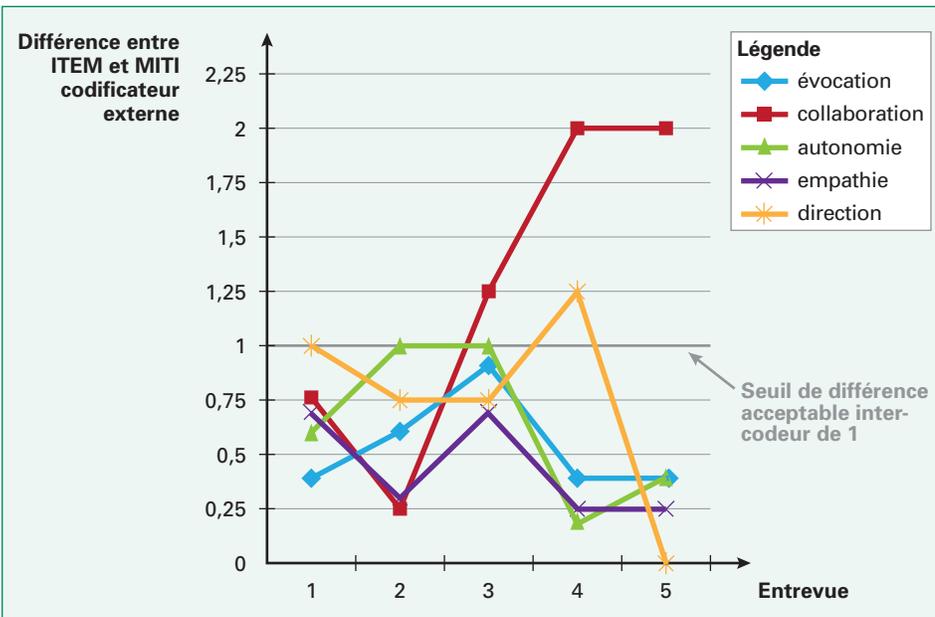


FIGURE 1 : Différence de résultats entre l'ITEM et le MITI analysé par un codificateur externe MINT.

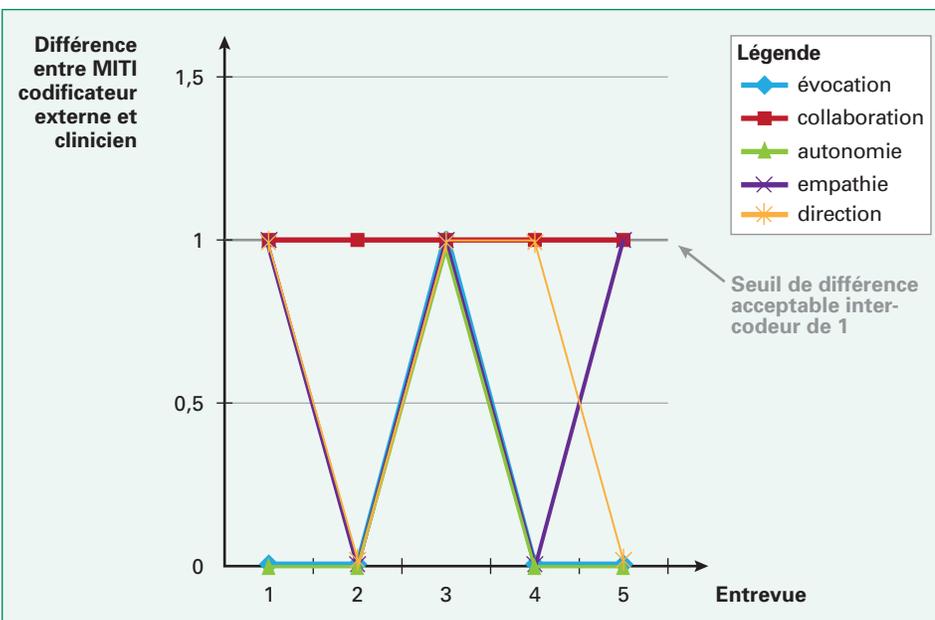


FIGURE 2 : Différence de codification au MITI analysé par le clinicien et par un codificateur externe MINT.

se situe à une différence de .72, ce qui entre dans les standards. Trois des quatre plus grands écarts se situent dans la collaboration. Lorsque nous comparons les comportements questionnés pour la collaboration, il manque plusieurs types de comportement attendus chez le clinicien dans l'ITEM, ce qui peut apporter une divergence de résultats.

Résultats MITI clinicien et MITI codificateur externe

La codification MITI-clinicien comparée au MITI-codificateur, met en évidence des différences se situant toutes en bas de 1, avec un écart moyen de .52. L'entrevue qui présente le plus grand nombre d'écarts est la troisième avec une différence de 1 dans

chacun des 5 éléments de l'esprit de base. Cette entrevue avait été réalisée auprès d'une personne psychotique avec des symptômes actifs et répétitifs. La clinicienne a coté en fonction de ce qu'elle aurait souhaité atteindre alors que le codificateur externe a pris en compte la particularité clinique, d'où la différence de notation.

Les résultats au questionnaire ITEM, tout comme la codification par un clinicien formé au MITI sont donc, dans le cadre de cet essai, favorables à une codification externe par un codificateur MINT.

