

5^e SYMPOSIUM SUR LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE
DE LA DÉPENDANCE AU QUÉBEC

Réduction des méfaits : théorie, philosophie et enjeux cliniques

Vendredi 31 mai 2024

Marie-Ève Goyer, MD, MSc, CCMF (MT)

Louis-Christophe Juteau, MD, MSc, CCMF (MT)

Samuel Blain, MD

Valérie Gosselin, M.Ps. Psychologue et artiste, patiente partenaire

CPMD
Communauté de pratique médicale en dépendance

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal

Québec

Déclaration de conflits d'intérêts potentiels

- Marie-Ève Goyer : **aucun**
- Louis-Christophe Juteau : **aucun**
- Samuel Blain : **conférencier Individior**
- Valérie Gosselin : **aucun**

Objectifs

- Définir la réduction des méfaits et les enjeux dans son application;
- Discuter de l'expérience clinique de réduction des méfaits en milieu hospitalier et carcéral;
- Bénéficier du savoir expérientiel d'une personne aux prises avec un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives.

Plan

→ Réduction des méfaits: théorie, philosophie et enjeux

- Dre Marie-Ève Goyer

→ En milieu hospitalier :

- Dr Louis-Christophe Juteau

→ En milieu carcéral :

- Dr Samuel Blain

→ Expérience vécue :

- Valérie Gosselin

Réduction des méfaits: théorie, philosophie et enjeux

Dre Marie-Ève Goyer



La réduction des méfaits : la philosophie 1/3

→ Humanisme: valeur intrinsèque de la vie humaine

- Capitalisme, productivisme

→ Pragmatisme

- \$\$, ce qui marche vraiment
- Ratio risques-bénéfices

Autonomie

Dignité du risque: *la dignité du risque suppose de permettre à un individu de prendre un risque «ayant comme finalité une amélioration de sa croissance personnelle et de sa qualité de vie».*

La réduction des méfaits : la philosophie 2/3

→ L'idéal vs la réalité

- Les petits pas, l'adaptation
- Amélioration de la qualité de vie
- Focus sur l'alliance thérapeutique, être ensemble

→ L'autonomie, la capacité des humains à guérir, dans le respect

- La maladie vs la salutogénèse
- Le paternalisme vs l'équipe de soins partenaire

Même dans les mots : remonter la pente, le «fixing»

Tiré de: Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes vivant avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes et Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO)

La réduction des méfaits : la philosophie 3/3

→ L'approche à bas seuil

- Focus sur les barrières au lieu de la personne (la fameuse motivation)
- Adaptation, flexibilité des services (le système s'adapte, pas la personne)

Enjeux

→ Aller jusqu'où?

- Abandonner? Oublier d'essayer
- Laisser la dépendance et ses enjeux d'impulsivité gagner
- Inciter/entériner
 - Ex. de prison où les gens prennent une pause/arrêt d'agir

→ Impuissance, au désir de bien faire, de soigner

→ Gestion du risque

→ Exister dans la relation

- Au niveau légal, au niveau humain

→ Opposition avec rétablissement/*recovery*?

→ Quelle valeur gagne?

- Ex. prison: droit à la liberté
- couvre-feu: santé publique
- CH: prévention des infections

02.

Réduction des méfaits : En milieu hospitalier

Dr Louis-Christophe Juteau



Publié en 2020

Guidance Document

on the Management of Substance Use in Acute Care



Publié en 2023



Avis concernant les meilleures stratégies dans l'application de l'approche de la réduction des méfaits dans un contexte d'hospitalisation

Début des travaux en 2020



Charte de réduction des méfaits

Début des travaux en 2024 ?  

Politique de réduction des méfaits dans les établissements de santé montréalais

Demande de financement PUDS
CCSMTL (DSMDI et DRSP) en collabo avec le CHUM
+ décriminalisation de la possession simple

L'hôpital peut aussi être un milieu **dangereux**

Je me cache pour consommer

Mon ami est mort après être sorti de l'hôpital

J'ai retrouvé mon patient endormi dans les toilettes, je pensais qu'il ne respirait plus

À l'Interzone on me donne du matériel et qqun est là si je ne vais pas bien

On a toujours du naloxone et on s'alterne pour qui consomme en premier

J'ai peur de convulser

Il a une nouvelle bactérie dans son sang et une fungémie...

