

CHOISIT-ON D'ÊTRE DÉPENDANT ?

DOSSIER | MARTIN BOUCHARD

P sychologue et professeur à l'Université Harvard, Gene Heyman publiait au printemps dernier un ouvrage affirmant que les personnes dépendantes le sont d'abord et avant tout par choix personnel. Sa thèse ne cesse depuis de soulever les passions aux États-Unis, comme au Canada anglais, à un point tel que le magazine *Maclean's* lui consacrait un article entier dans son numéro de mai 2009. Au Québec, les milieux d'intervention proposent une analyse beaucoup plus nuancée de la question. Tour d'horizon.



Le débat entourant le caractère volontaire ou non de la dépendance ne date pas d'hier. Ce qui n'empêche pas le directeur de la mission universitaire du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC – IUD), Michel Landry, d'être étonné de le voir resurgir maintenant. Selon lui, ce débat a eu lieu au Québec dans les années 1970. «Un courant a alors vu le jour, selon lequel il était néfaste de se raccrocher au modèle de la maladie découlant d'un ensemble de dispositions biopsychosociales pour expliquer une dépendance», commente-t-il. Le caractère passif supposé de la personne dépendante dans un tel contexte incommodait notamment les intervenants. De fait, précise Michel Landry, «cette façon de penser enlève du pouvoir aux personnes dépendantes sur

leur propre vie, car elle suppose qu'une fois atteint de la maladie, on s'en remet dans les mains des autres pour s'en sortir».

Dans son étude, Heyman tient pour acquis que le modèle dominant pour décrire la dépendance en Amérique du Nord est celui de la maladie. Or, «ce n'est pas le cas au Québec», corrige Michel Landry. Ainsi, il n'y aurait pas de définition homogène ou unanime des dépendances, les définitions variant selon les modèles adoptés par les institutions.

Par contre, il a toujours été plus humain de décrire les dépendances comme une maladie. «Le modèle selon lequel les dépendances seraient avant tout une maladie fait l'affaire de bien des gens, à commencer

par les compagnies d'assurances et les employeurs : on peut offrir de l'aide à une personne dépendante, car elle n'est pas responsable», illustre Michel Landry. «En comparaison, continue-t-il, lorsque l'on s'inflige soi-même quelque chose, les réactions sont moins compatissantes, on ne cherche plus à comprendre la réalité de la personne et les causes de sa dépendance.»

En vertu de ces différences idéologiques, Michel Landry est tout de même persuadé qu'il y a du bon à tirer de chacun des modèles. «Nous ne pouvons pas renier ou passer sous silence les dimensions biologiques associées au développement des dépendances», explique-t-il. Pour lui, il faut aussi considérer un certain nombre de vulnérabilités psychosociales. «On ne

peut non plus nier qu'il y a plus de personnes alcooliques chez les enfants de personnes alcooliques, comme on ne peut nier que certaines substances ont des impacts neurobiologiques à plus long terme», martèle-t-il.

Cesser de consommer par soi-même

L'une des idées soulevées par Heyman pour étayer son propos est qu'un bon nombre de gens parviennent à cesser toute consommation sans l'aide d'autrui, ce qui, affirme-t-il, serait impossible s'il s'agissait bel et bien d'une maladie. Directrice scientifique au CDC – IUD, Louise Nadeau l'admet, en apparence, les chiffres bruts tendent à lui

DOSSIER | suite en page 2



MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE |

Être à l'affût

Le secteur des dépendances est en constante évolution. Il arrive parfois même que des paradigmes, vieux de quelques décennies, soient remis en question. Fondés ou non, ces paradigmes méritent d'être évalués. À titre d'exemple, un ouvrage américain récemment publié s'intéresse au caractère volontaire ou non de la toxicomanie. À la fois contesté et salué aux États-Unis, le contenu avancé remet en question

la notion de maladie parfois accolée au phénomène de dépendance. L'auteur déplore également le fait que cette prémisse soit largement répandue dans certains milieux d'intervention américains.

