

Les services en dépendance dans les Laurentides : les facteurs influençant l'arrimage et les références entre la première ligne et la deuxième ligne.

Par

Émilie Contant

Essai sous la supervision de Marianne St-Jacques et Magali Dufour
présenté dans le cadre de la Maîtrise en intervention en toxicomanie

Université de Sherbrooke

Faculté de médecine et des sciences de la santé

© 22 janvier 2014

RÉSUMÉ

Cet essai synthèse porte sur l'implantation des pratiques d'intervention précoce en dépendance dans les services de première ligne, soit dans les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) des Laurentides. L'objectif spécifique de cette étude exploratoire est de documenter les facteurs influençant l'arrimage et les références entre la première ligne (CSSS) et la deuxième ligne, le Centre de réadaptation en dépendance (CRD) des Laurentides. À cette fin, le point de vue des intervenants du CRD a été sollicité dans le cadre d'un groupe de discussion focalisé et de deux entrevues individuelles ayant eu lieu entre janvier et mars 2013. L'analyse qualitative de ces données a permis de dégager trois différents niveaux d'arrimage; l'absence de contact, les contacts téléphonique et la collaboration. De plus, les facteurs suivants ont été identifiés comme influençant et facilitant l'arrimage entre les deux niveaux de soins, soit la sévérité de la problématique de l'utilisateur, la connaissance des services, la proximité physique, l'instrument de détection, la formation ainsi que l'intervenant pivot. Enfin, cette rencontre a permis d'identifier des stratégies à mettre en œuvre afin d'optimiser l'implantation des interventions précoces, notamment à l'égard de l'arrimage et des références entre les deux niveaux de soins.

MOTS-CLÉS

Implantation, intervention précoce, dépendance, arrimage, référence.

KEY WORDS

Implementation, brief intervention, substance abuse, referral to treatment.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ ET MOTS-CLÉS.....	ii
TABLE DE MATIÈRE.....	iii
REMERCIEMENTS.....	iv
1. INTRODUCTION.....	1
1.1. Constats de ma pratique.....	3
1.2. Constats de la littérature	6
2. OBJECTIF.....	9
3. MÉTHODOLOGIE.....	9
3.1 Moyen retenu.....	9
3.2 Déroulement de l'activité.....	10
4. RÉSULTATS	11
4.1 L'arrimage et ses différentes intensités.....	12
4.1.1 Absence de contact.....	12
4.1.1.1 De la première ligne vers la deuxième ligne.....	12
4.1.1.2 De la deuxième ligne vers la première ligne.....	13
4.1.2 Contacts téléphoniques.....	13
4.1.3 Collaboration.....	14
4.2 Facteurs influençant l'arrimage.....	15
4.2.1 Sévérité de la problématique de l'utilisateur	16
4.2.2 Connaissance des services.....	17
4.2.3 Proximité physique.....	18
4.2.4 Instruments de détection et formation reçue par les intervenants pour utiliser ces instruments.....	18
4.2.5 Intervenants pivot.....	21
4.3 Pistes d'amélioration.....	22
4.3.1 Pour les services de première ligne.....	22
4.3.2 Pour les services de deuxième ligne.....	24
5. DISCUSSION.....	25
6. CONCLUSION.....	32
6.1 Forces et faiblesses de cette étude.....	33
6.2 Recommandations et retombées.....	34
7. LISTE DES RÉFÉRENCES	38
ANNEXE A / Grille d'entrevue de groupe	41
ANNEXE B / Grille analyse	43

REMERCIEMENTS

En préambule de cet essai je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cet essai synthèse.

Tout d'abord, mentionnons les participants de l'étude sans qui cet essai synthèse n'aurait été possible. Dans cette perspective, j'aimerais souligner la contribution des intervenants des services externes du Centre de réadaptation en dépendance des Laurentides assignés à la clientèle adulte qui ont participé, avec dynamisme et générosité, au groupe de discussion focalisé ou à l'entrevue individuelle. Il m'importe également de souligner l'apport de la direction du Centre de réadaptation en dépendance des Laurentides qui m'a soutenu dans ce projet en me donnant les moyens nécessaires à la réalisation de cet essai synthèse.

Je souhaite remercier l'ensemble du corps professoral ainsi que l'équipe de direction de la maîtrise en intervention en toxicomanie, pour leur générosité, leur disponibilité et leur soutien. Je ne pourrais passer sous silence la disponibilité, les encouragements et les apports forts enrichissants de ma directrice d'essai Mme Magali Dufour. Merci pour cette grande rigueur et pour l'approfondissement de mes apprentissages et surtout, de ma pensée! Je tiens également à remercier chaleureusement Mme Marianne St-Jacques qui m'a tout d'abord inspiré à l'égard du thème de mon essai synthèse et qui m'a épaulé au tout début du processus de réalisation. Enfin, je souhaite remercier la fondation Jean-Lapointe pour l'attribution d'une bourse. Cet appui pécuniaire m'encouragea et consolida avec vigueur mon intérêt à réaliser et à persévérer dans la continuité de l'élaboration de mon essai synthèse.

De plus, comment ne pas remercier mon conjoint ainsi que mes proches qui m'ont soutenu tout au long de la réalisation de ma maîtrise mais surtout pendant ce *sprint* final, voir marathon, qu'est l'élaboration de l'essai synthèse. Je tiens à exprimer ma gratitude envers ces personnes qui, durant cette période certes très prenante, m'ont grandement encouragé lors de période plus intense, ont su me soutenir et me rassurer dans mes préoccupations, et même, pour certaines, peaufiner ce texte.

À tous, Merci !

1. INTRODUCTION

Chaque année, des milliers de personnes sont aux prises avec des problèmes de consommation d'alcool et de drogues. Au Québec, près de 20% de la population, âgée de 15 ans et plus, rapporte vivre des problèmes associés à leur consommation (Tremblay et Blanchette-Martin, 2009; Tremblay et coll., 2004; MSSS, 2009; Adlaf, Begin et Sawka, 2005). Ces personnes rapportent des méfaits associés à leur consommation, tels que des problèmes aux plans de la santé physique, de leurs relations familiales et interpersonnelles et de leur emploi ou de leurs études (Adlaf, Begin et Sawka, 2005; Tremblay et coll., 2004).

Les problèmes de consommation peuvent se présenter avec différents niveaux de gravité. Au Québec, les Centres de réadaptation en dépendance ont retenus quatre niveaux de sévérité afin de décrire cliniquement l'intensité des problèmes associés à une consommation d'alcool ou de drogues, soit la consommation à risque (12%), la consommation problématique (4%), l'abus de substance et la dépendance aux substances (4%) (Tremblay et Blanchette-Martin, 2009).

La consommation à risque est caractérisée par le dépassement régulier des normes de consommation au-delà desquelles des conséquences pour la santé sont connus. La consommation problématique est déterminée par la présence de problèmes manifestes liés à la consommation mais où l'intensité des problèmes vécus n'est pas suffisante pour justifier un diagnostic de dépendance. Enfin, l'abus et la dépendance sont caractérisés par la présence de critères diagnostiques du DSM-IV-TR (APA, 1998). Brièvement, l'abus se caractérise par la présence de conséquences indésirables, récurrentes et significatives liées à une utilisation répétée de la substance. La dépendance est déterminée par un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative.

Malgré la gravité et l'importance de ces conséquences, la majorité des personnes présentant des problèmes de consommation ne demandent pas d'aide (Cunningham et coll., 1993). En effet, il est estimé qu'entre 8 et 10% de ces personnes ayant un problème de consommation consultent les services de traitement spécialisé (Ford et coll., 2007 ;

Beaumont, 2010). Certains obstacles personnels peuvent expliquer pourquoi certaines personnes ne demandent pas d'aide ou ne reçoivent pas l'aide spécialisée dont elles auraient besoin, tels qu'un réseau social déficient ou négatif et la présence d'autres problématiques prioritaires (Rapp et coll., 2006). De plus, certaines personnes ne considèrent pas avoir besoin d'aide, ou bien pensent ne pas avoir de problème de consommation nécessitant un traitement. Par ailleurs, elles peuvent également avoir des craintes face au traitement ou encore, avoir difficilement accès à un traitement (Rapp et coll., 2006).

Le faible taux de pénétration dans les services spécialisés, les méfaits qui sont associés à la consommation problématique ainsi que les obstacles au traitement confirment l'importance d'offrir un éventail de services et de multiples accès aux personnes présentant des problèmes de consommation. À ce propos, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) a tenté de développer différents niveaux de services (première ligne et deuxième ligne) afin d'augmenter l'accès aux soins des personnes aux prises avec un problème de consommation. De fait, dans son dernier plan d'action interministériel en toxicomanie (MSSS, 2006), le MSSS vise l'implantation d'un programme d'intervention précoce en dépendance dans tous les établissements de première ligne du Québec, les Centres de santé et de services sociaux.

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 pratiques d'intervention précoce s'adressent principalement aux personnes présentant une consommation à risque ou problématique tandis que l'on favorise plutôt la référence vers un traitement spécialisé en dépendance lorsqu'il y a présence de dépendance ou d'abus de substance.

Dans le cadre de cet essai synthèse, il sera question d'explorer les facteurs influençant l'arrimage et les références entre la première ligne et la deuxième ligne suite à l'implantation du programme d'intervention précoce dans la région des Laurentides. Pour se faire, nous allons tout d'abord identifier les principaux constats émergeant de la pratique ainsi que de la littérature. Ensuite, l'objectif spécifique de cet essai synthèse, les

moyens pour le réaliser, le déroulement et les résultats des activités réalisées seront exposés. Enfin, les retombées et les recommandations émergeant de l'analyse des résultats seront discutées.

1.1 Constats de ma pratique

Les établissements de première ligne au Québec notamment les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont comme caractéristique première leur accessibilité. En effet, ils voient une grande majorité de la population qui consulte pour des motifs variés. L'implantation, en première ligne, des programmes d'intervention précoce en dépendance vise à améliorer la continuité des services en offrant une intervention à un nombre plus élevé de personnes et en s'assurant d'apparier les soins aux besoins de ces personnes (MSSS, 2006).