Les journaux de bord

L'analyse des douze journaux de bord a fait ressortir 3 thèmes principaux: les impacts sur le processus d'apprentissage de l'EM; les avantages/inconvénients/pistes d'amélioration des outils utilisés et des constats généraux.

Les commentaires les plus fréquents concernent les impacts positifs de l'outil ITEM sur le processus d'apprentissage de l'EM. L'ITEM permet au répondant de mieux situer les techniques d'entrevue motivationnelle utilisées et ainsi consolider ses compétences. Par ailleurs, les questions inversées ont eu pour effet d'augmenter la confiance du clinicien, ce dernier réalisant, entre autres, qu'il n'utilisait pas ou très peu de comportements non conformes à l'approche. De plus, le libellé des questions à la première personne donne une impression d'implication concrète dans l'application de l'EM lors des entrevues. L'impression qui se dégage des journaux de bord est une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle. Or, le sentiment d'efficacité personnelle génère une augmentation des chances de mettre en pratique un apprentissage (Bandura, 1993). Il n'est donc pas surprenant que la clinicienne exprime à plusieurs reprises son désir d'aller plus loin, de rechercher des pistes d'amélioration et de faire une relecture des derniers ITEM avant toute nouvelle entrevue pour s'améliorer. Pour des cliniciens plus expérimentés et lors d'une reprise de l'apprentissage de l'EM après une pause, le questionnaire donne des idées générales de pistes d'amélioration. Par contre, il ne répond pas à des questionnements et besoins spécifiques de développement chez le clinicien. Plusieurs entrevues ont fait ressortir des besoins particuliers liés à l'utilisation de

l'EM. Ces besoins concernent la clientèle; les comportements des clients en rencontre; le jugement du clinicien; la mémoire du clinicien, etc. Ainsi, même si l'ITEM ne répond pas à tous les besoins, il a un impact positif sur le processus d'apprentissage pour des débutants et des personnes plus expérimentées aussi.

MITI-clinicien

L'analyse du journal permet d'identifier à plusieurs reprises l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle. De fait, une vision globale plus positive se dégage des entrevues pour ce qui est de la connaissance et l'application de l'entrevue motivationnelle. Ces conclusions sont similaires à celles de la recherche (Hartzler, 2007). Le fait d'écouter ses propres entrevues, de réaliser ses erreurs et d'évaluer à plusieurs reprises son travail sont des éléments très formateurs.

MITI-codificateur

La codification MITI avec du *coaching* par un expert en EM a répondu à plusieurs autres besoins du clinicien. L'apprentissage est personnalisé aux besoins, des objectifs personnalisés sont décidés mutuellement, etc. Ainsi, cette pratique est généralisable pour des personnes débutantes comme des personnes plus expérimentées puisque les pistes d'améliorations et les outils donnés sont adaptés au clinicien. Dans le cadre de cet essai, le MITI avec coaching s'est avéré très efficace et l'étudiante-clinicienne n'avait qu'à appliquer ce qui était convenu lors des coachings plutôt que chercher dans quelle direction aller. L'apprentissage est donc devenu plus généralisable à une pratique, une clientèle, plutôt que spécifique à des entrevues, des extraits.

Constats généraux : EM et clientèle en psychiatrie

Même si les questions du journal de bord ne portaient pas sur l'impact de l'EM sur la clientèle, plusieurs références y étaient liées. L'EM a eu un impact positif dans la relation entre la clinicienne et les clients. Ces derniers étaient plus ouverts, apportaient plus d'information permettant d'augmenter la compréhension de leur réalité. Avec des clients présentant des symptômes plus actifs de la maladie, les entrevues demeuraient pertinentes et amenaient un avancement des changements proposés.

Concernant le processus de l'essai et d'enregistrement, les clients ont tous accepté d'être enregistrés et écoutés par un codificateur externe. Ils ont rapporté leur sentiment de fierté à faire partie d'un processus d'amélioration et de formation. Les cliniciens ont souvent des réticences à s'enregistrer, réticences qui se sont avérées infondées pour ce projet, et ce même pour certains clients du médico-légal.

Regard critique sur les principaux constats

Cet essai visait à répondre à un questionnaire sur le développement des compétences en entretien motivationnel par le clinicien en milieu de travail. L'analyse comparative des résultats globaux de l'ITEM démontre qu'au niveau quantitatif, les résultats de l'ITEM vont cliniquement dans le sens des cotes au MITI. Bien que Miller (2012) questionne la capacité des cliniciens à s'autoévaluer de façon objective à l'EM, les résultats de cet essai démontrent une certaine concordance entre la codification externe au MITI et des modalités d'évaluation plus autonomes. Ces résultats vont dans le sens des résultats de Hartzler (2007). Ainsi, comme recommandé par plusieurs chercheurs (Hartzler, 2007; Chanut, 2012), ces résultats pourraient susciter des projets de recherche ayant pour objectif de développer un plus grand éventail d'outils d'apprentissage de l'EM et de modalités de supervision clinique.