Pour toutes sortes de raisons, cette thèse n'a pas le même écho au Québec, notamment parce qu'elle arrive trente ans après que le même débat eut fait rage ici et

s'inscrit dans un contexte fort différent. À titre d'établissement universitaire, nous croyons cependant qu'il est de notre devoir d'être à l'affût des divers courants idéologiques entourant notre champ d'activité, ici comme ailleurs. Nous avons donc choisi d'en faire le sujet de ce numéro de *ToxicoRéseau*, ne serait-ce que pour assumer notre rôle de veille à l'égard de l'intervention en dépendance. L'exercice nous aura

permis de faire le point sur la conception québécoise du phénomène et surtout, de nous rappeler l'extrême complexité de la dépendance. Bonne lecture!

Madeleine Roy
Directrice générale, CDC – IUD

DOSSIER | suite de la page 1

donner raison. « Les chiffres d'une étude de 2002 avancent qu'environ 1,2% de la population serait aux prises avec un problème de dépendance. Or, dit-elle, la plupart de ces personnes cesseront de consommer par elles-mêmes, sans aide. Les pressions sociales font en sorte que la plupart des gens qui perdent le contrôle finissent par retrouver des mécanismes d'autorégulation et prennent la décision d'arrêter. » Selon l'experte, ces mécanismes d'autorégulation ne sont cependant pas les mêmes chez toute la population. « En général, moins les gens ont reçu de gratification au cours de l'enfance, plus il leur sera difficile de faire de bons choix », estime-t-elle. Elle soulève le fait que les gens dépendants vont souvent choisir la gratification immédiate de la consommation plutôt que l'abstinence. « L'autodestruction est plus fréquente qu'on ne le croit, on ne choisit pas toujours la vie et la santé, la condition humaine n'est pas si simple que ça », juge-t-elle.

Une vision partagée par Michel Landry qui rappelle que si la rémission sans traitement

est effectivement courante, elle est souvent le résultat d'un élément déclencheur. « Cela peut prendre la forme des avertissements d'un médecin, des menaces d'un conjoint, etc., et pour beaucoup de personnes, il s'agira d'un prétexte suffisant pour arrêter de consommer », explique-t-il. La situation du tabagisme est le meilleur exemple pour illustrer cette situation. « Le problème, nuance le directeur de la mission universitaire, c'est que les gens qui nécessitent un traitement ont souvent un autre problème associé, tels une autre dépendance ou un trouble de santé mentale. » Selon lui, il est dès lors normal qu'ils demandent de l'aide, car ils ont besoin de plus de soutien pour faire face à leurs problèmes.

L'importance des choix

Cela dit, le choix occupe effectivement une place importante dans le développement d'une dépendance. Selon Louise Nadeau, le consommateur à risque prend de petites décisions qui l'empêchent de voir le tableau d'ensemble et d'avoir le recul nécessaire pour constater qu'il est en train de détruire sa vie. « Un peu comme un adolescent, qui par définition, est souvent

incapable de planifier », illustre-t-elle. Selon cette logique, chaque verre bu ou chaque ligne de cocaïne consommée, par exemple, constitue un choix.

« En dépendance, l'importance de chaque geste compte. Or, cela ne veut pas dire qu'on ne peut pas choisir d'arrêter », avertit Michel Landry. Il explique que les personnes sont parfois temporairement prises dans un tourbillon et qu'un ou des éléments peuvent les forcer à faire des choix qui les amèneront à cesser de consommer. « Si quelqu'un risque de perdre son emploi parce qu'il consomme, les chances qu'il arrête sont plus élevées », compare-t-il.

Cela dit, pour le directeur de la mission universitaire, il est important d'énoncer certaines réserves. « La personne qui choisit d'arrêter restera souvent vulnérable par rapport à la substance consommée et, dans la majorité des cas, ne pourra jamais revenir à une consommation modérée, c'est-à-dire

que sa liberté ne sera jamais totalement retrouvée », tranche-t-il.

