

COMITÉ D'EXPERTS  
SUR LES PRATIQUES RECONNUES

AVIS SUR L'APPROCHE BIOPSYCHOSOCIALE

Karine Bertrand<sup>1</sup>  
Gilles Cuillerier<sup>2</sup>  
Michel Landry<sup>3</sup>  
Joël Tremblay<sup>4</sup>  
Jean-Marc Ménard<sup>5</sup>

Novembre 2010

---

<sup>1</sup> Professeure adjointe, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke; chercheuse à l'infrastructure de recherche du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) et au groupe Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ)

<sup>2</sup> Directeur de la mission universitaire du CDC-IUD

<sup>3</sup> Conseiller à la recherche au CDC-IUD; codirecteur du RISQ

<sup>4</sup> Professeur régulier, Département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières; chercheur au CDC-IUD et au RISQ

<sup>5</sup> Coordonnateur des services professionnels, Centre de réadaptation Domrémy - Mauricie/Centre-du-Québec; clinicien associé au CDC-IUD

### DEMANDE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a adressé une demande au comité d'experts sur les pratiques reconnues afin de l'aider à prendre position au sujet de l'approche biopsychosociale dans le cadre de la certification des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique.

*Dans le cadre de la certification des ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique, les ressources doivent s'inscrire dans un programme d'intervention qui repose sur une approche ou un modèle d'intervention reconnu en la matière. À cet effet, le comité d'experts du CDC-IUD a statué sur les pratiques reconnues dans le traitement des dépendances. Bon nombre de ressources visées par la certification utilisent l'approche biopsychosociale auprès de leur clientèle. Or, cette approche n'a pas été identifiée comme une pratique reconnue. Dans ce contexte, que pouvons-nous répondre aux ressources qui utilisent cette approche ?*

### RÉPONSE DU COMITÉ D'EXPERTS SUR LES PRATIQUES RECONNUES

#### Origine et définition de l'approche biopsychosociale

À la fin des années 1970, le Québec a résolument mis de l'avant une approche psychosociale dans le domaine de l'intervention en toxicomanie. Cette approche était particulière du fait qu'elle ne trouvait pas de pendant direct dans la littérature américaine et européenne. Elle se voulait une réponse au modèle médical des toxicomanies, à la psychanalyse et au mouvement des alcooliques anonymes (Mercier, 1985 ; Brisson, 2000). Qualifiée « d'appellation non contrôlée », elle s'actualisait dans une pratique, à travers des techniques d'intervention multidimensionnelles et éclectiques favorisant le recours à des intervenants cliniques formés en sciences sociales plutôt qu'en médecine (Mercier, 1985 ; Plourde et Quirion, 2009 et 2010). Le texte de Céline Mercier, produit en 1985 pour la Table des directeurs généraux des centres publics de réadaptation du Québec spécialisés en toxicomanie, demeure encore un document clé pour situer cette approche au Québec.

Au début des années 1980, les travaux de Dollard Cormier ont permis de proposer un

modèle théorique humaniste axé sur l'auto-actualisation, et qui permet l'intégration des sphères biologique, psychologique et sociale (Cormier, 1984 et 1988, Plourde et Quirion, 2009 et 2010). Les travaux de Dollard Cormier s'inscrivaient en continuité avec le développement du modèle psychosocial et permettaient de situer les dépendances comme un phénomène multidimensionnel.

Les travaux de recherche des trente dernières années, notamment ceux réalisés par le groupe Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ), sont venus confirmer le modèle de Dollard Cormier. Ces travaux ont mis en lumière la complexité du phénomène des dépendances et l'interaction des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux susceptibles d'y contribuer. Par ailleurs, ces travaux font ressortir que les habitudes de consommation ou de jeu peuvent également entraîner des méfaits sur le plan de la santé physique et psychologique des personnes ainsi que sur leur environnement.

Tel que souligné dans la demande du MSSS au comité d'experts du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépen-

dances (CDC-IUD), le fait que bon nombre de ressources visées par la certification utilisent l'approche biopsychosociale auprès de leur clientèle est le reflet d'un large consensus au sein des différents milieux de pratique québécois à l'effet que la dépendance ne peut pas être abordée de façon isolée sans prendre en considération un ensemble de dimensions individuelles et sociales.

### **Pourquoi l'approche biopsychosociale n'est pas une pratique reconnue?**

Par son caractère multidimensionnel, l'approche biopsychosociale doit être considérée comme une approche globale des dépendances. Elle s'actualise dans des pratiques d'intervention qui peuvent prendre des formes différentes selon l'expertise des intervenants et les orientations cliniques des centres de traitement.