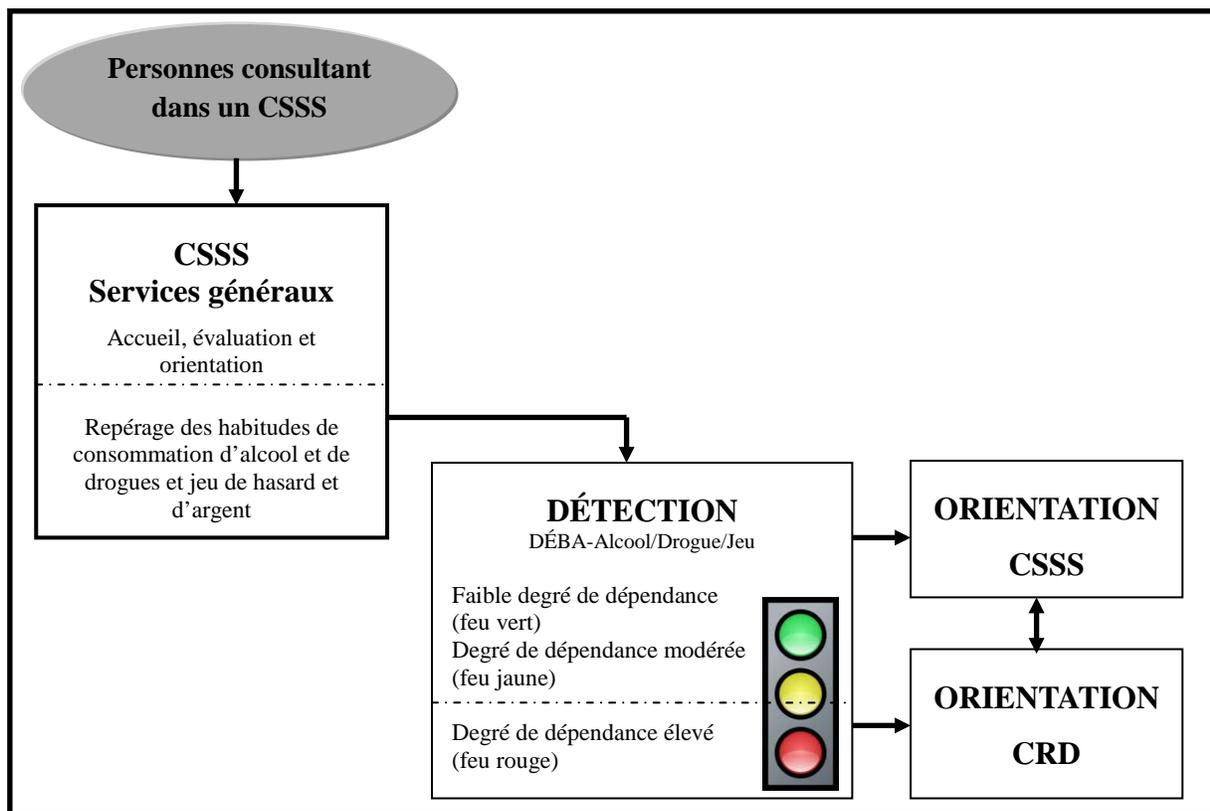
Conformément à la trajectoire de services élaborée par le MSSS, les CSSS doivent favoriser le repérage, la détection¹ des problèmes de dépendance et réaliser des interventions précoces auprès des personnes rencontrées par les services généraux (MSSS, 2007). Les personnes présentant des comportements à risque ou des problèmes de consommation sont ensuite dirigées vers le service le plus adapté à leurs besoins. Lorsqu'il y a présence de consommation à risque ou problématique et qu'un suivi est nécessaire, la demande doit être acheminée vers les services spécifiques du CSSS. Dans les situations où les personnes présentent un abus et/ou une dépendance aux substances, le CSSS doit orienter ces personnes vers les services spécialisés en dépendance, soit les centres de réadaptation en dépendance (CRD). Théoriquement, les CSSS devraient donc être la porte d'entrée principale pour les individus dépendants qui n'ont jamais consulté à cet égard et qui ne consultent pas d'eux-mêmes dans les services spécialisés de deuxième

¹ La détection 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 de dépendance sont possible : Faible degré de dépendance (feu vert), degré de dépendance modérée (feu jaune) et degré de dépendance élevée (feu rouge). L'orientation privilégiée pour le degré élevée de dépendance est le CRD et pour les degrés de dépendance faible et modérée le CSSS (Tremblay et Blanchette-Martin, 2009).

ligne, les CRD. Le tableau 1 permet d'illustrer de façon sommaire la trajectoire de services en dépendance souhaitée par le MSSS. Bien que cette continuité dans les services semble claire sur papier, il semble en être autrement sur le terrain. En effet, certains usagers présentant un faible degré de dépendance (feu vert) sont parfois référés au CRD malgré que les services identifiés pertinents relèvent du CSSS.

TABLEAU 1.

TRAJECTOIRE DE SERVICES EN DÉPENDANCE



Pourtant, la continuité entre les niveaux de services est indispensable dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes dépendantes. Jusqu'à présent, les études scientifiques et mon expérience clinique sur le terrain permettent d'identifier certains problèmes lors des références. Tout d'abord, plusieurs gestionnaires et intervenants ont noté les risques élevés de perdre des usagers dans la référence du CSSS au CRD. De plus, le rapport de Saint-Jacques et ses collaborateurs (2009), étude réalisée dans les CSSS du Québec, relève que peu de consommateurs à risque sont identifiés en première

ligne et que 75% de ceux-ci sont référés en deuxième ligne alors qu'ils ne le devraient pas. De même, il semble que, sans pouvoir indiquer le nombre exact, des personnes soient prises en charge par la première ligne alors que leur consommation problématique serait mieux encadrée en deuxième ligne. Bien que tous s'entendent pour nommer les risques liés aux références, très peu de données permettent d'avoir un aperçu sur l'ampleur de la problématique et même sur ses causes. La hiérarchisation des services se veut une convergence des efforts pour améliorer le cheminement des personnes entre les niveaux de services ainsi qu'assurer aux individus le bon service avec l'expertise appropriée (MSSS, 2007). Or, il semble que ce grand objectif ne soit pas atteint.

Historiquement au Québec, toutes les demandes d'aide quant à la consommation étaient directement adressées vers les CRD. L'implantation des pratiques d'intervention précoce implique des modifications de pratiques considérables pour les intervenants des CSSS. Pour faciliter l'implantation d'un tel processus, le MSSS a offert une formation de base en dépendance à tous les intervenants œuvrant auprès de la clientèle adulte des services généraux, santé mentale/dépendance et de périnatalité/petite enfance des CSSS (MSSS, 2009). Dans les Laurentides, la formation a été réalisée auprès de plus de 250 intervenants des CSSS en 2010 et 2011.

Ces modifications majeures dans la répartition des rôles d'intervention auprès des personnes ayant un problème de consommation a nécessairement des répercussions sur le réseau et sur ses intervenants. Alors qu'une consultation a pris place dans les CSSS, personne, à notre connaissance ne s'est encore intéressé au vécu des CRD suite à ce changement. Pourtant, il est possible que la mise en place des interventions précoces dans les CSSS ait des conséquences en CRD, telle une baisse de clientèle.

Dans le cadre de mes fonctions au *Service de gestion et soutien aux programmes* du CRD des Laurentides, j'ai le mandat d'offrir les formations spécialisées en dépendance aux partenaires de la région. Suite aux activités de formations réalisées au CSSS ainsi qu'à la réalisation d'une activité de formation complémentaire auprès des intervenants du CRD, je me suis questionnée sur les effets de l'implantation du programme d'intervention précoce sur les services de deuxième ligne. Je souhaitais comprendre les effets de la mise en place du programme d'intervention précoce sur l'arrimage entre les niveaux de

services, sur les références des usagers ainsi que sur la perception des intervenants de deuxième ligne quant à l'implantation des interventions précoces dans les CSSS des Laurentides et l'impact sur leur travail clinique.

1.2 Constats de la littérature

Malgré une littérature abondante sur l'implantation des pratiques d'intervention précoce, peu d'études ont été réalisées au Québec. Or, les systèmes de santé et de soins étant très différents entre les pays, il est nécessaire de valider les conclusions de ces études dans notre milieu québécois. De plus, les études font état des difficultés d'implantation dans les services de première ligne mais adressent peu les difficultés d'arrimage entre la première et la deuxième ligne. Je vais donc m'attarder sur les constats de la littérature quant à l'implantation des programmes d'intervention précoce en première ligne.

Les programmes d'intervention précoce sont une tendance mondialement reconnue (Babor et coll., 2007; Saint-Jacques et coll., 2011). Les interventions précoces font partie des meilleures pratiques en intervention (Manuel, Hagedorn et Finney, 2011). De fait, plusieurs études ont démontrées à maintes reprises leur efficacité à réduire la consommation d'alcool et à freiner l'évolution vers la dépendance (APHA, 2008; Babor et coll., 2005; Babor et coll., 2007; Saint-Jacques et coll., 2009; Saitz, 2007, 2010).

Babor et ses collaborateurs (2007) ont réalisés une revue de la littérature à l'égard de l'efficacité des programmes d'intervention précoce en dépendance. Les auteurs mettent en lumière l'efficacité et l'efficience des interventions précoces. Toutefois, ils relèvent le manque de littérature quant à l'arrimage et aux références entre les niveaux de services. De plus, malgré l'efficacité démontrée des interventions précoces auprès des consommateurs d'alcool à risque, elles sont documentées comme étant difficiles à implanter (Babor et coll., 2005; Babor et coll., 2007).

Il semble que les études s'intéressant à l'implantation des interventions précoces documentent principalement des obstacles d'implantation et certains facilitateurs (Babor et coll., 2007; Johnson et coll., 2010; Manuel, Hagedorn et Finney, 2011; Saitz, 2010;

Williams et coll., 2011). Ces enjeux sont divisés selon deux grands axes, soit au niveau organisationnel soit au niveau humain, c'est-à-dire au plan personnel.

Différentes recensions des écrits permettent de constater qu'au plan organisationnel le manque de soutien offert aux intervenants (Babor et coll., 2007; Johnson et coll., 2010) et le manque de financement (Johnson et coll., 2010) sont des obstacles à l'implantation de programmes d'intervention précoce en première ligne. De plus, le manque de soutien organisationnel (Johnson et coll., 2010) ainsi que l'instabilité organisationnelle marquée par le roulement du personnel et des cadres (Manuel, Hagedorn et Finney, 2011) sont aussi énoncés comme étant des obstacles importants.

Au plan personnel, le manque de temps et le surcroît de travail qu'entraîne de nouvelles pratiques (Babor et coll., 2007; Johnson et coll., 2010; Manuel, Hagedorn et Finney, 2011) sont des enjeux importants rapportés dans la littérature. De plus, le manque de connaissances des intervenants de première ligne contribue à leur difficulté à identifier la sévérité des problèmes de consommation (Babor et coll., 2007; Johnson et coll., 2010). Par ailleurs, des difficultés liées au repérage et à la détection sont aussi documentées dans la littérature. En effet, les intervenants de première ligne vont surtout repérer une clientèle spécifique, soit les hommes, les personnes sans emploi et les travailleurs manuels (Johnson et coll., 2010). De fait, il semble que les femmes, les personnes ayant un emploi et les personnes âgées soient moins souvent questionnées à l'égard de leurs habitudes de consommation (Johnson et coll., 2010). Dans le même ordre d'idées, certains intervenants préfèrent référer la clientèle à des spécialistes (Johnson et coll., 2010) et d'autres considèrent que les interventions précoces ne font pas partie de leur mandat (Babor et coll., 2007; Johnson et coll., 2010).