Au CDC – IUD, on ne considère pas les personnes dépendantes comme malades, mais plutôt comme des gens qui ont choisi de consommer et qui se retrouvent maintenant dans un engrenage de consommation. « Ils sont souvent aux prises avec d'autres problèmes de santé mentale ou physique, et parfois, il faut accepter que la dépendance devienne pour certains un problème chronique et qu'ils aient peut-être continuellement besoin d'aide », admet Michel Landry. Le CDC – IUD tente donc de stabiliser ces personnes et de soulager leurs souffrances, parfois sans avoir espoir de les faire sortir de la dépendance. « D'autres intervenants croient que ces gens ont une grande responsabilité par rapport à leurs choix et gestes et adapteront des traitements en conséquence », termine-t-il, soulignant du même coup la non-unanimité du milieu de l'intervention québécois sur cette question.

Il est possible de lire l'entrevue accordée par Gene Heyman au magazine *Maclean's* au www2.macleans.ca/2009/05/26/addiction-new-research-suggests-its-a-choice/print

VIE INTERNE |**Démarche d'agrément : mission accomplie**

Le 7 juillet dernier, le CDC – IUD se voyait confirmer par le Conseil québécois d'agrément (CQA) son statut d'établissement agréé. « La démarche d'agrément permet de poser un regard sur l'organisation, de dresser un portrait précis à un moment X, qui servira de point de départ vers l'amélioration », résume Nancy Tremblay, directrice des services professionnels et de la qualité et coordonnatrice de la démarche d'agrément. Dans cette optique, 13 processus ont été passés en revue par cinq équipes d'évaluation avant que le CQA ne visite le Centre, en mai dernier.

Dans le cadre de la démarche, des pistes d'amélioration sont identifiées pour chaque processus. « Elles serviront à bâtir notre plan d'amélioration qui s'étalera sur trois années », précise la coordonnatrice. Ainsi, 14 objectifs ont été priorisés. Parmi les forces identifiées, le CQA note une offre de service diversifiée et bien adaptée aux besoins de la clientèle, le tout au sein d'un partenariat très développé, autant avec les établissements de la 1^{re}, 2^e et 3^e ligne qu'avec les partenaires du réseau institutionnel et communautaire. « Le CQA a également souligné l'engagement et l'implication du personnel au regard du développement de l'amélioration continue des services et l'ouverture de la direction quant aux préoccupations exprimées par le personnel », continue Nancy Tremblay. Elle précise que l'équipe visiteuse du CQA s'est dite impressionnée par la bonne ambiance qui règne au CDC – IUD, « celle-ci transparaît lors d'une visite d'agrément ».

Le taux de participation des employés, de plus de 84 %, réjouit d'ailleurs Nancy Tremblay. « Nous avons identifié des personnes pour soutenir les équipes d'évaluation dans le travail afin que celles-ci ne s'égarer pas à cause de certains détails, par exemple, et qu'elles se concentrent plutôt sur une vision d'ensemble », mentionne-t-elle. Par la suite, « nous ferons vivre le plan d'amélioration à travers un comité de suivi, composé des mêmes instances que le comité d'agrément, et qui supervisera l'avancement de chaque objectif selon un échéancier précis », dit-elle. Rendez-vous dans trois ans !

Gilles Cuillerier nommé directeur de la mission universitaire

En juin dernier, le conseil d'administration du Centre Dollard-Dormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC – IUD) a procédé à la nomination de Gilles Cuillerier au poste de directeur de la mission universitaire (DMU). Monsieur Cuillerier est détenteur d'un baccalauréat et d'une maîtrise en service social et a complété la scolarité de maîtrise en administration des services de santé. Il a occupé différents postes en intervention communautaire et assumé des fonctions de gestion au sein d'organismes spécialisés dans les dépendances. Il était depuis plus d'un an coordonnateur de la direction de la mission universitaire du CDC – IUD. Le 1^{er} septembre prochain, il succédera à Michel Landry à la tête de cette direction. Après 35 ans d'engagement, M. Landry a choisi de délaissier ses fonctions de gestion. Il mettra toutefois à profit son expertise à titre de chercheur dans notre établissement.