L'hôpital peut aussi être un milieu **dangereux**

Hospitalisations non complétées :

Personnes qui s'injectent des drogues : près du tiers

Raisons :

Douleur, sevrage, trauma, consommer

Risque de perte de logement, inquiétude pour un proche, animal de compagnie

Crainte de se faire retrouver par la police, DPJ ...

Conséquences :

Réadmissions fréquentes

Augmentation d'environ 50% des coûts vs hospitalisation initiale complétée

Augmentation de la mortalité à 30 jours

À l'hôpital...



règle écrite, dite ou non dite ?
attente tacite des soignants ?
loi réglementant certaines drogues et autres substances
STIGMATISATION SYSTEMIQUE ?

Stigmatisation

inconfortable

Soignants

Incompréhension, impuissance
Aprioris moraux, expériences
passées négatives

Juger, stéréotyper
Refuser ou retarder des soins

Personnes qui utilisent des substances

Traumatismes, craintes

Manque de transparence et de
confiance, auto-gestion sx
Fuite, irritabilité

dangereux

Inclusion

Soignants

Reconnaître nos différences sans les juger, s'intéresser à la personne pour qui elle est (regard empathique)

Accueil, collaboration
Soins et langage adaptés
Nommer ses attentes

Personnes qui utilisent des substances

Ouverture, discussion, participation active

Nommer ses besoins
Compléter l'épisode de soin

La communication

Reconnaître dans nos communications que le trouble de l'usage de substances est une maladie chronique et non pas l'associer à un échec moral

Éviter le langage stigmatisant / utiliser plutôt un langage faisant référence à la personne qui décrit son comportement ou son état

Utiliser un langage qui favorise le rétablissement et mettre l'accent sur la capacité décisionnelle

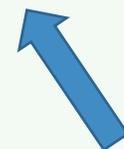


S'appuyer sur les principes de la communication non violente

Prendre position

Prendre le temps (précocement dans l'épisode de soins) de discuter des attentes et craintes de part et d'autre et convenir d'un plan commun

Assurer la confidentialité



Dans nos actions aussi !

Adresser l'éléphant dans la pièce

la consommation à l'hôpital c'est ...

Où ?

Quand ?

Comment ?



Adapter nos soins

Traitement rapide et efficace du sevrage
Offrir les traitements du ou des troubles de l'usage
Traitement rapide et efficace de la douleur
Pharmacothérapie de remplacement

Outils institutionnels peuvent aider :
Dépistage
Échelles de sevrage et de surdosage
Protocoles
Ordonnances individuelles préimprimées
...
Revoir et réévaluer rapidement le traitement

Promouvoir l'usage des guides de pratiques



La personne doit être confortable :
- autant que possible
- aussi vite que possible

Adapter nos soins

Adresser les aspects légaux et psychosociaux

Regrouper les soins / visites et définir des moments de répit / sorties / conso

Permettre les congés temporaires lorsque possible

Planification précoce du départ hâtif

Comment se rejoindre, prescription plan B déjà au dossier avec pharmacie



L'implication des pairs et des proches

Pair-aidant = partie intégrante de l'équipe

Agit comme interprète entre la personne soignée et les soignants

Aide la personne à se dévoiler

Est un exemple positif de rétablissement

Accompagne

Amène les soignants à voir les choses sous un autre angle



Proches

Demander quelle(s) personne(s) parmi ses proches pourra lui offrir du soutien et impliquer celle-ci lorsque souhaité

Inclure les **intervenants communautaires** !

Sécurisation culturelle et soins sensibles aux traumatismes

L'auto-détermination, l'autonomie et la réappropriation de sa culture.

Double perspective (two-eyed seeing), approche holistique.

Auto-examen des impacts de sa propre culture sur les processus de soins.