Certains facilitateurs permettant de favoriser l'implantation des programmes d'intervention précoce sont aussi identifiés dans la littérature, notamment la désignation d'un intervenant sénior (Babor et coll., 2007) et la formation spécifique aux interventions précoces (Johnson et coll., 2010; Manuel, Hagedorn et Finney, 2011). Néanmoins les habiletés acquises lors des formations ont tendance à décroître après quelques mois (Manuel, Hagedorn et Finney, 2011).

À ce jour, la seule étude documentant les enjeux québécois est celle de Saint-Jacques et collaborateurs (2009) qui aborde les enjeux de l'implantation des interventions précoces en dépendance. Cette étude qualitative a été menée auprès de cliniciens et de gestionnaires, dans les établissements de première ligne du Québec. Dans cette étude réalisée auprès de 24 personnes, Saint-Jacques et coll. (2009) rapportent les difficultés de compréhension quant à l'arrimage entre les niveaux de services en dépendance. Certains obstacles identifiés dans la littérature sont aussi présents dans les CSSS du Québec, soit le manque de connaissances en dépendance des intervenants de première ligne et la présence d'un malaise à poser les questions de repérage ou de détection auprès d'une clientèle qui ne consulte pas à prime à bord pour ses habitudes de consommation (Saint-Jacques et coll., 2009). D'autres intervenants oublient simplement de repérer cette clientèle (Saint-Jacques et coll., 2009) ou posent les questions de repérage à une clientèle spécifique (Saint-Jacques et coll. 2009). De plus, cette étude identifie que la formation ainsi que la désignation d'un intervenant pivot de première ligne semblent faciliter l'implantation des programmes d'intervention précoce en première ligne (Saint-Jacques et coll., 2009).

Malgré le fait que plusieurs enjeux d'implantation soient mis en évidence dans ces études, la littérature présente uniquement les obstacles et les facilitateurs de l'implantation des programmes d'intervention précoce pour la première ligne. De plus, ces études présentent certaines limites. En effet, la littérature est hétérogène tant par les mesures d'évaluation du succès de l'implantation que par la gamme de programmes d'intervention (Babor et coll., 2007; Johnson et coll., 2010; Manuel, Hagedorn et Finney, 2011; Saitz, 2007, 2010; Williams et coll., 2011). Surtout, les écrits ne considèrent pas l'impact de l'implantation de ces programmes sur les services spécialisés de deuxième ligne (Saitz, 2007, 2010).

Pourtant, les pratiques d'intervention précoce comprennent également l'orientation des individus présentant une problématique de dépendance vers les services spécialisés de deuxième ligne. Babor et coll. (2007) ainsi que Saint-Jacques et coll. (2009) suggèrent qu'il y aurait des enjeux importants au plan de la référence de la première à la deuxième ligne. Les études ne considèrent que très rarement l'arrimage et la référence entre la

première et la deuxième ligne 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.

Il me semble donc essentiel de solliciter le point de vue de la deuxième ligne afin de documenter les indicateurs influençant l'implantation du programme d'intervention précoce de première ligne sur l'arrimage entre les niveaux de soins. La littérature actuelle ne permet pas d'explorer cet aspect. De plus, tel que constaté dans la littérature, l'opinion de la deuxième ligne n'est pas recensée et pourtant les intervenants des CRD sont des experts dans le champ de la dépendance. Leur regard, potentiellement différent de celui de la première ligne, ne peut qu'être que pertinent. L'opinion des intervenants de deuxième ligne pourrait mettre en lumière les différents obstacles rencontrés afin d'améliorer l'arrimage entre les niveaux de soins, de permettre aux personnes présentant un problème de consommation de recevoir le bon niveau de soins et de faciliter leur entrée en traitement, au besoin.

2. OBJECTIF

L'objectif de cet essai synthèse est 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. De plus, cet essai souhaite identifier des stratégies à mettre en œuvre afin d'optimiser l'arrimage et la hiérarchisation des services en dépendance.

3. MÉTHODOLOGIE

3.1. Moyen retenu

Pour réaliser cet essai un moyen a été retenu, soit celui de s'intéresser au point de vue des intervenants de deuxième ligne. Il s'agit donc d'une étude exploratoire qualitative.

Les intervenants spécialisés en dépendance œuvrant en CRD reçoivent l'ensemble des références provenant de la première ligne. La perception de la deuxième ligne permet de mieux définir les obstacles et facilitateurs de l'implantation des interventions précoces.

À cet effet, la tenue d'un groupe de discussion focalisé auprès des intervenants du CRD des Laurentides a été retenue comme moyen de réalisation de cet essai. En plus de l'économie de temps, le rassemblement des intervenants permet de recueillir une grande diversité de contenu (Boutin, 2007) et d'opinions complexes et nuancées (Bertrand, 2012). Finalement, les réflexions et les résultats émergeant des groupes de discussion focalisés pourront être comparés avec les constats de la pratique et être discutés selon les constats de la littérature.

3.2 Déroulement de l'activité

Afin d'élaborer la grille d'entrevue pour le groupe de discussion focalisé, la littérature reliée au sujet d'essai synthèse a été consultée afin d'identifier les thèmes principaux à développer dans le cadre de la collecte de données. En considérant ces écrits et l'objectif central de cette étude, les trois thèmes retenus pour la grille d'entrevue sont 1) l'arrimage entre les niveaux de services, 2) les références et 3) l'implantation des interventions précoces en première ligne. Les trois thèmes retenus sont donc en lien direct avec la démarche et permettent de documenter la conception de l'implantation des interventions précoces pour la deuxième ligne. Une fois les différentes questions élaborées pour chacun des thèmes, deux pré-tests ont été réalisés. Subséquemment à cette étape, la grille finale a été validée auprès de notre directrice d'essai synthèse (Annexe A).

Afin d'assurer la faisabilité de la démarche, la tenue du groupe de discussion focalisé a eu lieu à Saint-Jérôme, soit au centre du territoire des Laurentides, réduisant ainsi les déplacements et permettant un plus haut taux de participation. Les participants ont été recrutés directement par l'auteure. Préalablement, les chefs de services des intervenants ont été rencontrés afin de présenter brièvement le projet d'étude. Les cliniciens ont ensuite été contactés afin de décrire le projet, répondre à leurs questions et présenter le formulaire de consentement.

Le groupe était constitué d'intervenants des services externes du CRD des Laurentides œuvrant auprès de la clientèle adulte. Lors du recrutement, plus de douze personnes (8 femmes et 4 hommes) se sont dites intéressées à participer et sept personnes se sont présentées au groupe de discussion focalisé. La rencontre, d'une durée d'environ une heure et demie, a eu lieu au mois de janvier 2013 et a été animée par l'auteure qui a utilisé la grille d'entrevue. Les objectifs de l'étude, le type de participation et les règles de confidentialité ont été exposés aux participants, puis ceux-ci ont signé le formulaire de consentement.

Suite à la tenue du groupe de discussion focalisé, deux entrevues individuelles supplémentaires ont été réalisées auprès de deux intervenants qui ne pouvaient assister au groupe de discussion focalisé et qui voulaient participer à la présente étude. Ces entretiens individuels ont permis de nuancer et/ou confirmer les propos tenus dans le cadre des discussions de groupe (Boutin, 2006). Ces entrevues ont eu lieu entre les mois de janvier et mars 2013 et elles ont duré entre 35 et 55 minutes. Les entretiens ont été animés par l'auteure toujours à l'aide de la grille d'entrevue de groupe. Les objectifs de l'étude, le type de participation et les règles de confidentialité ont été exposés aux participants, puis ceux-ci ont signé le formulaire de consentement.

L'ensemble des propos tenus dans le groupe de discussion focalisé et les rencontres individuelles complémentaires 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). L'analyse des résultats a été réalisée avec une grille thématique validée par notre directrice d'essai (Annexe B).

4. RÉSULTATS

L'analyse du verbatim a permis de dégager trois thèmes principaux et divers sous-thèmes. La première section décrit l'arrimage entre les deux niveaux de services. Ensuite, les facteurs influençant l'arrimage seront présentés. Finalement les pistes d'amélioration au plan de l'arrimage et des références seront identifiées.

4.1 L'arrimage et ses différentes intensités

Chez ces intervenants, l'arrimage signifie l'ensemble des contacts entre la première et deuxième ligne. En fait, les intervenants considèrent que l'arrimage inclut la référence. Leur discours permet d'observer que l'arrimage entre le CSSS et le CRD est variable. De fait, trois différents niveaux d'arrimage sont relevés par les intervenants sur un continuum allant de l'absence de contact, à des contacts téléphoniques jusqu'à une collaboration. Ces niveaux de contacts seront tout d'abord illustrés et le thème suivant expliquera les facteurs influençant l'intensité des contacts entre les intervenants.

4.1.1 Absence de contact

4.1.1.1 De la première ligne vers la deuxième ligne

Certains intervenants rapportent des difficultés, voire une impossibilité d'avoir des contacts entre les deux niveaux de soins. Les intervenants relèvent qu'il arrive régulièrement dans le cadre de références formelles, lors d'une dépendance élevée ou feu rouge au DEBA, que l'outil de détection soit envoyé directement par télécopieur au CRD des Laurentides sans discussion clinique ou contact téléphonique.

« ...Souvent le contact est moins présent. C'est plus par fax. Les gens on les connaît pas, on n'a pas eu l'occasion, peu de contacts, peu de discussions en tant que telles avec ces intervenants là ... »

L'absence de contact semble aussi plus présente pour certains types de clientèle, notamment pour la clientèle anglophone et les joueurs pathologiques.

Certains intervenants du CRD apprécient cette stratégie pour les individus qui présentent une dépendance élevée (feu rouge) puisque l'absence de contact entre les niveaux de soins éviterait des délais supplémentaires pour la clientèle.

« ... sinon, si c'est concluant, y a pas de niaisage on prend le relais. On commence pas à se téléphoner sans arrêt, on prend le client automatiquement. »

L'absence de contact n'est cependant pas appréciée par tous. La majorité des intervenants du CRD manifestent une irritation lorsqu'il y a absence de contacts pour la référence d'un individu présentant une dépendance modérée (feu jaune). Ils estiment que la discussion de cas est nécessaire afin de confirmer l'orientation de l'individu dans les services afin de favoriser un travail de collaboration. De plus, certains intervenants ont peur que l'absence de contact contribue à faire perdre des dossiers ou à prolonger le temps d'attente pour obtenir des services. Ainsi, il semble que certains documents se seraient déjà égarés dans l'envoi par télécopieur et que souvent les intervenants ne connaissent pas le nom du référant et ne peuvent faire de suivi quant à la demande.