SUR LE TERRAIN |**Alliance scellée avec l'Université de Sherbrooke**

Après plusieurs années de collaboration, l'Université de Sherbrooke et le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC – IUD) ont finalement officialisé leur relation. En juillet dernier, les deux institutions ont en effet conclu une entente d'affiliation. Pour Michel Landry, directeur de la mission universitaire au CDC – IUD, la signature de ce contrat entre les deux institutions « s'inscrit dans une longue histoire de collaboration et fera en sorte que les collaborations seront désormais plus encadrées, ce qui améliorera les résultats de recherche et de formation ».

Concrètement, cette entente vient sceller la coopération dans le cadre de la recherche sur les dépendances aux drogues, à l'alcool et au jeu pathologique entre les chercheurs et les cliniciens. Le contrat prévoit de plus une structure d'accueil, d'encadrement et de soutien pour les étudiants de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke dans des programmes de premier, deuxième ou troisième cycle qui désirent poursuivre leurs travaux de recherche ou leurs stages de formation. Des intervenants du Centre seront également dégagés pour venir en appui aux professeurs du nouveau

programme de maîtrise en toxicomanie. « Cette association avec une université reconnue pour la qualité de son enseignement constitue un des moyens choisis par le CDC – IUD pour s'assurer que les 9 000 usagers qui consultent annuellement l'établissement reçoivent des soins et des services à la fine pointe des nouvelles connaissances », conclut la directrice générale du Centre, Madeleine Roy.

De la visite de la Chine

En avril dernier, le CDC – IUD recevait la visite d'une délégation chinoise. Financé par l'Institut de recherche en santé du Canada, ce voyage a aussi été l'occasion pour les représentants chinois de visiter les installations du CRAN (Centre de recherche et d'aide pour narcomanes) ainsi que l'unité de désintoxication de l'Hôpital Saint-Luc et du Centre de détention de Bordeaux. À ce jour, le projet d'échange a permis de recenser les écrits canadiens et chinois sur l'efficacité des traitements des personnes dépendantes aux opioïdes. À l'automne, ce sera au tour du Canada d'envoyer des chercheurs en Chine. L'échange permettra, entre autres, au CDC – IUD de constater l'efficacité des traitements par le biais de l'acupuncture. À suivre.

MOUVEMENT DE RÉSEAU |

Colloque international Jeux et dépendances

Sous la présidence de Louise Nadeau, directrice scientifique au CDC - IUD, Montréal sera l'hôte, les 3 et 4 septembre prochain, du colloque international *Jeux et dépendances*. L'événement réunira des chercheurs, des gestionnaires et des intervenants du Québec et d'ailleurs. Doté d'une riche programmation, il permettra aux participants de parfaire leurs connaissances sur la question des jeux de hasard et d'argent. Outre les grandes conférences, le colloque comprendra trois grands axes : la recherche, les politiques publiques et l'intervention. Il permettra également d'aborder la question des autres dépendances associées au jeu pathologique (les problèmes liés à l'alcool, au tabac, aux drogues, etc.). De plus, des séances de formation spécialement conçues pour les intervenants sont prévues au programme. Pour renseignements, consultez le site Web de l'événement : <http://www.jeux-gambling2009.org/>

Jeu de prévention et de sensibilisation à la consommation de drogues pour les jeunes

Conçu et réalisé par le Comité Toxicologie-Quartier (Table de Concertation Jeunesse Centre-Sud de Montréal), le jeu *Expériences* vise la prévention et la sensibilisation à la consommation de drogues. S'adressant aux 12 ans et plus,

il offre la possibilité aux joueurs de porter une réflexion et de prendre position sur leur consommation et celle de leurs proches. Le jeu tente ainsi de mettre en évidence ce qui peut aider à faire des choix éclairés et responsables face à la consommation d'alcool ou d'autres drogues. Les bons de commande sont disponibles à cette adresse : http://aitq.com/pdf/documentation/Experience_BC.pdf