Reconnaître le rôle des **épreuves historiques et actuelles perpétuées au niveau systémique** qui empêchent la guérison des traumatismes multigénérationnels.

Reconnaître la présence des traumatismes individuels et collectifs en milieu de soins.

Tiré de: Coalition professionnelle pour la santé autochtone au Québec. (2023, juin). Développer sa conscience critique pour un système de santé plus équitable: pistes pour des actions infirmières sécuritaires en faveur des la santé des Premières Nations, Inuit et Métis. *Perspectives infirmières*, 54-63

Comment faire pour que tout le monde embarque ?



Notre culture comme société (lois, valeurs, etc.).

Les priorités du réseau et de nos établissements malgré la crise de santé publique.

La **CONSTANCE** de nos interventions 24/7 à l'urgence et sur les unités.

Antidote de la stigmatisation = développement des connaissances et compétences.
Toutefois, les soins = une multitude d'individus, de lois, de politiques, de processus, ... !

Une approche reposant uniquement sur les individus ne fonctionnent pas,
... le système doit AUSSI être changé.



03.

Réduction des méfaits : En milieu correctionnel

Dr Samuel Blain



Portrait du milieu correctionnel au Québec

Provincial

**Ministère de la Sécurité
publique (MSP)**

16 établissements
1 féminin

Prévenus:
Durée: Variable, en attente
de procès
Détenus
Durée: 2 ans moins un jour

Fédéral

**Service correctionnel
Canada (SCC)**

10 pénitenciers
1 féminin

Détenus
Durée: 2 ans et plus

Portrait du milieu correctionnel au Québec

En 2023 à l'Établissement de détention de Montréal :

- 14 pendaisons
- 1 alerte à la bombe
- Une prise d'otage
- Une menace de circulation d'arme à feu (intervention médicale avec gilet par balle)
- Menaces à l'intégrité répétées
- Agressions / traumatismes sévères et très violents de nos patients
- Très haut taux de problématiques psychiatriques et de dépendance