Globalement, les trois modalités vécues ont permis au clinicien d'augmenter son sentiment d'efficacité personnelle et ont laissé un sentiment global d'amélioration des compétences en EM, sentiment validé par le codificateur externe. La supervision sur enregistrement demeure un outil très efficace dans l'apprentissage de l'EM (Miller, 2012; Moyers, 2005; Madson, 2009). Par contre plusieurs contraintes organisationnelles viennent compliquer son implantation (Chanut, 2012), comme par exemple les coûts d'implantation; la complexité de trouver et maintenir des personnes qualifiées pouvant superviser la pratique de l'EM. De plus, la supervision sur bandes enregistrées est très complexe à organiser et très coûteuse. Ainsi, les avantages de l'auto supervision de sa pratique en EM commencent à être reconnus (Hartzler, 2007) et les résultats vécus dans l'expérimentation liée à cet essai sont des pistes à explorer pour les organisations, en per-

mettant de développer des outils adaptés aux milieux de pratique.

Les forces

La cueillette de donnée a été faite en milieu naturel, auprès des clients utilisateurs de l'IUSMQ, en contexte d'intervention portant sur différentes cibles de changement. Cela permet d'examiner l'utilisation du MITI et l'ITEM dans des situations cliniques représentatives du travail mené dans ce type de milieu, ce qui ajoute une crédibilité aux données recueillies (Miles et Huberman, 2003). Les résultats peuvent donc être transférables, au processus d'apprentissage de l'EM dans une pratique en hôpital psychiatrique de 3^e ligne au Québec.

Les limites

Les résultats obtenus portent sur un cas unique, ils ne peuvent donc pas être généralisés à un ensemble de situations ni permettre de tirer des conclusions globales (Roy dans Gauthier et coll., 2009; Yin, 1991). Le cas étudié, ici la clinicienne-chercheuse, de par l'état de ses connaissances en EM ainsi que la supervision clinique reçue, représentait une opportunité intéressante pour cet essai. Par contre, elle ne représente pas la situation d'une majorité de cliniciens ce qui limite la généralisation des résultats obtenus (Roy dans Gauthier et coll., 2009).

Recommandations

Même si la codification externe avec un MITI demeure tout de même la modalité la plus efficace, notre première recommandation porte sur ***l'utilisation du questionnaire ITEM (suite à la formation en EM) pour des cliniciens dans un contexte clinique similaire afin de soutenir la mise en pratique de la formation et le maintien des compétences.***

En effet, nous croyons que le questionnaire peut soutenir l'apprentissage suite à une formation théorique. Puisque la supervision avec un codificateur externe présente des limites importantes en termes de coûts, de temps et d'enjeux de confidentialité, d'autres pistes de supervision doivent être envisagées. Selon l'ensemble des informations recueillies, le questionnaire ITEM peut permettre une certaine autorégulation de sa pratique et ainsi augmenter l'adhésion aux principes de l'EM et ainsi,

augmenter la mise en pratique des connaissances reçues.

Notre deuxième recommandation concerne **la mise à contribution des cliniciens les plus formés/expérimentés en EM de l'organisation pour mettre en place un groupe de soutien aux pratiques utilisant les enregistrements et codifications pour soutenir l'apprentissage de l'EM.**

Suite aux informations recueillies, la mise en pratique des habiletés en EM est plus optimale lorsqu'un coaching externe est présent ainsi que l'évaluation sur enregistrement. Par contre, les coûts en temps/financiers sont importants avec ce type de supervision. De plus, le nombre de personnes qualifiées MINT étant peu nombreux au Québec et encore moins en psychiatrie, leur accès devient problématique. C'est pourquoi, l'utilisation des cliniciens les plus expérimentés/formés en EM permettrait de diversifier l'offre de soutien à l'apprentissage de l'EM, augmenter le nombre de ressources pour les cliniciens et développer une expertise locale.

Conclusion

Ainsi, l'EM est une pratique identifiée par la recherche comme étant efficace auprès de la clientèle psychiatrique présentant à la fois des problèmes avec les substances psychoactives (SPA) et divers besoins de changements. Par contre, l'implantation de l'EM dans les organisations psychiatriques québécoises est complexe, car son apprentissage nécessite d'importants investissements. Cet essai a pu documenter l'utilisation d'outils pouvant être adaptés et implantés plus facilement afin de rendre cette approche plus accessible aux équipes.

En somme, l'utilisation de l'auto supervision semble avoir un avenir prometteur pour les cliniciens et les organisations. Le développement d'outils diversifiés d'apprentissage de l'EM, en fonction des besoins des cliniciens, pourrait donc devenir une avenue de recherches très intéressante.

Karine Gaudreault
MIT, T.S., doctorante en sciences cliniques avec spécialisation en toxicomanie, Université de Sherbrooke; Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Remerciements

« Je tiens à remercier le fond de bourse Jean Lapointe pour la confiance qu'ils ont eu en mon projet.