Campagne de sensibilisation grand public

L'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ) et le Service de lutte contre les ITSS (MSSS) ont réalisé un clip de 30 secondes afin de promouvoir les attitudes de tolérance, de compassion et de solidarité à l'égard des personnes toxicomanes, et plus particulièrement de celles qui s'injectent des drogues. Ainsi, le clip *Juger moins, aider plus* donne un visage humain à la toxicomanie. Le but de cette publicité est de sensibiliser la population au fait que les problèmes de toxicomanie touchent tout le monde et qu'on peut aider en ne jugeant pas. Plusieurs chaînes de télévision ont accepté de diffuser le message gratuitement durant une période d'un an. Vous pouvez la visionner en visitant le site de l'AITQ : <http://www.aitq.com/>

DANS L'ŒIL DU CHERCHEUR | **CHERCHEURS PRINCIPAUX** | NEIL BOYD, Vancouver | SERGE BROCHU, Montréal | BENEDIKT FISHER, Toronto
| **COORDONNATRICE** | MYRIANE TÉTRAULT, M. SC., Montréal
| **ASSISTANTS DE RECHERCHE** | MARC-ANDRÉ ALLY, B. SC. | VALÉRIE BEAUREGARD, M. SC. | BENOIT LASNIER, M. SC. | MARIE-FRANCE NADEAU, B. SC.

PRESCRIPTION MÉDICALE D'HÉROÏNE À MONTRÉAL**Impact du programme NAOMI sur la communauté****Problématique**

En 2005, Montréal mettait sur pied un projet expérimental de prescription médicale d'héroïne. Baptisé NAOMI (*North American Opiate Medication Initiative*), ce projet pilote tente de vérifier si les résultats encourageants préalablement obtenus en Europe peuvent également être reproduits pour la population héroïnomane nord-américaine. De manière à fournir des résultats plus complets, une recherche connexe, du nom de NAOMI-CI (*Community Impact*), fut lancée afin d'évaluer les conséquences de ce programme sur la communauté. L'étude présentée ici fait partie de ce second projet.

Il importe de noter que plusieurs études européennes ont démontré que la prescription médicale d'héroïne pouvait contribuer à réduire les coûts reliés à l'usage de drogues par intraveineuse, en favorisant une plus grande conscientisation des usagers à l'égard de leur dépendance. Toutefois, il demeure tout à fait possible que l'instauration d'une clinique offrant de l'héroïne sous contrôle médical puisse attirer une nouvelle clientèle marginale dans les environs du centre de prescription (effet *honeypot*). L'apparition d'un tel phénomène pourrait mener à l'émergence de conséquences perverses pour la communauté : augmentation des crimes contre la propriété, accentuation de la criminalité violente et présence plus importante de divers débris nuisibles au sein de la collectivité.

La présente étude vise à connaître la perception des acteurs communautaires fréquentant le quartier expérimental quant

à leur sentiment de sécurité. D'autre part, ce projet a pour but d'analyser l'influence du programme de prescription médicale d'héroïne sur la commission d'actes criminels et incivils présents à l'intérieur du secteur. Finalement, l'évaluation de l'impact du programme NAOMI sur la quantité de certains débris jugés indésirables, sur la présence d'activités déviantes ainsi que sur le nombre d'interventions des services d'urgence pouvant être observées au sein du voisinage de la clinique représente le dernier objectif de cette étude.

Méthodologie

Les entrevues se sont déroulées auprès de résidents, de commerçants, de policiers, d'agents de sécurité, de travailleurs sociaux, d'employés de garderie et d'itinérants. La première période d'entrevue a eu lieu en mai-juin 2005 (40 répondants), la seconde en novembre-décembre 2005 (32 répondants), la troisième en juin-juillet 2006 (31 répondants), la quatrième en mai-juin 2007 (22 répondants) tandis que la dernière période d'entrevue a eu lieu en mai-juin 2008 (15 répondants). Seules des analyses descriptives ont été réalisées avec ces entrevues. Les données policières (actes criminels et incivils) ont quant à elles été obtenues par le biais du SPVM et couvrent la période allant de janvier 2002 à septembre 2008. Finalement, 150 marches ethnographiques ont été réalisées dans toutes les rues, ruelles, parcs et stationnements se situant dans un rayon de 200 mètres autour de la clinique NAOMI en vue de recenser les divers débris, les activités déviantes et les interventions des services d'urgence observables au sein du secteur expérimental. Ces marches ont