Double perspective



Ministère de
la Sécurité publique
Québec



Santé
et Services sociaux
Québec



Double perspective

Parcours de vie

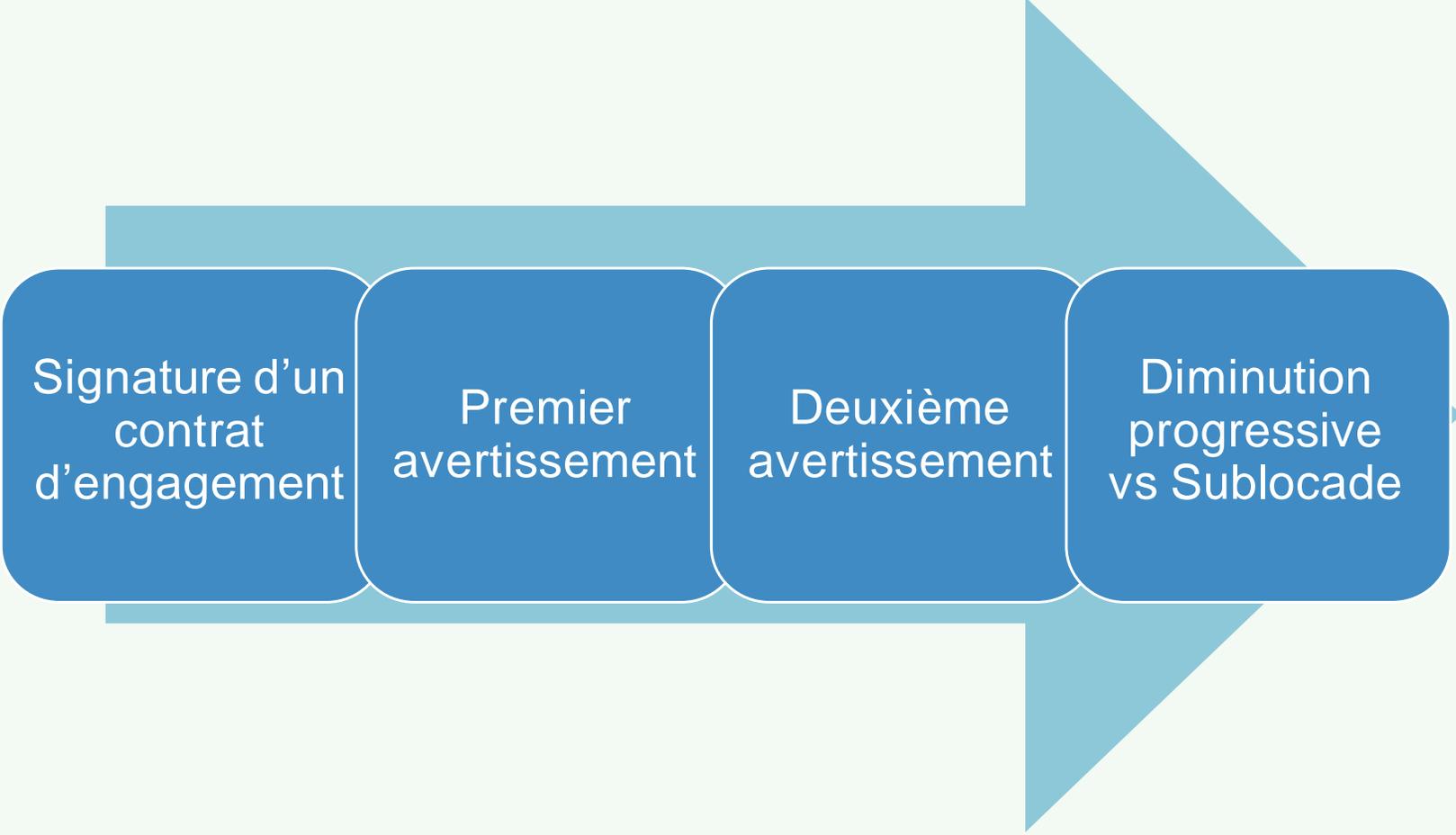
Parcours de soins

Nous ne sommes pas des juges
mais bien des praticiens

Parcours sentenciel



Mésusage et détournement de buprénorphine



Programme de distribution de matériel d'injection et d'inhalation en détention

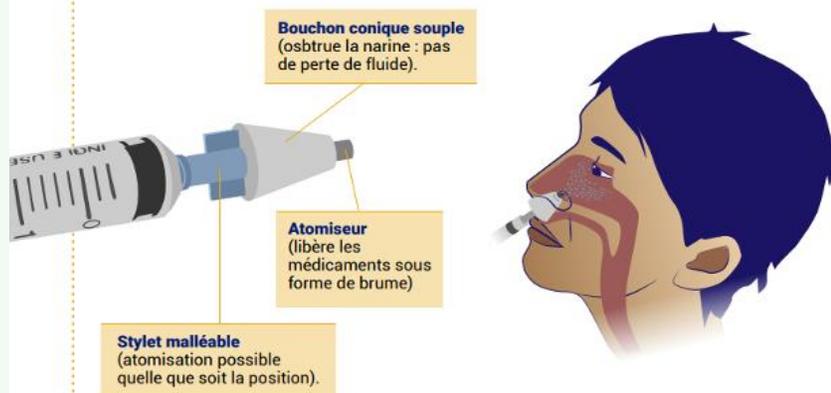
- Sommes-nous prêts ?
- Est-ce sécuritaire pour les professionnels/agents ?
- Échange de seringue ou distribution ?
- Provincial vs fédéral ?



Le MAD, comment ça marche ?

Le MAD (Dispositif d'atomisation de la muqueuse nasale) est un **dispositif utilisé en milieu hospitalier**. Il **atomise le produit en une fine brume** de particules de 30 à 100 microns.

- Il est conçu pour **optimiser l'absorption à travers la muqueuse nasale** afin d'améliorer la biodisponibilité des produits et offrir une **action rapide**.
- Grâce à sa conception conique en matériau souple, le MAD forme un joint qui vient **obstruer la narine empêchant les fuites de liquide**.
- Il est malléable ce qui **rend possible l'atomisation quelle que soit la position** de l'utilisateur et il **optimise la précision du dosage**.

