

Notes de la rencontre du 11 juin 2024 (COMPOS-TC)

Groupe A et B

Réduction des méfaits en milieu de soins

- Question sur ce qu'est réellement la réduction des méfaits.
 - Le terme réduction des méfaits en soi porte à confusion (qu'est-ce qu'un méfait ?). Il faut mieux le définir dans les formations et ailleurs.
 - C'est un continuum. L'abstinence est sur un des extrêmes du continuum, elle fait partie de la réduction des méfaits.
 - La réduction des méfaits n'est pas une religion. C'est une série de stratégies de travail parmi de nombreuses autres, c'est une méthode possible. Ce n'est pas une fin en soi.
 - On suggère de ne pas déterminer les fins thérapeutiques pour les usagers, mais plutôt les accompagner dans leur choix. On mentionne qu'une obligation/ordonnance d'abstinence nécessite un accompagnement et un soutien clinique pour trouver des alternatives à leur consommation.
 - Parfois, la réduction des méfaits a le dos large. Il faut se demander où notre responsabilité débute et termine.
- Question sur comment se conjugue la réduction des méfaits ailleurs et comment faire des fouilles, comment se positionner par rapport à cela.
 - À Saint-Jérôme, on pose la question « qu'est-ce qui fait partie des soins VS ce qui fait partie de l'organisationnel/gestion » pour départager le tout. Si le comportement de l'utilisateur ne cause pas de problème et qu'il/elle consomme, on n'intervient pas. Si le comportement de l'utilisateur cause des problèmes, impact les autres usagers, du trafic à lieu, cela devient clinique, donc les intervenants vont agir.
 - Dans un autre établissement, des feuilles sommaires sont remplies lorsque des usagers sont suspectés de rapporter des substances à la ressource. En tout temps, on regarde brièvement dans le sac de l'utilisateur s'il y a quelque chose et on demande s'il/elle rapporte un briquet ou autre sur lui/elle. S'il y a une suspicion importante pour une personne, une fouille avec l'infirmière et un agent sur place a lieu (cela demande un motif réel) et des notes précises de l'infirmière sont laissées dans le dossier de la personne, mais cela est plus d'exception.
 - Au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, il y a un petit comité qui révisé actuellement les politiques de l'établissement (ex. : fouille, repérage et détection en dépendance). Ce

Notes de la rencontre du 11 juin 2024 (COMPOS-TC)

comité se demande comment intégrer la réduction des méfaits dans ces politiques. C'est un gros chantier, mais ils discutent de tabous et d'enjeux importants.

- À certains endroits, c'est un défi d'appliquer la réduction des méfaits puisque les bâtisses ne sont pas adaptées et il y a une rigidité du milieu qui impose un certain cadre.
- Chez certains usagers, les comportements liés à leur consommation amènent parfois des bris de règles de fonctionnement ce qui entrave l'application de la réduction des méfaits et maintient les résistances chez certaines personnes.
- On mentionne qu'il faut développer notre capacité à identifier à quel risque on fait face.
- On précise que les structures administratives qu'on met en place dans les établissements sont pour simplifier les interventions, mais on en perd nos repères cliniques.
- Discussion sur l'abstinence et la consommation.
 - Selon les usagers, la réduction des méfaits ou l'abstinence peuvent être des approches appropriées. Cela dépend du souhait et des objectifs de chaque usager.
 - Parfois, des usagers souhaitent être dans un environnement sans consommation pour se sentir plus en sécurité et maintenir leur abstinence souhaitée.
 - On mentionne le souhait d'avoir un milieu clinique absent de traumatismes et travailler les traumatismes psychiques et physiques. La consommation sur place peut être un déclencheur pour des traumatismes chez certaines personnes. Cela vient complexifier la volonté de certains organismes d'appliquer la réduction des méfaits en laissant certains usagers consommer.
 - On propose de réfléchir à un modèle connu en Europe qui offre deux unités/thérapies : 1 pour la réduction des méfaits et 1 pour l'abstinence, selon le souhait de chaque usager.
 - On rappelle que souvent, la consommation a une fonction et il faut comprendre celle-ci pour mieux aider les usagers.
 - On propose de se centrer sur les patients et non sur l'inconfort de l'intervenant.
 - Parfois, il y a un clash entre le service où l'utilisateur est à l'hôpital et la ressource où il/elle va aller après dans la communauté. On le déplace d'un moule à un autre différent sans demander ce qu'il/elle a réellement besoin pour être plus autonome.
- Question sur comment soutenir les équipes dans l'application de la réduction des méfaits.
 - Pour soutenir les équipes qui sont moins à l'aise avec la réduction des méfaits, on propose de partir de leurs cas réels pour les sensibiliser, trouver les solutions possibles

Notes de la rencontre du 11 juin 2024 (COMPOS-TC)

selon eux, discuter de leurs inconforts, les amener à être créatif et à trouver de nouvelles façons de faire. Il faut prendre le temps de s'asseoir et de discuter. Les équipes doivent être ouvertes à avoir cette discussion (certaines sont encore trop inconfortables) et il faut accepter qu'il y ait des positions diverses et être ouvert aux polarisations. Le tout aura un impact sur les usagers, les budgets, les relations dans les équipes, etc.