Un grand merci également à Karine Bertrand, ma directrice d'essai, qui a été une grande source d'inspiration et d'un support exceptionnel ainsi que l'Institut Universitaire en santé mentale de Québec. »

RÉFÉRENCES:

- BANDURA, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117.
- BERGERON, J., TREMBLAY, J., COURNOYER, L.-G., BROCHU, S., LANDRY, M. (2009). Consommation de cannabis et utilisation des techniques de l'Entretien Motivationnel dans les programmes de traitement pour adolescents. *RISQ-INFO*, 17 (1): 5-8.
- BRUNELLE, N. ET COLL. (2010). Impacts des traitements et processus de rétablissement chez les jeunes toxicomanes québécois. *Drogues, santé et société*, Vol.9 (1), p. 211-247.
- BURKE, B., ARKOWITZ, H. ET MENCHOLA, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(5), pp. 843-861.
- CHANUT, F. (2012). Psychiatrie et entretien motivationnel. *Santé mentale*, 164, pp. 30-36.
- CHANUT, F., BROWN, T. G. ET DONGIER, M. (2005). Motivational interviewing and clinical psychiatry: Erratum. *The canadian journal of psychiatry / La revue canadienne de psychiatrie*, 50(11), pp. 715-721.
- FORSBERG, L., KLLMN, H., HERMANSSON, U., BERMAN, A. ET HELGASON, H. (2007). *Coding Counsellor Behaviour in Motivational Interviewing Sessions: Inter-Rater Reliability for the Swedish Motivational Interviewing Treatment Integrity Code (MITI)*, *Cognitive Behaviour Therapy*, Vol. 36(3), 162-169, DOI: 10.1080/16506070701339887
- FORTINI, C. ET GAUMES, J. (2013). *Formation avancée au M.I.T.I.* Montréal
- <http://www.motivationalinterview.org>. (n.d.). Consultation en février 2013.
- GAUTHIER, B. ET COLL. (2009). *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données*. Cinquième édition. Presses de l'université du Québec. 767 p.
- HARTZLER, B., BAER, J. S., DUNN, C., ROSENGREN, D. B., & WELLS, E. (2007). What is seen through the looking glass: The impact of training on practitioner self-rating of motivational interviewing skills. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(4), 431.
- KLEIN, SHERI R. ET COLL., (2012). *Action Research Methods: Plain and Simple*. Palgrave Macmillan. 221 p.
- LUNDAHL, B. ET BURKE, B. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of clinical psychology: In session*, 65(11), pp. 1232-1245.
- MADSON, M., LOIGNON, A., ET LANE, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol. 36 (1), pp. 101-109.
- MAZZOTTI, E. ET BARBARANELLI, C. (2012). Dropping out of psychiatric treatment: A methodological contribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(6), 426-433.
- MILLER, W. R. ET ROLLNICK, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*, Third Edition. London: Guilford Press.
- MILES, M. B., ET HUBERMAN, A. M. (2003). Analyse des données qualitatives. (M. H. Rispaal Trans.). Bruxelles: De Boeck.
- MOYERS, T., MARTIN, T., CATLEY, D., HARRIS, K., ET AHLUWALIA, J. (2003a). *Assessing the integrity of motivational interviewing interventions: reliability of the motivational interviewing skills code*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 177-184.
- MOYERS, T. B., MARTIN, T., MANUEL, J. K., HENDRICKSON, S. M. L., & MILLER, W. R. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(1), 19-26.
- MOYERS, T. B., MARTIN, T., MANUEL, J.K., Miller, W.R.&D. Ernst (2010). *Revised Global Scales: Motivational Interviewing Treatment Integrity 3.1.1*, University of New Mexico Centre on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions (CASAA), traduction en français de Christiana Fortini, Service d'addictologie Département Universitaire de Médecine et Santé Communautaire (DUMSC)-CHUV.
- WESTRA, H., AVIRAM, A. ET DOELL, F. (2011). Extending motivational interviewing to the treatment of major mental health problems: current directions and evidence. *The canadian journal of psychiatry*, 56(11), pp. 643-650.
- YIN, R. K. (1991). Advancing rigorous methodologies: A review of 'Towards rigor in reviews of multivocal literatures. *Review Of Educational Research*, 61(3), 299-305.



Code QR ITEM



LES FACTEURS INFLUENÇANT L'ARRIMAGE ET LA RÉFÉRENCE ENTRE LA PREMIÈRE ET DEUXIÈME LIGNE: les services en dépendances dans les Laurentides

Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) a développé différents niveaux de services en dépendance (première ligne et deuxième ligne) afin d'augmenter l'accès aux soins des personnes aux prises avec un problème de consommation. Afin de bonifier l'offre de services dans les établissements de première ligne du Québec, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), le MSSS vise l'implantation d'un programme d'intervention précoce en dépendance auprès de la clientèle adulte (MSSS, 2006). De plus, ces changements entraînent nécessairement des modifications majeures dans la répartition des rôles d'intervention.

Les pratiques d'intervention précoce sont définies comme étant l'ensemble des interventions incluant le repérage, la détection, l'intervention brève et, au besoin, la référence vers le traitement spécialisé (Saint-Jacques et coll., 2011). Les interventions précoces s'adressent aux personnes présentant une consommation à risque ou problématique. Lorsqu'il y a dépendance ou abus de substance, on favorise plutôt la référence vers les traitements spécialisés, les centres de réadaptation en dépendance (CRD).

La littérature scientifique et les constats de ma pratique mettent en évidence certains problèmes lors des références. Ainsi, certaines personnes qui ne présentent pas de dépendance sont parfois référées en deuxième ligne bien que les services identifiés pertinents relèvent du CSSS. Pourtant, la hiérarchisation des services, telle que souhaitée par le MSSS, se veut une convergence des efforts pour améliorer le cheminement des personnes entre les niveaux de services et assurer le bon service avec l'expertise appropriée (MSSS, 2007). Or, il semble que cet objectif ne soit pas atteint.