eu lieu trois jours par semaine à raison d'une semaine sur deux pour la période de préouverture de la clinique (janvier à juin 2005 total de 33 marches) ou à raison d'une semaine par mois pour la période de postouverture de la clinique (juillet 2005 à septembre 2008; total de 117 marches). Elles se sont déroulées à diverses heures afin de couvrir les différents moments de la journée. Les données policières de même que les données relatives aux marches ethnographiques ont été analysées par le biais d'autorégressions et d'analyses corrélationnelles. Ces analyses ont inclus des variables indépendantes cliniques (ouverture de la clinique, nombre de participants au programme NAOMI), météorologiques (température, précipitation, moment de la marche) et saisonnières.

Principaux résultats

Les entrevues réalisées auprès des acteurs communautaires démontrent qu'une plus grande proportion de répondants se sent en sécurité à l'intérieur du quartier, et ce, malgré une présence sensiblement similaire de consommateurs extérieurs de substances psychoactives. L'analyse des données policières illustre que la mise en place du programme NAOMI n'a produit aucun impact significatif sur la commission d'actes criminels (violents, contre la propriété, reliés aux drogues) ainsi que sur la perpétration d'actes incivils. Par ailleurs, l'analyse des données en provenance des marches ethnographiques démontre que la quantité de débris reliés à l'injection de drogues (seringues, enveloppes de seringues, embouts de seringues, contenants d'eau stérile, tampons d'alcool, stéricups et cuillères) a connu une

diminution significative à la suite de la mise en place de la clinique montréalaise de prescription médicale d'héroïne; les variables associées à la tendance post-intervention (t-ratio = -4,198; p < 0,001), au statut d'opération de NAOMI (t-ratio = -3,443; p < 0,001) ainsi qu'au nombre de participants recevant un opiacé injectable (r = -0,250; p < 0,01) étant toutes significatives. Il apparaît que l'instauration de la clinique NAOMI n'a produit aucun impact sur la quantité de débris en lien avec le milieu de la rue (contenants de drogue, condoms, items transitoires et bouteilles d'alcool), sur la présence d'activités déviantes (flânage, sollicitation, consommation d'alcool ou de drogue en public, activités de *squeegee* et fouille dans les ordures) ainsi que sur le nombre d'interventions des services d'urgence (policiers et ambulanciers) observables au sein du secteur expérimental.

Conclusions

Le projet NAOMI-CI ne démontre aucun indice substantiel de la présence d'un effet *honeypot* à la suite de l'ouverture de la clinique NAOMI de Montréal en termes d'actes criminels et incivils, présence de divers débris, d'activités déviantes et d'interventions des services d'urgence observables à l'intérieur du voisinage immédiat du centre de prescription médicale d'héroïne. De plus, la clinique NAOMI pourrait même présenter un effet préventif à l'égard des débris reliés à l'injection de drogues. Ces résultats, en démontrant certains signes encourageants associés au programme NAOMI, ouvrent la porte à la réalisation subséquente d'études orientées sur l'offre médicale d'héroïne et de ses impacts.

RECONNAISSANCE | MARTIN BOUCHARD

LUMIÈRE SUR **luc therrien**

Sous le sceau de la rigueur



À l'emploi du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC – IUD) depuis 1998, Luc Therrien jouit d'une longue expérience dans le domaine de la toxicomanie. Ce diplômé du Cégep de Limoilou présente d'ailleurs une impressionnante feuille de route. « Au début des années 1990, lorsque je suis arrivé sur le marché du travail, il n'y avait pas beaucoup de débouchés pour les infirmiers. Conséquemment, j'ai abouti dans un centre de toxicomanie privé et j'ai eu la piqûre », explique-t-il calmement. Ce n'est qu'en 1998 qu'il fera le saut vers le secteur public, au CDC – IUD. Tour à tour, l'infirmier travaillera au service de désintoxication, au triage, à l'élaboration des programmes de formation, etc. Cette polyvalence fait maintenant en sorte qu'il sait reconnaître non seulement les symptômes d'intoxication, mais aussi ceux du sevrage, qui représentent selon lui deux expertises différentes. « Il faut, par exemple, pouvoir

déceler les dangers de sevrage et alerter les instances médicales en cas de dégénération », précise-t-il.