« Idéalement il faut une référence personnalisée de part et d'autre parce que ça ça concrétise la référence, plus qu'un fax qui rentre... en plus un fax... on n'a pas toujours une agente administrative à temps complet. Donc le temps qu'on voit le fax, qu'on inscrit la personne dans nos services, qu'on prenne la demande, sur la liste d'attente s'il y a lieu, etc. »

4.1.1.2 De la deuxième ligne vers la première ligne

Certains intervenants du CRD réfèrent aussi au CSSS sans avoir de contact avec les intervenants du CSSS. Certains donnent uniquement aux usagers le numéro de téléphone général du CSSS. En fait, des participants ont nommé se sentir « perdu » ou inconfortable lorsqu'ils doivent référer les usagers vers le CSSS. Quelques uns rapportent même ne pas être tout à fait au clair avec les démarches à suivre ou avec les documents à compléter. Ce faisant, ils donneront un numéro de téléphone sans indiquer une personne ressource.

« Moi je suis portée à donner le numéro au client du CLSC général, je sais pas y a tu des formulaires si on veut référer telle place, des personnes répondantes... moi je donne le numéro, ... »

4.1.2 Contacts téléphoniques

Plusieurs des intervenants ont abordé l'arrimage entre eux et la première ligne en précisant la modalité de cet arrimage, soit à travers leurs contacts téléphoniques. Cette stratégie d'arrimage est d'ailleurs la plus fréquemment utilisée. Ces contacts téléphoniques peuvent avoir plusieurs objectifs. Ainsi, il semble que la première ligne initie ce contact téléphonique afin de référer des usagers au CRD. À d'autres moments, la première ligne utilise ce moyen afin de permettre des échanges d'informations brèves (des données minimales telles que les données sociodémographiques) lors d'une référence ou, encore, lors d'un suivi partagé. Les contacts ne sont pas systématiques ni nécessairement réguliers. Les contacts sont plus fréquents avec certaines équipes du CSSS, soit l'accueil psychosociale, l'équipe de crise, l'équipe santé mentale ou les services généraux du CSSS.

« À chaque fois qu'une grille de détection est complétée par un intervenant de l'accueil social, heuu j'ai un contact avec, ça va ensemble »

Certains intervenants ont aussi abordé la possibilité que les intervenants du CRD contactent les intervenants de la première ligne afin de référer des usagers dans les services du CSSS. Ces contacts téléphoniques ne sont pas réguliers ni systématiques. Cette stratégie semble convenir aux intervenants du CRD, c'est-à-dire que les contacts téléphoniques sont appréciés par les intervenants rencontrés.

« Moi, quand je réfère des gens pour un suivi psychosocial, une évaluation de besoins pour un suivi psychosocial, au CLSC, je trouve que l'écoute elle est bonne maintenant. On se parle, et on s'écoute ! »

4.1.3 Collaboration

Le niveau d'arrimage menant à une collaboration est en fait un niveau de contact supérieur à un contact téléphonique, c'est-à-dire que c'est une relation professionnelle plus étroite qui va au-delà de la référence. Ce niveau se caractérise par une discussion clinique et un échange d'informations supérieur à des données minimales. C'est pourquoi le terme collaboration a été retenu. Ce deuxième niveau d'arrimage se distingue par un contact, souvent en face à face, auquel est ajouté un partage d'informations ainsi que des

discussions cliniques. Selon l'ensemble des intervenants du CRD, cette collaboration est particulièrement nécessaire lorsque qu'un patient présente de la comorbidité. Par ailleurs, ces rencontres directes, sans intermédiaire, sont favorisées lorsque la première et deuxième ligne partage les mêmes locaux ou lorsqu'ils participent à des projets ou programmes spéciaux tel que les équipes de liaison dans les urgences des centres hospitaliers. D'ailleurs, ces contacts de type collaboration peuvent aussi mener à l'élaboration d'un plan de services individualisés, particulièrement pour les usagers présentant une double problématique de dépendance et de santé mentale ou encore pour des cas dits chroniques ou récurrents.

« Des discussions de cas par exemple, des PSI, mais heu, non des fois ils y a des contacts pendant le suivi, ou après le suivi. Il peut y avoir des références, des partenariats pendant le suivi, des fois c'est des PSI ou que des rencontres. »

Ces contacts sont plus réguliers avec des références d'usagers présentant une dépendance modérée (jaune) et cette stratégie est appréciée par l'ensemble des intervenants de CRD. Elle est aussi appréciée lors de suivi partagé ou de suivi post-traitement. Selon les intervenants de CRD, ce niveau d'arrimage est optimal et permet une responsabilité professionnelle partagée qui permet un travail en partenariat positif et efficace qui augmente la qualité des services des usagers.

« Ben oui, parce que eux, ils se promènent dans les services et c'est à nous d'aller de l'avant avec le fait, qu'au fond c'est gens-là, ils vont circuler dans ces services-là, parce qu'ils en ont besoin, ça fait partie de leur démarche. Fecque c'est intégré aussi, dans le but de les aider, un ne va pas sans l'autre. Au niveau de l'arrêt de consommation, souvent on retrouve aussi un trouble anxieux, d'autres difficultés. C'est sûr que l'on a à tenir compte de tout ça pour que ce soit intégré dans leur démarche. C'est la même personne! Eux-mêmes les clients, surtout dans le département où je travaille, c'est sûr que c'est plus intégré au fait qu'on travaille beaucoup avec le CLSC. On travaille maintenant d'un commun accord. C'est ça qui a changé, pour vraiment travailler dans la même direction »

4.2 Facteurs influençant l'arrimage

Les intervenants du CRD ont rapporté que certains facteurs influencent l'arrimage et le niveau de contact choisi. La majorité des intervenants considèrent que les références

réalisées par les CSSS sont adéquates et que certains facteurs vont influencer l'arrimage en augmentant ou diminuant l'intensité d'arrimage. Dans le cadre du groupe de discussion focalisé et des entrevues complémentaires, les facteurs suivants ont été identifiés, soit la sévérité de la problématique de l'utilisateur, la connaissance des services, la proximité physique, l'instrument de détection, la formation ainsi que l'intervenant pivot.

4.2.1 Sévérité de la problématique de l'utilisateur

Selon les intervenants, lorsque la personne présente un problème de dépendance élevé (feu rouge), c'est à dire une indication de problème significatif, la référence a souvent lieu uniquement par télécopieur puisqu'il est clair que cette personne nécessite des soins par le CRD. Malgré la clarté de la référence, certains intervenants rapportent tout de même qu'ils aimeraient avoir un contact téléphonique avec l'intervenant du CSS faisant la référence. Cet avis n'est toutefois pas partagé par l'ensemble des intervenants.

« ... en plus la discussion n'est pas systématique. Lorsque la cote au DEBA est haute on prend pour acquis que la personne correspond à nos critères. Mais de toutes façons si on fait bien une référence on devrait tout de même appeler pour dire... voici mon client un tel et je vous le réfère, j'ai passé la grille, il cote XX et de mon côté je vais le suivre... ou je vous le réfère on ne va pas le suivre au CLSC (CSSS) ou encore ... de nous partager les informations complémentaires.»

Lorsque la personne présente un niveau de dépendance modéré (feu jaune), il peut y avoir ambiguïté dans les mandats de la première et deuxième ligne. Il est attendu que la référence en CRD soit accompagnée par une discussion de cas. Les intervenants du CRD rapportent qu'ils ont, la majorité du temps, une discussion de cas et une collaboration étroite afin de convenir de l'orientation du client dans les différents services, ce qui est souhaité par les intervenants. Certains intervenants déplorent tout de même qu'à certains moments il n'y ait aucun contact ou encore seul un contact téléphonique pour les usagers présentant un degré de dépendance modéré. Pour eux, ces situations sont délicates puisque parfois l'utilisateur ne requiert pas de services spécialisés et a tout de même été référé en deuxième ligne sans discussion clinique préalable.

Certains intervenants ne sont pas à l'aise ou habiletés à retourner les clients en première ligne, donc certains usagers présentant une dépendance modérée sont gardés en soins spécialisés.

« Moi je suis plus ou moins à l'aise sais-tu quand j'ai un jaune à les rappeler parce que elle me l'a référé. Le client cote jaune... des fois c'est des jaune... orange... pis ça va ... mais y'en a qui sont jaunes... pâle disons. Et quand il vient le temps de faire une discussion de cas, moi je me sens toujours ben mal de ... j'ai l'impression que je m'en vais là pour m'obstiner... »

Tandis que d'autres intervenants du CRD se sentent habiletés et confortables à contacter les intervenants des CSSS pour discuter de l'orientation alors que d'autres renvoient systématiquement les usagers en première ligne.

« C'est les jaunes, c'est ça le mandat en dépendance première ligne. Malgré les changements. Les références rouges ici ça va pour eux. Mais les jaunes, c'est comme s'ils voulaient parfois encore nous les envoyer et là c'est délicat pour nous. »

Les intervenants spécifient également que, lorsque la clientèle présente des problématiques associées à la dépendance, telles qu'un problème au plan de la santé mentale il est nécessaire d'augmenter le nombre et l'intensité des contacts et de favoriser le travail de collaboration.

« Oui c'est ça, donc encore plus de contacts avec les intervenants pour des clients avec une problématique de santé mentale ou des cas chroniques surtout peu importe de quel programme ils viennent. »

4.2.2 Connaissance des services

De façon générale, les intervenants soutiennent qu'ils connaissent peu les services des CSSS et que ceux-ci connaissent peu les services du CRD. Cette méconnaissance des services de l'un et l'autre a pour impact de rendre plus difficiles les références, le partenariat et le travail de collaboration. D'ailleurs, les intervenants du CRD ne sont pas tous confortables à l'idée de référer les personnes ayant un faible degré de dépendance

(feu vert) ou un degré modéré de dépendance (feu jaune) vers les services de première ligne, considérant qu'ils ne connaissent pas les services offerts. De plus, certains intervenants rapportent être méfiants quant à la capacité des CSSS de bien aider les personnes ayant un problème d'abus de substances psychoactives et pour ceux présentant des habitudes de jeux de hasard et d'argent à risques.

« Ils ont le mandat de l'intervention précoce mais on le connaît pas si bien que ça nous mêmes... on ne connaît pas ce qu'ils font comme tel, en tout cas, pour moi c'est pas si évident...et pourtant c'est en lien avec nos services, en aval. »

4.2.3 Proximité physique

La proximité physique semble influencer la fréquence des contacts et donc l'arrimage entre la première et la deuxième ligne. Ainsi, les intervenants du CRD qui ont leur bureau à même les locaux des CSSS rapportent davantage de contacts et de collaboration avec les intervenants du CSSS. Dans le même ordre d'idée, les intervenants du CRD qui ont leur bureau à l'extérieur du CSSS rapportent davantage une absence de contact ou seuls des contacts téléphoniques. Les intervenants qui rapportent davantage de contacts en raison de la proximité apprécient à la fois la fréquence et l'intensité de ces contacts. Ils estiment que cette collaboration facilite le travail et que la clientèle est mieux desservie et mieux accompagnée dans chacun des établissements.