Malgré une littérature abondante sur l'implantation des pratiques d'intervention précoce pour la première ligne, les écrits ne considèrent pas l'impact de l'implantation de ces programmes sur les services spécialisés de deuxième ligne (Saitz, 2007, 2010). Babor et coll. (2007)

ainsi que Saint-Jacques et coll. (2009) suggèrent qu'il y aurait des enjeux importants au plan de la référence mais les études ne considèrent que très rarement l'arrimage et la référence comme indicateur d'efficacité (Saitz, 2010). Pourtant, Babor et coll. (2007) avancent que la pratique de repérage/détection additionnée à l'intervention brève augmentent la présence des individus à leur rendez-vous lors de la référence vers un traitement spécialisé.

Objectif et méthodologie

Cet essai a été réalisé dans le cadre de la maîtrise en toxicomanie. L'objectif spécifique de cette étude exploratoire était de documenter, à partir du point de vue des intervenants de deuxième ligne, les facteurs influençant l'arrimage et les références entre la première ligne et la deuxième ligne. Il s'agissait également d'identifier des stratégies à mettre en œuvre afin d'optimiser l'arrimage et la hiérarchisation des services en dépendance.

À cet effet, la tenue d'un *focus group* auprès des intervenants du CRD des Laurentides a été retenue comme moyen de réalisation. Nous avons d'abord consulté la littérature reliée au sujet d'essai synthèse afin d'identifier les thèmes principaux à développer dans le cadre de

la collecte de données. Une fois la grille d'entrevue développée, deux pré-tests ont été effectués. Ensuite, le *focus group* a été réalisé avec la participation de sept intervenants des services externes du CRD œuvrant auprès de la clientèle adulte. Deux entrevues supplémentaires ont été réalisées auprès de deux intervenants qui ne pouvaient assister au groupe. Ces entretiens individuels ont permis de nuancer et confirmer les propos tenus dans le cadre des discussions de groupe (Boutin, 2006). Les rencontres ont eu lieu entre janvier et mars 2013.

Lors de ces rencontres, les objectifs de l'étude, le type de participation ainsi que les règles de confidentialité ont été exposés aux participants, puis ceux-ci ont signé le formulaire de consentement. De plus, l'ensemble des propos tenus a été enregistré afin de ne pas perdre les éléments discutés (Boutin, 2007) et ont été utilisés dans l'interprétation des résultats (Krueger et Casey, 2000). Finalement, l'analyse des résultats a été réalisée avec une grille thématique permettant de regrouper et classer les informations obtenues.

Les principaux constats

Tout d'abord, l'analyse qualitative des propos recueillis a permis de dégager



trois différents niveaux d'arrimage sur un continuum allant de l'absence de contact (référence transmise par télécopieur), à des contacts téléphoniques (échange de données minimales) jusqu'à une collaboration (discussion clinique).

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, la sévérité d'une problématique de dépendance¹ ne va pas nécessairement de pair avec le besoin d'un niveau d'arrimage supérieur comme la collaboration. Malgré les encouragements du MSSS (MSSS, 2007) favorisant la collaboration entre la première et la deuxième ligne, il existe, notamment pour les individus présentant une dépendance élevée, une absence de contact entre les niveaux de soins. Presque tous les intervenants de deuxième ligne reconnaissent cette absence de contact mais ils n'initient pas eux-mêmes le contact lorsqu'ils reçoivent une telle référence. De plus, certains intervenants de deuxième ligne réfèrent eux-mêmes en première ligne sans aucun contact et, ce, malgré leur propre malaise à recevoir les références des individus présentant une dépendance modérée, sans aucun contact.

Cependant, lors de la référence d'une personne présentant une dépendance de niveau modérée (ou d'un suivi partagé) des contacts téléphoniques sont faits entre les deux niveaux de soins. Malgré l'absence de littérature sur ce sujet, nous sommes d'avis que ce niveau minimal d'arrimage est souhaitable pour toutes les références. D'ailleurs, plusieurs intervenants de deuxième ligne sont en accord avec ce constat.

Paradoxalement, peu importe la sévérité de la problématique, un échange soutenu est toujours perçu comme étant optimal par les intervenants du CRD. Ils recommandent même une discussion clinique et un suivi partagé afin de faciliter la collaboration et améliorer les soins offerts aux usagers. Ce niveau de d'arrimage semble davantage présent lors de cas litigieux, soit dans le cas d'usagers présentant une dépendance modérée.

Ce fait n'est pas étonnant car on observe effectivement de la confusion sur les rôles et mandats de chacun des niveaux de soins, constat également rapporté par l'étude réalisée en CSSS au Québec (Saint-Jacques et coll., 2009).

Alors qu'il existe différentes intensités dans les contacts, on observe que l'arrimage entre la première et la deuxième ligne est influencé par des facteurs liés à l'utilisateur, aux intervenants, ou à l'organisation des soins. La littérature scientifique reliée à l'implantation de l'intervention précoce documente également les obstacles et facilitateurs d'implantation selon deux grands axes: l'axe organisationnel et celui de niveau humain et personnel (Babor et coll., 2007; Johnson et coll., 2010; Manuel, Hagedorn et Finney, 2011; Saitz, 2010; Williams et coll., 2011).