Un nouveau rôle

Depuis février dernier, Luc Therrien occupe le poste d'infirmier de l'équipe liaison en milieu hospitalier du CDC – IUD à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. « Mon rôle est d'accueillir, d'évaluer et d'orienter les clients référés par les urgences », dit-il. Il ajoute qu'une de ses tâches est de procéder à une évaluation spécialisée des clients pour mieux les diriger vers les services en dépendances du CDC – IUD. « En fait, note-t-il, nous procédons à une analyse biopsychosociale du patient, pour nous assurer que ce dernier est en sécurité sur tous les plans. »

Jusqu'à maintenant, Luc Therrien évalue en moyenne deux clients par jour. « Plus de 80% de nos patients ne connaissent pas notre organisation, ni nos services.

Je m'assure donc de les aiguiller pour qu'ils n'atterrissent plus aux urgences », explique-t-il. L'infirmier de liaison se charge également de faire connaître l'organisation auprès des médecins, du personnel infirmier et des nouveaux employés. « Le réseau de la toxicomanie est marginal. Or, il représente un service essentiel et je suis fier de contribuer à son rayonnement », lance-t-il.

Une passion continue

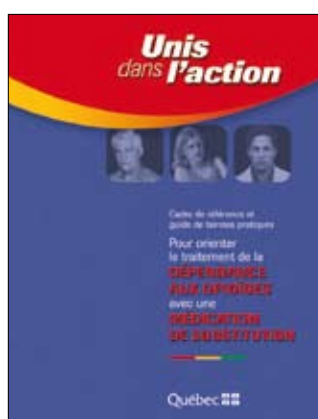
Luc Therrien ne s'en cache pas, il est passionné par son travail. « Ce service de liaison est le premier sur l'île de Montréal. Il a fallu le construire, l'implanter, et j'ai pu y mettre ma couleur », remarque-t-il d'un ton où transparait une pointe d'exaltation. D'ailleurs, il n'hésite pas à féliciter le CDC – IUD pour l'autonomie dont il a bénéficié au fil des années. Il admet volontiers que sa plus grande satisfaction au travail reste d'offrir un service adéquat aux patients, et ce, en moins de 48 heures. « À la suite de mon intervention, la personne est redirigée vers le bon service et prise en charge rapidement », laisse-t-il tomber, avant d'ajouter que « les clients sont étonnés de la rapidité du service, ils sont très reconnaissants. »

L'infirmier juge primordial de faire toutes les lectures nécessaires afin de fournir une réponse adéquate lors de l'évaluation du client. « Mes collègues me disent professionnel et très rigoureux sur le plan clinique. C'est probablement ma plus grande qualité au travail », termine-t-il humblement.

Publications



01



02



03

01 Unis dans l'action - Guide d'implantation - Équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence
 ■ Ministère de la Santé et des Services sociaux ■ Disponible sur le site Web du MSSS au <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-851-01.pdf>

02 Unis dans l'action - Cadre de référence et guide de bonnes pratiques - Pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution
 ■ Ministère de la Santé et des Services sociaux ■ Disponible sur le site Web du MSSS au <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-804-01.pdf>

03 Normes canadiennes de prévention de l'abus de substances en milieu scolaire - Un guide pour intervenants en santé et en éducation
 ■ Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) ■ Disponible sur le site Web du CCLAT au http://www.ccsa.ca/2009%20CCSA%20Documents/ccsa0117822009_f.pdf

Le toxicoréseau est produit par la direction générale du Centre Dollard-Cormier - Institut universitaire sur les dépendances. Il est disponible en format électronique sur notre site Internet.

Centre Dollard-Cormier - Institut universitaire sur les dépendances
 950, rue de Louvain Est ■ Montréal (Québec) H2M 2E8

Tél. : 514 385-1232 (1CDC) ■ www.centredollardcormier.qc.ca