« Mes contacts se font toujours en personne habituellement, étant donné la proximité des bureaux. Nos bureaux sont au CSSS. Je sais pas si on parle en terme de fréquence mais je dirais que moi c'est à tous les jours. J'ai des discussions de cas pour certains usagers. C'est sûr que j'en ai à tous les jours. C'est surtout au niveau de la crise et de l'accueil psychosocial surtout que j'ai des contacts. Fecque c'est très régulier, principalement en personne, c'est concret, il y a beaucoup d'échange d'informations, c'est de cette façon-là, c'est sûr avec une autorisation souvent signée lors de la rencontre d'accueil pour moi avec mes clients puis pour eux quand ils comptent référer quelqu'un dans nos services, c'est fait aussi d'emblée assez rapidement. C'est ça... »

4.2.4 Instruments de détection et formation reçue par les intervenants pour utiliser ces instruments

L'instrument de détection identifié pour départager la clientèle entre les soins de première ligne et les soins spécialisés, le DÉBA, fait l'unanimité chez les intervenants du CRD, c'est-à-dire qu'ils apprécient cet outil clinique. Selon eux, le DÉBA permettrait de donner des balises claires ainsi qu'un langage commun. De plus, l'outil serait bénéfique quant à la préparation des usagers face à leur engagement dans le traitement spécialisé en dépendance, c'est-à-dire que les intervenants remarquent que les usagers qui sont référés avec la grille de détection sont plus motivés à la démarche. Certains intervenants indiquent également que la référence personnalisée et le travail accompli en première ligne permettent aussi d'augmenter la motivation au traitement.

L'ensemble des intervenants du CRD affirme que, de façon générale, les références faites de la part du CSSS sont adéquates et appropriées grâce à cet outil de détection. Ils indiquent que les références faites avec cet outil sont pertinentes et qu'il y a rarement de cas litigieux.

«Oui, donc quand la grille DEBA est faite, ceux qui sont habiletés à la faire, ben c'est tout le temps eux qui le font finalement... Ça cadre tout à fait dans nos critères, quand la grille DEBA est faite, la qualité des références est évidente. Il n'y a pas de zone grise, c'est évident pour eux, pour nous. L'outil permet de bien départager la clientèle selon le profil de gravité de la problématique et le niveau de soins requis. Sinon, il y a une petite discussion clinique selon la cotation de la grille, surtout lorsqu'ils ne sont pas certains et on clarifie cela ensemble à ce moment-là. Généralement on ne se trompe pas»

Les intervenants rapportent que suite à la formation du MSSS réalisée en première ligne, les intervenants des CSSS ont davantage utilisé l'outil de détection afin de faire des références formelles au CRD. Dans l'ensemble, les grilles de détection étaient aussi mieux complétées.

« Je pense qu'il y a eu une époque où on ne savait pas qui devait faire quoi dans le réseau. Le CSSS par rapport à nous. Un moment donné, on s'est questionné à savoir qu'est-ce qui relève du CSSS, qu'est-ce qui relève d'ici... il fallait délimiter les frontières de chacun. Je pense que le fait de les avoirs formé aussi, d'être arrivé avec un outil, ça l'a aidé aussi au niveau du partage de la clientèle et d'ouvrir les corridors de communication. Les changements permettent aussi de se connaître entre nous depuis la formation, la collaboration. »

D'autres intervenants nuancent les effets bénéfiques des formations en soulignant que les formations ont eu lieu il y a quelques années et que depuis aucune formation n'a été reçue. Les acquis se dissipent avec le roulement de personnel en première ligne. De plus, quelques intervenants du CRD s'inquiètent du fait qu'ils n'ont eux-mêmes pas reçu de formation pour ces outils de détection et qu'ils sont pourtant considérés comme des experts en dépendance.

« Je pense que je suis obligé de te répondre que je n'ai pas vraiment vu de changements! Et il n'y a pas trop de changement parce qu'il a trop de roulement de personnel. En fait on a vu un changement tout de suite après les formations, quelques mois mais depuis beaucoup moins. Assurément ça peut s'expliquer aussi par le départ et les changements de l'intervenant pivot en dépendance au CLSC (CSSS) mais aussi par le roulement de personnel à l'accueil du CLSC (CSSS). Il n'y a pas assez de stabilité. C'est d'ailleurs une des raisons pourquoi il faut que toi tu retournes toujours les former. Et si ça ne se fait pas, ben les références sont comme avant. Ça tourne, c'est gros le CSSS. Donc il y a peu de changements au plan des références. S'il y avait eu une équipe stable peut-être que les changements auraient été davantage visibles mais ça n'a pas été expérimenté assez longtemps. L'expertise acquise se divise facilement, s'effrite. Ce n'est pas un constat d'échec mais peut-être que c'est un phénomène normal... »

Malgré l'utilité de cet instrument de détection, les intervenants mettent l'accent sur l'importance de ne pas mettre de côté le jugement clinique en utilisant un outil de détection, surtout lors de problématiques associées telles que les problèmes de santé mentale. En effet, l'outil de détection est considéré comme pertinent mais ne devrait pas être utilisé au dépend du jugement clinique. Certains intervenants du CRD s'inquiètent de l'utilisation de cet outil s'il n'y a pas d'interprétation et de lecture clinique associées. Cet outil serait trop souvent utilisé de façon systématique en considérant seulement les scores totaux et non l'ensemble de la cueillette d'informations. Pour les intervenants de CRD, cette lecture clinique relève de l'expertise en dépendance et ce ne sont pas tous les intervenants de première ligne et de deuxième ligne qui sont habiletés à réaliser une telle lecture clinique.

« J'aurai tendance à penser que de façon générale les références sont de bonnes références. Lorsque les références sont faites avec la grille DÉBA c'est des bonnes références mais d'une autre côté la grille DÉBA est un outil de détection. C'est un filet, il y a des gens qui passent dans les mailles. Moi avec ma clientèle (troubles concomitants) ben je ne dois pas seulement me fier au score mais aussi aux informations

complémentaires. Il est peut-être non concluant mais il y a tout le reste. Au plan clinique il est tout de même dans le bon service au CRD et ne serait pas adapté aux services du CLSC. La grille DEBA ne permet pas d'identifier les gens qui ont besoin d'un service de prévention de rechute avec des gens qui ont eu un historique de dépendance devraient être vus ici au CRD et non en première ligne. La première ligne n'est pas selon moi outillés à comprendre la chronicité de la dépendance et de bien accompagner les personnes dans cette prévention de rechute. C'est complexe la dépendance. C'est très différent de l'expertise de la consommation à risque, que nous n'avons pas. À chacun son expertise finalement. On ne peut pas trancher tout au couteau, l'historique se documente aussi. Le comment ne se voit pas dans l'outil DEBA et cela change ma lecture clinique. Donc ça va au-delà de la cote. »

4.2.5 Intervenant pivot

De façon majoritaire, les participants ont indiqué que les contacts ont augmenté, en nombre et en qualité, lorsqu'un intervenant pivot, c'est-à-dire un intervenant spécialisé en dépendance, est identifié par le CSSS. Il semble que ce vis-à-vis permettrait des contacts bidirectionnels plus fréquents et forts utiles, permettant un travail de collaboration plus soutenu. Il semble que le choix d'ajouter un poste d'intervenant pivot en dépendance en première ligne permettrait, selon les intervenants de deuxième ligne, d'augmenter les contacts, le nombre et la qualité des références, de mieux connaître les services du CSSS et que l'intervenant pivot soit un agent multiplicateur auprès de collègues du CSSS.

« Heuuu le contact était quand même bien (nom de l'intervenant pivot) c'était une fille super dynamique, tout ça, et ça allait dans les deux sens. Autant que nous elle nous en référerait, autant que nous on pouvait lui en référer aussi... Fecque à ce moment-là, c'est nous qui faisons la grille DEBA et on communiquait avec elle, toujours avec un contact téléphonique.... »

Les intervenants du CRD qui n'ont pas d'intervenant pivot dans le CSSS de leur territoire aimeraient avoir cet allié afin d'améliorer l'arrimage et la collaboration avec la première ligne et ils croient que les effets seraient surtout bénéfiques pour la clientèle.

« C'est sûr que ça aiderait qu'il y ait un intervenant pivot. Ça permettrait de ne pas diviser l'information [...] bien on s'adresserait toujours à la même personne et elle ferait le pont avec l'ensemble des équipes du CSSS, ça faciliterait la communication de part et d'autre. Les intervenants du CSSS de leur côté ça serait vraiment plus clair ce qu'ils ont

à faire, ils seraient aussi plus mobilisés par leur collègue que par moi du CRD, ça permet de faire vivre la dépendance en première ligne, [...]. Ça augmenterait l'efficacité du processus tant au niveau de la communication que pour la clientèle. »

Malgré cela, les participants nuancent leurs propos en spécifiant que le partenariat est fragilisé puisqu'il repose uniquement sur les épaules d'une seule personne. Ils identifient aussi que le roulement de personnel, tant pour l'intervenant pivot que pour tous les employés des CSSS, ne permet pas l'implantation des pratiques à long terme. Certains intervenants relatent une expérience pertinente où l'équipe entière soutenue par un chef de service permet les mêmes bénéfices sans une désignation spécifique d'intervenant pivot ou d'équipe de première ligne spécialisée en dépendance.

« Moi, ça roule à l'accueil psychosocial, ils sont quatre, plus des gens sur appels, y a pas de pivot, ça repose sur l'équipe, c'est pas toujours la même personne qui remplit la grille, me réfère. C'est l'équipe, c'est l'accueil. Ça reste même si un s'en va. C'est intégré dans leur processus d'accueil. Ça dépend plus de l'intégration du processus dans les CLSC(CSSS) que des personnes. Ça dépend aussi de leur chef, leur coordonnateur, aussi. »

4.3. Pistes d'amélioration

Les intervenants soutiennent que le processus d'implantation du programme-services dépendance en première ligne est en développement. Tout au long du groupe de discussion focalisé et des entrevues complémentaires, les participants ont identifié des pistes d'amélioration tant pour la première ligne que pour la deuxième ligne.

4.3.1 Pour les services de première ligne

Pour les services de première ligne, la désignation d'un intervenant pivot au sein des CSSS qui n'ont pas jusqu'à présent identifié un expert en dépendance est une solution unanime des participants du groupe de discussion focalisé. Cette stratégie leur permettrait d'augmenter l'intensité des contacts, de favoriser la collaboration et d'améliorer, selon eux, la qualité des services offerts. De plus, certains intervenants suggèrent que les CSSS

identifient deux ou trois porteurs de dossiers dépendance afin de pallier au roulement de personnel et ne pas dépendre de l'expertise d'un seul intervenant pivot en dépendance.