Les facteurs influençant l'intensité de l'arrimage au plan personnel rapportés par les intervenants sont la sévérité de la dépendance de l'utilisateur ainsi que la connaissance des services des cliniciens. Les études réalisées en première ligne mettent en évidence le manque de connaissances des intervenants de première ligne en ce qui a trait aux obstacles reliés aux enjeux personnels (Babor et coll., 2007; Johnson et coll., 2010). Au plan organisationnel, les facteurs influençant l'arrimage rapportés sont la proximité physique des établissements, les instruments de détection, la formation et la désignation d'un intervenant pivot. La littérature cible également la désignation d'un intervenant «pivot» (Babor et coll., 2007) et la formation spécifique aux interventions précoces (Johnson et coll., 2010; Manuel, Hagedorn et Finney, 2011) comme facilitateur au plan organisationnel.

Enfin, plusieurs pistes de solutions sont proposées par les participants. Les amé-

liorations suggérées sont principalement au niveau organisationnel et concernent l'amélioration des services en première ligne. Les participants avaient également quelques stratégies d'amélioration pour la deuxième ligne. Ces pistes de solutions ont inspiré le choix des recommandations émises.

Les recommandations et retombées

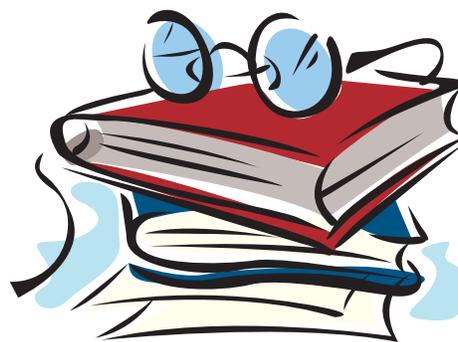
À la lumière des résultats recueillis dans cette étude il m'a été possible de dégager plusieurs recommandations afin que les efforts soient multipliés quant à l'arrimage ceci dans le but de s'assurer d'orienter la clientèle vers le bon niveau de services (Desrosiers et coll., 2010) et de ne pas échapper d'usagers lors de la référence vers l'un ou l'autre des établissements.

Je recommande donc de systématiser les contacts entre les CSSS et le CRD lors de références ou de suivis partagés, de privilégier minimalement les contacts téléphoniques pour les usagers présentant une dépendance élevée et de privilégier une collaboration lors de la présence d'une dépendance modérée. De plus, le CRD devrait initier les contacts téléphoniques et les discussions cliniques (arrimage d'intensité dite de collaboration) lorsqu'il y a réception d'une demande de référence formelle en provenance des CSSS et, ce, malgré une absence de contact initial.

Ma deuxième recommandation serait de réaliser, aux deux ans, une présentation des services du CRD et du CSSS dans chacun des territoires de CSSS dans les Laurentides et que le CRD exerce son rôle d'expert-conseil (MSSS, 2007) en instaurant un comité de travail spécifique à l'arrimage et la hiérarchisation des soins. De plus, je recommande que, lorsque possible, le CRD se déplace dans les locaux des CSSS afin de rencontrer la clientèle et discuter de cas clinique.

Finalement, je recommande que les établissements offrent annuellement la formation du MSSS sur la dépendance tant aux intervenants de première que de deuxième ligne et ce, dans le même groupe de formation. En plus, le CRD devrait mettre en place des mesures de soutien supplémentaires à la formation à l'égard des interventions précoces et les CSSS des Laurentides devraient tous

1. Cette évaluation sommaire est réalisée à l'aide de l'outil de détection et d'évaluation du besoin d'aide-Alcool/Drogue/Jeu (DÉBA). C'est un outil d'aide à la décision clinique permettant de déterminer le niveau de sévérité du profil de consommation/jeu afin d'orienter la personne vers un niveau de soins approprié. De façon simplifiée, trois profils sont possible: Faible degré de dépendance (feu vert), degré de dépendance modérée (feu jaune) et degré de dépendance élevé dits « feu rouge» (Tremblay et Blanchette-Martin, 2009).



identifier un porteur de dossier/équipe de base en dépendance.

Sans assurer l'implantation des pratiques d'intervention précoce, les recommandations émises peuvent contribuer à améliorer les liens, l'arrimage, la collaboration et les références entre les deux niveaux de soins. Assurément, ces organisations, les CSSS et le CRD, se distinguent par leurs niveaux de soins et leurs spécialisations malgré certaines similarités dans leurs mandats. L'importance d'offrir des services de qualité aux personnes consultant leurs services et la volonté manifeste de travailler en collaboration ne peuvent que rallier les intervenants et gestionnaires de ces organisations.