- C'est la discussion et la réflexion qui fait évoluer les équipes, il faut prendre le temps de le faire. Il ne faut pas imposer, mais réfléchir ensemble et avancer en équipes et avec les usagers. Il faut avoir ces discussions inconfortables et se donner ces espaces. Il faut favoriser la communication et être la personne qui fait le pont.
- À plusieurs endroits, on tente d'ouvrir la communication, mais tout le monde est très occupé, ce qui complexifie le tout.
- On précise qu'en voyant que les résultats sont meilleurs avec la réduction des méfaits plutôt qu'avec l'abstinence imposée, les mentalités changent. Il faut voir des exemples, le vivre. Il faut se lancer et ne pas attendre pour exposer les équipes à ce modèle, une personne doit mobiliser les gens.
- On mentionne que l'on comprend les choses selon nos biais personnels par rapport à la réduction des méfaits, c'est à prendre en compte dans les discussions.
- On suggère que ce sujet peut ressembler un peu à la question de l'aide médicale à mourir vu le choc de valeurs que ces deux sujets apportent et le travail qui doit être fait.
- On précise qu'il faut avoir des équipes matures, qui sont prêtes à travailler avec la réduction des méfaits pour avoir ces discussions. La question est comment amener les équipes à l'être.
- Une question à se poser est comment faire cohabiter les enjeux cliniques, organisationnels/administratifs, éthiques, légaux, personnels.
- On propose de faire de la formation, d'expliquer ce qu'est la réduction des méfaits et ce que ce n'est pas (ce n'est pas de consommer ce qu'on veut ou de réduire la consommation) (si ce modèle est mal compris, cela peut créer des conflits de valeurs) et d'offrir du soutien/accompagner les gens.
- Au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, ils considèrent former un groupe d'intérêt en troubles concomitants (par et pour). Celui-ci permettrait de voir les pratiques des autres pour répéter celles-ci dans d'autres services par la suite et de rapprocher les équipes en santé mentale et en dépendance dans leur établissement. Il y a une frustration pour

Notes de la rencontre du 11 juin 2024 (COMPOS-TC)

savoir comment vraiment aider les usagers et cet espace permettrait de discuter et de partager les défis et les solutions.

- Parfois, les usagers nous amènent à changer vu leurs propres démarches personnelles, ils nous font cheminer autant qu'eux-mêmes. Il faut se permettre de faire des erreurs, de s'ouvrir à des nouveautés, des choses parfois hors de nos habitudes, ce que les usagers nous amènent, penser autrement. En prenant les usagers où ils sont, cela facilite le travail avec eux. Cela demande une ouverture et un accueil. Il faut toujours s'assurer que c'est valide par contre et l'expliquer sinon.
- Discussion sur les plans d'intervention.
 - Il faut se rappeler que le plan d'intervention est pour l'utilisateur et non pour l'équipe.
 - Il faut réfléchir les services en fonction des plans d'intervention des usagers plutôt qu'en fonction des diagnostics. Actuellement, on met l'utilisateur dans un service selon son diagnostic et le plan d'intervention ne peut pas bien fonctionner puisque le service n'est pas adapté en conséquence. Ce n'est pas adapté selon les objectifs et le projet de vie des usagers, et les plans d'intervention.
 - On précise que c'est parfois aussi une question d'accessibilité et de volonté médicale pour offrir du soutien aux usagers qui est un défi.
- Discussion sur le partage des responsabilités.
 - On mentionne qu'il faut se retrouver entre équipes, partager les responsabilités entre les gens (ex. : soin intensif et suivi dans la communauté).
 - Certains évoquent la difficulté à impliquer les médecins auprès des clients présentant des troubles concomitants. Il est possible qu'on puisse favoriser davantage leur implication, entre autres, s'ils sont entourés d'une équipe pour partager des orientations cliniques en situation de risque qui présentent des enjeux médicolégaux.
 - On précise que les médecins sont souvent des meneurs dans l'application d'un nouveau modèle et s'ils ne sont pas là, cela n'avance pas (ça prend des champions, mais tout le monde doit suivre sinon tout tombe à l'eau si les champions sont absents, et il faut éviter de les surcharger).

Sujet de la prochaine rencontre :

- Approche sensible au trauma en troubles concomitants