« Moi, ça roule à l'accueil psychosocial, ils sont quatre, plus des gens sur appel, y a pas de pivot, ça repose sur l'équipe, c'est pas toujours la même personne qui remplit la grille, me réfère. C'est l'équipe, c'est l'accueil. Ça reste même si un s'en va. C'est intégré dans leur processus d'accueil. Ça dépend plus de l'intégration du processus dans les CLSC que des personnes. Ça dépend aussi de leur chef, leur coordonnateur, aussi. C'est dans les pratiques, c'est comme ça.(...) »

Par ailleurs, lors de références au CRD, plusieurs intervenants aimeraient qu'une discussion clinique systématique soit réalisée et, ce, peu importe le degré de sévérité de la problématique. Cela permettrait aux intervenants de CRD de réaliser et recevoir des références personnalisées et éviterait à la clientèle de répéter certaines informations. De plus, afin de favoriser le maintien des acquis, les intervenants suggèrent que la formation sur les outils de détection soit offerte à chaque année dans chacun des CSSS afin de pallier au roulement de personnel et à l'effritement des connaissances en dépendance.

Certains participants explorent aussi l'idée d'un guichet d'accès unique en dépendance, géré par la première ligne, c'est-à-dire que l'ensemble des demandes devrait dorénavant transiter par la première ligne. Cette solution n'est toutefois pas partagée par la majorité des participants.

Les intervenants souhaiteraient également que le repérage (alcool, drogue, jeu) soit réalisé systématiquement auprès des usagers des CSSS. De plus, il importe aux intervenants de deuxième ligne de bien connaître les services de la première ligne et que des services de première ligne soient développés notamment à l'égard des drogues et des jeux de hasard et d'argent. Une présentation de ces services aux intervenants des CRD est nommée comme étant une stratégie gagnante.

« Ça revient à ce que disait aussi (nom de l'intervenant) tantôt soit que les services en première ligne pour les feux jaunes, que ce soit alcool, avec alcochoix, drogue et jeu soient aussi adressés peu importe la visée d'abstinence ou de contrôle, il faudrait avoir des services adaptés en première ligne. »

Les intervenants souhaiteraient aussi améliorer la communication entre les établissements afin de faciliter l'arrimage entre les deux niveaux de soins. Pour ce faire les participants proposent plusieurs moyens dont des présentations de services, des courriels ou publications informatiques régulières, la création d'un site intranet communs ou d'un portail Internet du MSSS, la formation croisée, des lieux de travail commun et un leadership des CSSS dans l'actualisation de plan de services individualisés pour la clientèle commune.

« Formations, réunions d'équipe, des envois par courriel, des rappels par exemple. Tout ça de façon plus régulière aussi, de façon continue. (...) Donc les former systématiquement. (...) Donc systématiser le repérage aussi ... auprès de l'ensemble des services du CSSS. C'est très peu comparativement à la crise et à l'accueil psychosocial, pourtant on connaît le taux de prévalence élevé au sein de cette clientèle. »

4.3.2 Pour les services de deuxième ligne

Les intervenants du CRD conçoivent que leur rôle est celui d'expert-conseil, soit de soutenir la première ligne dans l'appropriation de son mandat. De fait, ils souhaiteraient que plus de temps soit investi par le CRD afin de soutenir la première ligne. Ce temps pourrait être optimisé en offrant des formations continues, des supervisions, des présences au sein des réunions d'équipe du CSSS, de ressourcements cliniques ainsi que le travail intégré tel que les comités de travail ou les tables de concertation. Tous ces exemples peuvent être des mesures de soutien qu'offre la deuxième ligne aux services de première ligne selon les intervenants du CRD.

« Les emails réguliers ça pourrait vraiment être pertinent. Des emails de rappel ou d'informations sur nos services, sur l'entente de services, de notre mission, de ce qu'est la deuxième ligne, etc. Des discussions de cas aussi, c'est déjà en place pour nous, mais de continuer parce que c'est particulier à certains cas, mais pas général. C'est plus ponctuel et dans le cadre de suivi. Comme je disais, une fois de temps en temps notre participation dans leur réunion d'équipe ça peut être pertinent, ou tables de concertation. De se rendre disponibles. Peut-être plus de PSI, ça peut être vraiment intéressant aussi. C'est vraiment sous utilisé les PSI... partout mais aussi au CRD. C'est pas mal ça »

De plus, les intervenants du CRD manifestent un intérêt et un besoin de formation pour les nouveaux intervenants du CRD quant aux grilles de détection ainsi qu'à la hiérarchisation des services en dépendance. Certains intervenants suggèrent aussi que les bureaux du CRD soient directement dans les locaux des CSSS afin de favoriser les contacts et la collaboration. Cette stratégie n'est toutefois pas partagée par l'ensemble des intervenants du CRD. D'autres intervenants suggèrent plutôt que le CRD se déplace et soit présent dans les locaux du CSSS quelques fois par semaine pour faciliter les contacts et possiblement rencontrer la clientèle directement dans leurs services.

« C'est ça, est-ce que ça prendrait un intervenant du CRD des Laurentides au CLSC, c'est ça le modèle de liaison, notre intervenant / infirmière est directement à l'urgence du CH, est-ce que c'est ce que tu veux dire ? »

« Oui, en fait moi je le vis, en étant avec eux, dans leur milieu et c'est bien aidant là, d'être là, d'être disponible pour les soutenir, trouver du temps pour se parler, les discussions cliniques. C'est facile.»

De plus, certains intervenants suggèrent de toujours favoriser des contacts de type collaboration lorsqu'ils réfèrent vers la première ligne et de favoriser un contact téléphonique et idéalement une discussion de cas lorsqu'ils reçoivent des références de la première ligne. Cela permettrait d'instaurer une façon de travailler auprès des intervenants de première ligne permettant de favoriser les discussions de cas et d'être plus efficaces dans l'intervention auprès de la clientèle partagée. De façon unanime, les intervenants souhaitent établir un processus de référence bidirectionnel clair et balisé.

5. DISCUSSION

L'analyse des propos recueillis par les participants a permis de mettre en lumière les différents facteurs influençant les relations entre les CSSS et les CRD.

Tout d'abord, il importe de soulever une certaine confusion des termes, c'est-à-dire que les intervenants questionnés ne font aucune distinction entre le terme arrimage et le terme référence. Nous considérons toutefois que le thème arrimage réfère davantage aux différentes intensités de liens et de collaboration entre les deux niveaux de soins, tandis

que la référence comme telle, renvoie davantage à une finalité, soit la référence ou le transfert du patient entre les niveaux de services. De fait, il semble que les intervenants considèrent ces termes comme étant des synonymes puisqu'il utilise uniquement le mot arrimage lorsqu'il y a référence ou suivi partagé. Pourtant, il est possible que la première ligne consulte la deuxième ligne et que les intervenants aient une discussion clinique sans pour autant qu'il y ait une référence. Ceci n'a pas du tout été abordé dans le cadre de la consultation des intervenants de deuxième ligne.

Dans un deuxième temps, contrairement à ce que l'on pourrait penser, la sévérité d'une problématique de dépendance ne va pas nécessairement de pair avec le besoin d'une rencontre en face à face ou d'un niveau d'arrimage supérieur, tel la collaboration. Malgré les encouragements du MSSS (MSSS, 2007) favorisant la collaboration entre la première et la deuxième ligne, il existe parfois, notamment pour les usagers dits « feu rouge », une absence de contact entre les niveaux de soins. Selon les participants, cette absence de contact semble plus fréquente lors des références des personnes présentant une dépendance élevée ou une dépendance modérée. D'autres études réalisées en première ligne rapportent aussi le réflexe des intervenants à référer systématiquement la clientèle en soins spécialisés, peu importe le niveau de gravité de la problématique de consommation (Johnson et coll., 2010; Saint-Jacques et coll., 2009).

D'ailleurs, en sondant les intervenants de première ligne au Québec, Saint-Jacques et collaborateurs (2009) ont identifié que pour ceux-ci le but des pratiques d'intervention précoce est de repérer les individus dépendants et de les référer en traitement spécialisé. Il n'est donc pas surprenant que dans certains cas les références en deuxième ligne ne soient pas accompagnées d'un niveau d'arrimage supérieur puisque l'objectif a été atteint : la référence. Selon Sullivan et Fleming (1997), il importe que les intervenants de première ligne facilitent la référence en soins spécialisés, que le suivi en première ligne continue malgré la référence en deuxième ligne, que les contacts entre les niveaux de soins soient réguliers et qu'une rétroaction sur la consommation soit faite ainsi que sur les objectifs du plan de traitement. En l'absence de contact, ces recommandations sont évidemment improbables. Pourtant, presque tous les intervenants de deuxième ligne sont en accord avec une absence de contact lors d'une référence pour un usager présentant une

dépendance élevée et n'initient pas eux-mêmes le contact malgré la réception d'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 certaines références (dépendance modérée) sans aucun contact.

Malgré cela, plus souvent qu'autrement, des contacts téléphoniques ont lieu entre les deux niveaux de soins, particulièrement lors d'une référence d'une personne présentant une dépendance de niveau modérée ou d'un suivi partagé. 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, le niveau d'arrimage perçu optimal par les intervenants du CRD a trait à un échange davantage soutenu, idéalement face à face, mais surtout en termes d'échange d'informations cliniques. Les intervenants recommandent une discussion clinique et un suivi partagé afin de faciliter la collaboration entre les niveaux de services 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 puisque qu'une confusion semble présente relativement aux rôles et aux mandats de chacun des niveaux de soins, ce qui est aussi rapporté par l'étude réalisée en CSSS au Québec (Saint-Jacques et coll., 2009).

Alors qu'il existe différentes intensités dans les contacts, il semble 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 documentent également les obstacles et facilitateurs d'implantation selon deux grands axes; au niveau organisationnel et au niveau humain/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 du CRD sont la sévérité de la dépendance de l'utilisateur ainsi que la connaissance des services des cliniciens. Les études réalisées en première ligne réfèrent

aussi au 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 dans le cadre du groupe de discussion focalisé sont la proximité physique des deux 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.

De façon simpliste on peut associer le niveau de sévérité de dépendance de l'utilisateur à un niveau d'intensité d'arrimage entre les niveaux de soins. En effet, les intervenants du CRD rapportent sommairement que pour les usagers présentant une dépendance modérée il y a soit un contact téléphonique soit une collaboration et que pour ceux présentant une dépendance élevée il y a absence de contact. Par contre, si l'utilisateur présente une problématique de dépendance élevée ainsi que des problèmes associés au plan de la santé mentale, le niveau d'arrimage est augmenté. En effet, il semble que la présence de problème de santé mentale permet une meilleure coordination des soins. On constate donc un effort important du réseau, tant en première ligne qu'en deuxième ligne, pour discuter des services nécessaires pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Cet effort rejoint les recommandations des meilleures pratiques en santé mentale (Desrosiers et coll., 2010; Beaumont et coll., 2005; MSSS, 2006).