Émilie Contant, ps.éd., MIT

Agente de planification,
de programmation et de recherche

Centre de réadaptation
en dépendance des Laurentides

*Essai rédigé avec le soutien financier
du Fonds Jean-Lapointe et sous la direction
de Magali Dufour, professeure,
Université de Sherbrooke*

RÉFÉRENCES:

- ADLAF, E.M., BEGIN, P., SAWKA, E. (2005). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC): Une enquête sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens: La prévalence de l'usage et les méfaits: rapport détaillé*. Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa, Ontario.
- AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION AND EDUCATION DEVELOPMENT CENTER, INC. (2008). *Alcohol screening and brief intervention: A guide for public health practitioners*. Washington DC: National Highway Traffic Safety Administration, U.S. Department of transportation.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1998). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. DSM-IV-TR, 4^e éd., Washington (D.C.)
- BATOR, T.F., HIGGINS-BIDDLE, J., DAUSER, D., HIGGINS, P., ET BURLESON, J. A. (2005). Alcohol screening and brief intervention in primary care settings: Implantation models and predictors. *Journal of Studies on Alcohol*, 66 (3), 361-368.
- BATOR, T.F., MCREE, B.G., KASSEBAUM, P. A., GRIMALDI, P. L., AHMED, K. ET BRAY, J. (2007). Screening, brief intervention and referral to Treatment (SBIRT): Toward a public health approach to the management of substance abuse. *Substance abuse*, 28 (3), 7-30.
- BEAUMONT, C. (2010). *Programme d'évaluation spécialisée en dépendance; Fondements et modalités d'organisation*. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ), Montréal.
- BEAUMONT, C., CHARBONNEAU, R., DELISLE, J., LANDRY, A., MÉNARD, J.-M., PAQUETTE, D. ET ROSS, F. D. (2015). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux: Pour une intervention efficace des centres et de leurs partenaires*, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT), Montréal.
- BERTRAND, K. (2012). *Séminaire d'essai synthèse: TXM 789*. Notes de cours. Université de Sherbrooke; Faculté de médecine et des sciences de santé, 58p.
- BOUTIN, G. (2006). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université du Québec.
- BOUTIN, G. (2007). *L'entretien de groupe en recherche et formation*. Montréal: Éditions Nouvelles.
- CUNNINGHAM, J.A., SOBELL, L.C., SOBELL, M.B., AGRAWAL, S. ET TONEATTE, T. (1993). Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors*, 18 (3), 347-353.
- DESROSIERS, P., MÉNARD, J.-M., TREMBLAY, J., BERTRAND, K. ET LANDRY, M. (2010). *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance. Guide des bonnes pratiques et offre de services de base*. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ), Montréal.
- FORD, J. H., GREEN, C. A., HOFFMAN, K. A., WISDOM, J. P., RILEY, K. J., BERGMANN, L. ET MOLFENTER, T. (2007). Process Improvement Needs in Substance Abuse Treatment: Admissions Walk-through Results. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33 (4), 379-389.
- JOHNSON, M., JACKSON, R., GUILLAUME, L., MEIER, P. ET GOYDER, E. (2010). Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *Journal of Public Health*, 33(3), 412-421.
- KRUEGER, R.A. ET CASEY, M.A. (2000). *Focus group: A practical guide for applied research*. 3rd edition. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- MANUEL J. K., HAGEDORN, H.J. ET FINNEY, J.W. (2011). Implementing evidence-based psychosocial treatment in specialty substance use disorder care. *Psychology of Addiction Behaviors*, 25 (2), 225-237.
- MSSS. (2006). Unis dans l'action: Plan interministériel en toxicomanie 2006-2011. Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2007). Unis dans l'action: Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services dépendances. Offre de service 2007-2012. Québec, Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2009). Unis dans l'action: Programme de formation en dépendances pour les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Québec, Gouvernement du Québec.
- RAPP, R.C., XU, J., CARR, C.A., LANE, D.T., WANG, J. ET CARLSON, R., (2006). Treatment Barriers Identified by Substance Abusers Assessed at a Centralized Intake Unit. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30 (3), 227-235.
- SAINT-JACQUES, M., BROWN, T.G., FILION-BILODEAU, S., LEGAULT, L. ET TOPP, J. (2011). Implantation de programmes d'intervention précoce au regard de la consommation de substances psychoactives et des jeux de hasard et d'argent: Un profil québécois. *Écho-Toxico*, 20 (3), 1-8.
- SAINT-JACQUES, M., FILION-BILODEAU, S., LEGAULT, L., GREGOIRE, R., TOPP, J. ET BROWN, T.G., (2009). *Le profil des compétences des intervenants de première ligne pour la détection, l'intervention précoce et la référence auprès des clientèles aux prises avec des problèmes de dépendance*. Québec: Ministère de la Santé et des services sociaux.
- SAITZ, R. (2007). Screening and Brief Intervention Enter Their 5th Decade. *Substance Abuse*, 28 (3), 3-6.
- SAITZ, R. (2010). Alcohol screening and brief intervention in primary care: Absence of evidence for efficacy in people with dependence or very heavy drinking. *Drug and Alcohol Review*, 29, 631-640.
- SIMONEAU, H., LANDRY, M. ET TREMBLAY, J. (2004). *Alcochoix+: un guide pour choisir et atteindre vos objectifs*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec.
- SULLIVAN, E. ET FLEMING, M. (1997). *Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 24A. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- TREMBLAY, J. ET BLANCHETTE-MARTIN, N. (2009). *Manuel d'utilisation du DEBA-Alcool/Drogues/Jeu; Version adaptée pour la formation de la première ligne en dépendance*, Version 1.08, Québec, Service de recherche du CRUV/CRAT-CA en collaboration avec le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les Dépendances.
- TREMBLAY, J., ALLAIRE, G., DUFRESNE, J., LECAVALIER, M. ET NEVEU, Y. (2004). *Les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique*. Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQCRPAT), Montréal.
- WILLIAMS, E.C., JOHNSON, M.L., LAPHAM, G., CHEW, L., MCCORMICK, K.E., CALDEIRO, R., WEPPNER, W.G. ET BRADLEY, K.A. (2011). Strategies to implement alcohol screening and brief intervention in primary care setting: A structured literature review. *Psychology of Addiction Behaviors*, 25 (2), 206-214.