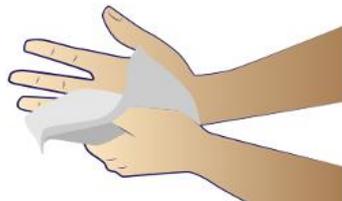


L'utilisation du MAD en 5 étapes !

1

Nettoyer vos mains et la surface de préparation

Lavez-vous les mains à l'eau et **au savon** et/ou utilisez une **lingette à la chlorhexidine**. Nettoyer la **surface où vous allez préparer le produit**.



2

Préparer le produit



Bien écraser le produit pour obtenir une **poudre très fine** (préparez l'équivalent de la quantité que vous souhaitez consommer, si vous pouvez pesez-la).



Dissoudre le produit. Mettez le produit dans la **cup** et **ajoutez de l'eau PPI** (adaptez la quantité d'eau à la concentration voulue).



Mélanger le produit **jusqu'à totale dissolution**.



Monter le **filtre sur la seringue**.

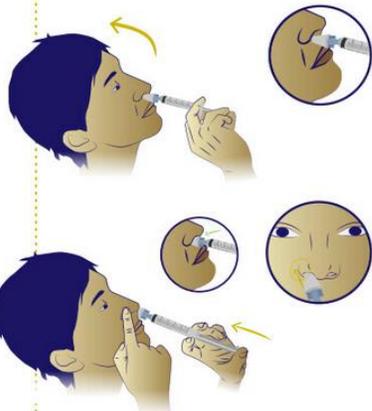
Aspirer le produit le produit à l'aide d'un **filtre à membrane** (Le MAD **se bouche** et devient **inutilisable si le produit n'est pas filtré**. De plus, la filtration **enlève les bactéries et champignons** de la solution).



Retirer le filtre et monter le MAD sur la seringue.

3

Pulvériser le produit



Poser le MAD délicatement à l'entrée de la narine.

Incliner légèrement la tête en arrière.

Placer l'extrémité du MAD Nasal dans la narine en le positionnant vers l'aile du nez (côté opposé à la cloison nasal).

Atomiser très lentement le produit (0,1ml à 0,2ml à chaque fois). Boucher d'une main la narine opposée si nécessaire.

Passer à l'autre narine et administrer le restant de la dose si nécessaire.

4

Nettoyer le MAD



Aspirer de l'eau PPI dans la seringue. Injecter l'eau dans le MAD afin de le nettoyer.

Nettoyer la surface du MAD avec une lingette à la Chlorhexidine. Laisser sécher à l'air libre et garder dans un endroit propre et sec.

5

Nettoyer le nez



Rincer le nez avec le sérum physiologique.

Changez le MAD si vous apercevez :

- Des saletés qui se déposent sur/dans le dispositif
- Des dégradations (quelles qu'en soient la nature)
- Si son efficacité diminue ou est altérée.

Le spray nasal

C'est un nouvel outil de réduction des risques qui permet l'atomisation des produits dans les muqueuses intranasales. Ce dispositif est une alternative plus sûre pour les usagers qui rencontrent des problèmes occasionnés par la pratique du sniff et de l'injection de substances.

Qu'y a-t-il dans le kit spray nasal (MAD) ?



MAD
Usage individuel : **OUI**
Usage unique : **NON**
stérilité requise : **NON**

LE RESTE DE MATERIEL présent dans le kit est jetable. Nous conseillons un usage individuel et unique.



Seringue 2CC



Cup à grande contenance



Embout MAD



Filtre à membrane



Sérum physiologique



Lingette Chlorhexidine pour nettoyer la surface du dispositif



Eau PPI



Lingette VHC pour la désinfection des mains

Association de réduction des risques liés à l'usage de drogues (SAFE), France, le "kit spray nasal » consulté (05/2024) à : https://www.safe.asso.fr/images/Documents/200702_MAD.pdf

04.

Réduction des méfaits : Expérience vécue

Valérie Gosselin



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION EN LIGNE

Vos réponses sont précieuses!