De plus, il semble que l'arrimage est influencé notamment par la connaissance qu'ont les intervenants des services du CSSS. Or, plusieurs rapportent peu les connaître, d'autres vont même jusqu'à douter de leur compétence dans le domaine des dépendances. Cette méconnaissance et ces préjugés envers d'autres niveaux de services sont aussi rapportés dans la littérature (Babor et coll., 2007; Johnson et coll., 2010). Il semble donc que tant la deuxième ligne, que la première, connaissent peu son partenaire dans la chaîne de service. Pourtant, la connaissance des services est recommandée dans la littérature afin de faciliter les références entre les niveaux de soins (Sullivan et Fleming, 1997). La méconnaissance des services ne peut qu'entraîner une certaine méfiance face aux services de première ou deuxième ligne et nuire au processus de recherche de soin du client.

La formation peut contrer cet obstacle puisqu'elle augmente non seulement les connaissances au plan des pratiques d'intervention précoce et de l'acquisition de nouvelles habiletés mais aussi de la connaissance des services (Manuel, Hagedorn et Finney, 2011). Les intervenants du CRD ont d'ailleurs souligné l'apport des formations et demandés des formations croisées afin de mieux connaître les équipes de première ligne.

Également, les intervenants du CRD ont la perception que la proximité des services contribue positivement à l'augmentation des connaissances des différents services. En effet, les intervenants qui partagent les locaux des CSSS rapportent davantage d'échanges et un niveau d'intensité plus grand de collaboration. Bien que ce résultat n'ait jamais été rapporté dans les autres études s'intéressant aux intervenants de première ligne, cette proximité physique est un facteur à peut-être prendre en compte dans l'organisation future des soins.

Par ailleurs, les intervenants du CRD apprécient le choix des outils de détection retenus par le MSSS. Les intervenants indiquent même que ces outils ont plusieurs avantages tant pour les décisions cliniques que pour le partenariat. Malgré le fait que les intervenants du CRD considèrent cet instrument comme étant utile et efficace, il n'est malheureusement pas connu de l'ensemble des intervenants du CRD. Ceux-ci rapportent d'ailleurs l'importance de se sentir compétent avec cet outil. À ce propos, soulignons que le MSSS souhaite que les CRD réalisent leur rôle d'expert en soutenant la première ligne dans l'utilisation des outils de détection (MSSS, 2007). À cet égard, les intervenants du CRD ne semblent pas tous habilités à jouer ce rôle. De plus, tel que souligné par certaines études réalisées en première ligne, il est impératif que la formation permettant l'utilisation des outils de détection soit accompagnée d'une formation plus extensive sur la compréhension de la dépendance (Johnson et coll., 2010; Manuel, Hagedorn et Finney, 2011). Tel que le suggère les intervenants, il est donc très important que la direction des CRD forment l'ensemble de leur personnel sur les outils utilisés dans les CSSS afin de permettre de continuer ce langage commun et de faciliter le rôle d'expert auprès des CSSS.

La grande majorité des participants rapporte être confortable avec la hiérarchisation des services en dépendance et le mandat des CRD quant à l'intervention spécialisée auprès

des personnes présentant une dépendance ou un abus de substance. Toutefois, le rôle que devrait jouer les CRD et CSSS pour les feux jaunes semble plus complexe. De fait, il semble difficile de se départager la clientèle présentant un profil de gravité de dépendance modérée ainsi que les personnes recherchant de l'aide afin de prévenir la rechute, soit celles présentement abstinentes suite à une dépendance élevée. Malgré une adhésion théorique au modèle de hiérarchisation des soins, l'inconfort des intervenants de deuxième ligne est manifeste. En effet, ceux-ci questionnent les connaissances et la compétence de la première ligne à offrir des services aux personnes présentant des problèmes de consommation. Cet inconfort est accentué par la perception des intervenants du CRD que peu de programmes d'intervention sont offerts à cette clientèle. Présentement, seul le programme *Alcochoix+*, programme d'intervention précoce pour la consommation d'alcool à risque offert dans les CSSS (Simoneau, Landry et Tremblay, 2004), est répertorié par les cliniciens du CRD. Certains intervenants du CRD croient donc que cette clientèle serait mieux desservie dans leur service. Cette controverse sur la place de cette clientèle souligne la nécessité de connaître les forces et les limites de chacun des services offerts en dépendance tant en première qu'en deuxième ligne. De plus, elle renforce l'idée qu'une discussion clinique est souvent nécessaire lors de la présence d'une dépendance modérée ou lors d'anciens consommateurs. Cette discussion clinique permettrait aux cliniciens de prendre la meilleure décision pour l'utilisateur.

Un autre constat intéressant émerge de l'analyse des données recueillies soit que la clientèle référée formellement par les CSSS au CRD est toujours bien ciblée par l'outil de détection et semble davantage motivée à entreprendre une démarche de traitement et de changement quant à ses habitudes de consommation. Les intervenants ont l'impression que ces personnes se présentent davantage à leur premier rendez-vous que la clientèle auto-référée et que cela aurait pour résultat d'augmenter le taux de rétention tout au long du suivi, ce qui est d'ailleurs un indicateur d'efficacité du traitement (Desrosiers et coll., 2010). Cette donnée ne peut être soutenue par des données statistiques quant aux références entre le CSSS et le CRD des Laurentides mais est appuyée par la littérature (Babor et coll., 2007; Saitz, 2007).

Parmi les facteurs qui semblent le plus influencer l'arrimage, se trouve la désignation d'un intervenant pivot ou d'un vis-à-vis au CSSS. Les avantages de cet intervenant sont nombreux. Il permet une meilleure collaboration, un arrimage et une communication supérieure ainsi qu'une augmentation de la visibilité du CRD dans les services des CSSS et donc, une possibilité accrue de références. Bien qu'il soit impossible de mesurer quantitativement l'impact de l'intervenant pivot, cet intervenant semble très apprécié de la deuxième ligne. Toutefois, les participants nuancent leurs propos en mentionnant que le roulement de l'intervenant pivot peut aussi avoir un impact important. Il est donc risqué de faire porter, sur les épaules d'une seule personne, un mandat aussi important que celui de la dépendance. En fait, les participants insistent pour dire que le mandat de dépendance en première ligne doit aller au-delà de l'intervenant pivot et doit être aussi une priorité pour le chef d'équipe et l'équipe en entier. D'autres études soulignent l'importance d'un intervenant pivot lors de l'implantation des pratiques d'interventions précoces (Babor et coll., 2007; Saint-Jacques et coll., 2009).

Un obstacle à l'implantation des pratiques d'intervention précoce est identifié tant dans la littérature que par les intervenants consultés, soit l'important taux de roulement de personnel (Saint-Jacques et coll., 2009; Saint-Jacques et coll., 2011; Manuel, Hagedorn et Finney, 2011). À cet égard, il semble, pour les cliniciens du CRD, que le roulement de personnel au CSSS contribue aux difficultés vécues. Les intervenants du CRD rapportent le manque de connaissance des nouveaux intervenants qui n'ont pas reçu de formation et s'inquiètent de leur capacité à référer, dans ces situations, des clients consommateurs. Les études réalisées en première ligne rapportent aussi ce constat (Babor et coll., 2007; Johnson et coll., 2010; Saint-Jacques et coll., 2009). Malgré cela, les intervenants soutiennent que lorsque les intervenants reçoivent la formation, cela facilite l'implantation des interventions précoces ainsi que l'arrimage entre les niveaux de soins. Néanmoins, la littérature ainsi que les propos recueillis dans le cadre de cette étude nous portent à croire qu'il est vrai que les habiletés acquises lors de formation ont tendance à s'estomper avec le temps (Manuel, Hagedorn et Finney, 2011) si aucune mesure de soutien n'est mise en place. Évidemment, si les habiletés des intervenants de première ligne décroissent avec le temps, qu'aucune mesure de soutien n'est mise en place et que

le roulement de personnel est important, ceci ne peut que contribuer à un plus faible niveau d'arrimage et de références entre les niveaux de services en dépendance.

Enfin, plusieurs pistes de solutions sont proposées par les participants. Les principales améliorations suggérées sont principalement au niveau organisationnel et concernent l'amélioration des services en première ligne telles que la désignation d'un intervenant pivot, des discussions cliniques systématiques lors des références, des formations annuelles sur la dépendance, un guichet unique en dépendance, que le repérage soit systématique, d'améliorer la communication et la connaissance des niveaux de soins. Également, les participants au groupe de discussion focalisé avaient quelques stratégies d'amélioration pour la deuxième ligne soit d'augmenter leur rôle d'expert-conseil et de soutenir la première ligne dans l'appropriation de son mandat. Ils indiquent aussi un besoin de formation pour les nouveaux employés du CRD à l'égard des pratiques d'intervention précoces et de la hiérarchisation des soins en dépendance. Ils aimeraient aussi augmenter la proximité physique avec les CSSS et favoriser des contacts plus soutenus, de type collaboration, lors d'un suivi partagé.

Enfin, il est intéressant de noter que les participants ont été généreux quant aux stratégies d'amélioration. Néanmoins, il semblait facile pour les intervenants de deuxième ligne de remettre en question les pratiques de la première ligne sans pour autant relever les faiblesses de leur pratiques à l'égard de l'arrimage et des références en première ligne.

À la lumière des informations recueillies dans cette étude et de l'absence d'écrits sur l'arrimage et les références dans la littérature sur l'implantation des programmes d'intervention précoce en dépendance, je crois que les efforts se doivent d'être multipliés quant à l'arrimage des services de première et deuxième ligne, 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.

6. CONCLUSION

6.1 Forces et faiblesses de cette étude

La principale force de cette étude réside dans son originalité au sens où aucune étude recensée jusqu'à maintenant ne s'est intéressée au point de vue des CRD quant aux facteurs influençant l'arrimage et les références entre la première et la deuxième ligne (Saint-Jacques et coll., 2009; Saint-Jacques et coll., 2011; Manuel, Hagedorn et Finney, 2011; Johnson et coll., 2010; Sullivan et Fleming, 1997; Saitz, 2007, 2010; Babor et coll., 2007). En effet, la littérature relate aussi cette faiblesse des études sur le sujet (Saitz, 2010; Jonhson et coll., 2010; Babor et coll., 2007). Cette étude innove donc en considérant la perception des informateurs clés de la deuxième ligne; les experts en dépendance. De plus, le groupe de discussion focalisé, permettant de solliciter la perception des informateurs clés, a été réalisé dans les règles de l'art. En effet, l'animation était conforme aux meilleures pratiques et le groupe de participant était homogène et composé d'un nombre optimal de participants (Boutin, 2007 ; Krueger et Casey, 2000).