L'Écho-Toxico :

un observateur attentif depuis 25 ans qui disparaît

Depuis la toute première parution de L'Écho-Toxico en 1990, bien de l'eau a coulé sous les ponts... Le projet de ce petit bulletin (quelques pages) a émergé d'un échange informel sur le besoin de faire connaître les activités liées au programme du Certificat en toxicomanie, dans le but de faciliter le recrutement d'étudiants, la liaison et les communications entre étudiants et enseignants au Certificat. Très vite la mission du bulletin s'est élargie. Dans l'effervescence des nombreux développements en toxicomanie découlant du Rapport Bertrand (1989), un rôle de témoin s'est imposé. L'Écho-Toxico s'est fait informateur, relayeur d'information sur ce secteur (la toxicomanie) en pleine mutation, qui s'est véritablement développé et réinventé dans les années '90.

Les collaborateurs sollicités étaient autant des chercheurs que des intervenants sur le terrain, des administrateurs au niveau local, régional, provincial, des législateurs, des membres de Commissions ou comités nationaux et des professionnels réputés dans le domaine. Ils étaient issus de milieux divers : médecins, psychologues, criminologues, intervenants sociaux mais aussi policiers, procureurs de la Couronne ou autres

législateurs. Les thèmes choisis visaient à susciter la curiosité de nos lecteurs tout en les mettant à jour sur des enjeux pour la clientèle, sur des résultats de recherche, sur des questionnements éthiques face à ces résultats ou sur des questions d'organisation de services en toxicomanie. On peut dire, sans excès de fierté, que L'Écho-Toxico a accompagné 25 ans de développement du champ de la toxicomanie au Québec. Il faut souligner au passage l'extraordinaire collaboration que tous les pionniers de ce secteur ont apporté à L'Écho-Toxico, contribuant ainsi aux objectifs visés par la mise en place du bulletin mais aussi certainement à l'essor des connaissances, de la formation et de l'ensemble des services en toxicomanie au Québec.

Ainsi, plus d'une cinquantaine de numéros sont parus à ce jour, abordant un grand nombre de thématiques – prévention et promotion de la santé; réduction des méfaits; évaluation des interventions; jeunes et toxicomanie; double problématique santé mentale et toxicomanie; lois; interventions cliniques; cannabis; jeu pathologique et bien d'autres thèmes. Plus de 250 articles ont été publiés dans L'Écho-Toxico.

L'Écho-Toxico, petit bulletin de couleur violette en 1990 s'est modifié en un (plus gros) bulletin aux couleurs de l'Université de Sherbrooke en 2000. La version-papier envoyée par courrier postal à nos lecteurs s'est doublée d'une version électronique qui fut par la suite la seule distribuée.

La réalité contemporaine caractérisée par un certain *resserrement* des ressources (ne nous le cachons pas) mais aussi par une mouvance des services et des organisations nous appelle à revoir les besoins de nos programmes, de notre clientèle et des outils utilisés pour y répondre. Les programmes de toxicomanie de l'université de Sherbrooke sont bien établis. Un deuxième cycle est disponible depuis quelques années, une équipe compétente de professeur(e)s est en place.

L'Écho-Toxico voit donc s'achever son existence, du moins dans sa formule actuelle. Il s'agira de trouver et mettre en œuvre des outils neufs et originaux pour que se poursuive ce qui a animé l'équipe de L'Écho-Toxico depuis ses débuts, à savoir que le partage de connaissances est le moteur de l'innovation.

Nous vous remercions en tout cas du fond du cœur pour votre fidélité jamais démentie.

Marie-Thérèse Payre
Responsable de la rédaction
et la publication depuis 1990



L'ASSOCIATION POUR LE DIPLÔME ET LA MAÎTRISE EN INTERVENTION EN TOXICOMANIE (ADEMIT)

Un comité visant la reconnaissance du Diplôme et de la Maîtrise en intervention en toxicomanie a été constitué. Ce comité composé d'étudiant(e)s et de diplômé(e)s de la MIT a été créé pour mettre sur pied une association.

Si vous souhaitez recevoir des nouvelles de nos démarches, vous pouvez nous joindre à l'adresse suivante : ademit-fmss@usherbrooke.ca et nous demander de vous ajouter à notre liste d'envoi. Nous travaillerons en 2015 à créer l'association et nous vous tiendrons au courant des suites.

Comité ADEMIT

REMERCIEMENTS

à ceux et à celles qui ont contribué à ce numéro ainsi qu'à tous les Écho-Toxico publiés à ce jour

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 :

Interscript Inc.

ISSN 1481-546X

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale du Québec et du Canada