Ainsi, l'approche biopsychosociale est une façon de comprendre l'origine des dépendances mais aussi les conséquences de ces dernières. Ce modèle conceptuel global oriente donc l'intervention de façon structurale sans toutefois prescrire une méthode thérapeutique particulière. Elle indique simplement que ces trois sphères (biologique, psychologique et sociale) doivent être considérées dans la compréhension du développement d'une dépendance mais aussi dans l'élaboration du plan de traitement.

Pour que cette approche puisse s'actualiser dans les interventions offertes aux usagers, les centres doivent recourir à des modèles et des techniques permettant de toucher aux trois sphères décrites plus haut. Ce sont ces modèles et techniques qui doivent s'appuyer sur des données probantes.

### **Recommandations du comité d'experts**

Ainsi, qualifier son intervention de biopsychosociale n'est pas suffisant pour présenter

et décrire les pratiques d'intervention reconnues. Les centres doivent donc décrire comment ils actualisent, dans leurs pratiques, cette structure biopsychosociale des soins. Ils spécifieront ce qu'ils font au plan biologique (e.g. évaluation par une infirmière des besoins en santé), au plan psychologique (e.g. programme d'intervention comportemental cognitif, précédé d'une série d'interventions motivationnelles individuelles) et au plan social (e.g. intégration des membres de l'entourage dans l'évaluation de départ et dans les pratiques de soutien à la sortie du traitement, recours à l'intervention conjugale ou ateliers visant à augmenter l'employabilité tels que proposés dans le *Community Reinforcement Approach*).

Pour guider les centres dans ce travail d'identification des pratiques cliniques reconnues s'appuyant sur des données probantes, le précédent document du comité d'experts intitulé *Pratiques reconnues dans le traitement des jeunes et des adultes aux prises avec une dépendance* (CDC-IUD, 2010) permet d'identifier les pratiques cliniques qui s'inscrivent dans des sphères spécifiques ou transversales à l'approche biopsychosociale. Les pratiques de type *bona fide* comportent trois dimensions : 1) le traitement proposé a une base théorique sur le plan psychologique; 2) le traitement est guidé par un manuel comportant des composantes spécifiques; 3) le traitement est dispensé par des thérapeutes ayant une formation adéquate pour ce faire.

Finalement, la question de la formation est cruciale dans l'évaluation du recours à une pratique dite probante par un centre. Ainsi, un centre pourrait dire qu'il utilise une approche comportementale cognitive du traitement de la toxicomanie, ce qui inscrit parfaitement ses modèles d'intervention dans le créneau des meilleures pratiques. Cependant, cette affirmation ne peut être jugée comme relevant d'une meilleure pratique que si le centre

peut démontrer comment il s'assure que ses cliniciens sont soutenus, par de la formation adéquate, pour de fait appliquer un tel modèle d'intervention.

### Références

---

BRISSON, Pierre. « Développement du champ québécois des toxicomanies au XXe siècle », dans Pierre Brisson (sous la dir. de), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. III, Montréal, Gaëtan Morin, 2000, p. 3-44.

CENTRE DOLLARD-CORMIER – INSTITUT UNIVERSITAIRE SUR LES DÉPENDANCES. *Pratiques reconnues dans le traitement des jeunes et des adultes aux prises avec une dépendance : Avis du comité d'experts sur les pratiques reconnues*, Montréal, 2010, 34 p.

CORMIER, Dollard. *Toxicomanies : styles de vie*, Chicoutimi, Gaëtan Morin, 1984, 175 p.

CORMIER, Dollard. « Une perception de la toxicomanie comme problème multivarié » dans Pierre Brisson (sous la dir. de), *L'usage des drogues et la toxicomanie*, vol. I, Chicoutimi : Gaëtan Morin Éditeur, 1988, p. 171-182.

MERCIER, Céline. *L'approche psychosociale dans le traitement de la toxicomanie : document de travail produit à l'intention de la table des directeurs généraux des centres publics de réadaptation du Québec spécialisés en toxicomanie*, Longueuil, Association des intervenants en Toxicomanie du Québec, 1985, 57 p.

QUIRION, Bastien, et Chantal PLOURDE. « Où sont passés les héritiers de Stanton Peele ? », *Drogues santé et société*, vol. 8, n° 2, décembre 2009, p. 7-26.

QUIRION, Bastien, et Chantal PLOURDE. « Trente ans d'intervention psychosociale au Québec : quatre témoins privilégiés dressent un bilan », *Drogues santé et société*, vol. 9, n° 1, juin 2010, p. 7-35.