Une autre force de cette étude se situe dans la rigueur de l'analyse des données. En effet, les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique. Tout d'abord, un tiers a retranscrit les contenus sous forme de verbatim qui ont ensuite été codifiés. Les extraits abordant un même sujet ont été regroupés sous des thèmes principaux. Les analyses ont tout d'abord été faites de manière verticale, soit pour chaque activité et ensuite elles ont été regroupées. L'analyse des données de la présente étude a donc été réalisée de façon systématique et est vérifiable (Krueger et Casey, 2000).

Cette étude comporte aussi des limites. Le petit nombre de participants ainsi que le fait qu'ils proviennent uniquement du CRD des Laurentides, soit d'une seule région administrative du Québec, rend la généralisation des résultats impossible, ce qui est une faiblesse de l'étude (Boutin, 2007 ; Krueger et Casey, 2000).

De plus, l'animateur du groupe de discussion focalisé est connu des participants de la présente étude. En effet, les participants ont déjà été des collègues de l'auteure, il y a environ cinq ans et certains collaborent toujours avec l'auteure sur différents projets de recherche ou de programmation au CRD des Laurentides. Considérant aussi le mandat de

l'auteure dans le programme *Gestion et soutien aux programmes*, sa proximité avec la direction du CRD, son rôle de formatrice pour l'ensemble des partenaires du CRD, dont le CSSS, et l'absence d'un modérateur lors du groupe de discussion focalisé, il est possible que les participants aient censuré certaines opinions ou perceptions et, ce, malgré une participation volontaire. Ce biais est non négligeable dans l'interprétation des résultats (Krueger et Casey, 2000).

6.2 Recommandations et retombées

Considérant le continuum des niveaux d'arrimage identifié dans la présente étude et de l'importance accordée au contact (contacts téléphoniques ou de collaboration) nommée dans le groupe de discussion focalisé et les entrevues individuelles. Considérant aussi que le CRD et le CSSS réfèrent parfois des usagers sans établir de contact avec le partenaire, que le MSSS souhaite faciliter l'arrimage entre ces deux niveaux de soins (MSSS, 2007) et que les participants de l'étude ont identifié ces mesures comme des stratégies d'amélioration;

- Je recommande de systématiser les contacts entre les CSSS et le CRD lors de références ou de suivis partagés et que les CSSS et le CRD des Laurentides élaborent un formulaire de référence formelle sur lequel une procédure clairement établie est spécifiée.

Considérant que la sévérité de la problématique de dépendance a été identifiée dans la présente étude comme un facteur influençant grandement l'arrimage et que l'absence de contact et les contacts téléphoniques soient identifiés comme étant des irritants, pour les participants de l'étude, lors de la présence d'une dépendance modérée ou élevée. Considérant également que le CRD doit jouer un rôle d'expert-conseil (MSSS, 2007) et de l'expertise du CRD quant au niveau de sévérité de dépendance;

- Je recommande de privilégier minimalement les contacts téléphoniques pour les usagers présentant une dépendance élevée et de privilégier la collaboration lors de

la présence d'une dépendance modérée. De plus, je recommande que le CRD initie les contacts téléphoniques et les discussions cliniques (arrimage d'intensité dite de collaboration) lorsqu'il y a réception d'une demande de service formelle en provenance des CSSS et, ce, malgré une absence de contact initial.

Considérant que le manque de connaissance des services de première ligne a été identifié par les participants de l'étude comme un facteur influençant négativement l'arrimage, de la méfiance nommée dans la présente étude de la part de la deuxième ligne à l'égard des services de première ligne en dépendance et considérant que les participants ont nommé, de façon unanime, cette stratégie d'amélioration;

- Je recommande de réaliser, aux deux ans, une présentation des services du CRD et du CSSS dans chacun des territoires de CSSS dans les Laurentides.
- Je recommande que le CRD exerce son rôle d'expert-conseil (MSSS, 2007) en instaurant un comité de travail regroupant un intervenant du CRD par territoire de CSSS ainsi que les intervenants désignés en dépendance des CSSS (intervenant sénior, pivot ou gestionnaire) et que le comité soit chapeauté par un intervenant ou gestionnaire des CRD expert des interventions précoces et des niveaux de soins.

Considérant que la proximité des intervenants du CSSS et du CRD influence positivement l'arrimage et que ces stratégies d'amélioration ont été identifiées par les participants de l'étude;

- Je recommande que, lorsque possible, le CRD se déplace dans les locaux des CSSS afin de rencontrer la clientèle.
- Je recommande également qu'un intervenant du CRD visite les CSSS une fois par mois afin discuter de cas clinique.

Considérant l'utilité d'avoir un instrument de détection commun, apprécié par les intervenants du CRD, de la pertinence des références grâce au DÉBA et que l'outil de

détection et sa formation soient identifiés comme un facteur influençant positivement l'arrimage entre les deux niveaux de soins. Considérant le besoin exprimé par les intervenants des CRD d'avoir une formation sur l'instrument de détection. Considérant également le manque de connaissance en dépendance des intervenants de première ligne relevé dans la littérature (Babor et coll., 2007; Johnson et coll., 2010), la diminution des habiletés acquises en formation après quelques mois (Manuel, Hagedorn et Finney, 2011), l'absence de formation du MSSS dans les CSSS des Laurentides pendant plus de deux ans et le roulement de personnel identifié comme un obstacle dans la littérature (Manuel, Hagedorn et Finney, 2011);

- Je recommande que le MSSS et l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides offrent annuellement la formation du MSSS sur la dépendance.
- Je recommande également que ces formations soient offertes tant aux intervenants de première que de deuxième ligne.
- Je recommande que lors de ces formations, tant les intervenants du CSSS que ceux du CRD soient dans le même groupe de formation.

Considérant également mes fonctions au *Services de gestion et soutien aux programmes* du CRD, mon mandat de formatrice pour le MSSS et l'Agence de la santé et des services sociaux et mon expertise en dépendance;

- Je recommande que dans le cadre des fonctions au CRD j'offre aux CSSS des Laurentides des mesures de soutien supplémentaires à la formation telles qu'un manuel d'intervention, un journal « partenaire », des rappels informatisés sous forme de courriel, des périodes de disponibilités pour les CSSS, des conférences pour les CRD et les CSSS à l'égard des interventions précoces, etc.

Considérant que la désignation d'un intervenant pivot au CSSS a été identifié comme un facteur influençant positivement l'arrimage entre le CSSS et le CRD, que la présence

d'un intervenant pivot est relevé comme un facilitateur d'implantation des pratiques d'interventions précoces (Babor et coll., 2007), que trois CSSS des Laurentides sur sept ont désignés un intervenant pivot, de l'inquiétude nommée par les participants de l'étude que tout repose sur les épaules d'une seule personne;

- Je recommande que tous les CSSS des Laurentides identifient un porteur de dossier dépendance (intervenant pivot ou sénior) ou une équipe de base en dépendance et que cet ou ces intervenants soient soutenu d'un gestionnaire.

Je suis d'avis que ces recommandations peuvent influencer positivement l'arrimage entre les niveaux de services en dépendance et ainsi contribuer à l'implantation des interventions précoces en première ligne et par le fait même du programme-service dépendance dans les CSSS des Laurentides. Sans assurer l'implantation de ces pratiques, 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 des 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.

7. LISTE DES RÉFÉRENCES

- Adlaf, E.M., Begin, P., et 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.)
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J., Dauser, D., Higgins, P., et Burleson, J. A. (2005). Alcohol screening and brief intervention in primary care settings : Implentation models and predictors. *Journal of Studies on Alcohol*, 66 (3), 361-368.
- Babor, 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.

ANNEXE A

Grille d'entrevue de groupe : Intervenants adultes externes CRD des Laurentides

1. Accueil des participants
2. Introduction
3. Présentation du sujet et des thèmes abordés
4. Formulaire de consentement (confidentialité)
5. Modalités de discussion (encourager la participation, la diversité des opinions, aucune bonne ou mauvaise réponse, etc).

Thème 1 : L'arrimage entre la première et la deuxième ligne (CSSS/CLS et CAB) 30 minutes

- 1.1 Quels sont vos contacts avec la première ligne spécifiquement au CSSS mission CLSC ?
- 1.2 Comment se déroule actuellement la référence entre le CLSC et le CAB ? (référence, transferts de dossier clinique, contacts téléphoniques, accompagnement, autres)
- 1.3 Comment se passait la référence avant la mise en place du programme services dépendance au CLSC et la réalisation de la formation du MSSS ?
- 1.4 En quoi ces changements ont modifié, ou non, ...
 - les procédures de références ?
 - vos contacts avec le CLSC?

Thème 2 : Les références et l'orientation de la clientèle 30 minutes

- 2.1 Quels types de clientèle la première ligne réfère au CAB ? Quelles sont les particularités de cette clientèle ?
- 2.2 Comment ces usagers qui arrivent du CLSC sont différents, ou non, de ceux qui s'adressent d'eux-mêmes au CAB ?
- 2.3 Quelles sont vos opinions sur les références entre la 1^{ère} et 2^{ème} ligne ?
- 2.4 En quoi ces références sont-elles adéquates pour la 2^{ème} ligne ?
- 2.5 En quoi la référence de la 1^{ère} ligne modifie l'accueil, l'évaluation, le suivi ou la relation avec l'utilisateur ?

Thème 3 : L'implantation des interventions de repérage, détection et intervention précoce (RDIP) en première ligne
30 minutes

- 3.1 Comment décrivez-vous un processus de RDIP optimal et efficace?
- 3.2 Quels sont les obstacles qui ont été rencontrés jusqu'à maintenant ?
- 3.3 Quelles sont les solutions ou les stratégies à mettre en place pour optimiser l'implantation de ces interventions ?
- 3.4 Quel est votre rôle, en 2^{ème} ligne, face au programme de 1^{ère} ligne en dépendance ?
- 3.5 Quelles sont les mesures de soutien que la 2^{ème} ligne peut mettre en place pour aider la 1^{ère} ligne à jouer son rôle de RDIP ?

Avez-vous d'autres informations, perceptions ou opinions à ajouter qui n'auraient pas été abordées jusqu'à maintenant?

1. Conclusion
2. Remerciements
3. Informations sur les prochaines étapes

ANNEXE B

Grille analyse

1. L'arrimage et ses différentes intensités

1.1. Absence de contact

1.1.1. De la première ligne à la deuxième ligne

1.1.2. De la deuxième ligne à la première ligne

1.2. Contacts téléphoniques

1.3. Collaboration

2. Facteurs influençant l'arrimage

2.1. Sévérité de la problématique du client

2.2. Connaissance des services

2.3. Proximité physique

2.4. Instruments de détection et formation reçue par les intervenants pour utiliser ces instruments

2.5. Intervenant pivot

3. Pistes d'amélioration

3.1. Pour les services de première ligne

3.2. Pour les services de deuxième ligne