

Aperçu de deux études sur le programme du gouvernement du Québec pour la prévention, la réduction et le traitement des problèmes de dépendances

Équipe IRSC – Traitement de la toxicomanie (CIHR TEAM in substance abuse treatment)

Kathryn Gill,

Unité d'alcoologie et de toxicomanie du Centre universitaire de santé de McGill (CUSM), Département de psychiatrie, Université McGill

Serge Maynard,

Unité d'alcoologie et de toxicomanie du Centre universitaire de santé de McGill (CUSM)

Emily Campbell,

Unité d'alcoologie et de toxicomanie du Centre universitaire de santé de McGill (CUSM)

Katie Boodhoo,

Unité d'alcoologie et de toxicomanie du Centre universitaire de santé de McGill (CUSM)

Gail Gauthier,

Unité d'alcoologie et de toxicomanie du Centre universitaire de santé de McGill (CUSM)

Spyridoula Xenocostas,

Centre de Santé et de Services Sociaux de la Montagne

Dara Charney,

Unité d'alcoologie et de toxicomanie du Centre universitaire de santé de McGill (CUSM), Département de psychiatrie, Université McGill

Ann C. Macaulay,

Centre pour la recherche participative de McGill (PRAM), Département de Médecine de famille, Université McGill.

Contexte

En 2006, le gouvernement du Québec lance son « *Plan d'action interministériel en toxicomanie (2006-2011)* » (MSSS, 2006). Ce plan d'envergure constitue un effort concerté regroupant tous les ministères concernés par les problèmes de toxicomanies et met l'emphase sur la prévention, la réduction et le traitement des méfaits individuels et collectifs qui en découlent. Dans la foulée de ce plan, un second document est publié un an plus tard par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), intitulé « *Offre de service – Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Programme-Services dépendance, 2007-2012* » (MSSS, 2007), qui présente les orientations du ministère pour contribuer à cet effort concerté. En raison de leur rôle stratégique dans l'offre de services sociaux et de santé à la population, les CSSS sont grandement mis à contribution dans le programme-services du ministère, et ce, tant au niveau des services généraux, spécialisés et surspécialisés. La trajectoire des services présentée dans le document s'articule autour de 11 fiches (services) dont les cinq premières tombent essentiellement sous la responsabilité de la

première ligne (CLSC) :

- Fiche 1 : Détection et orientation vers les services appropriés
- Fiche 2 : Intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation
- Fiche 3 : Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé
- Fiche 4 : Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone
- Fiche 5 : Désintoxication externe et interne et suivi psychosocial (avec les centres hospitaliers généraux)

Afin d'appuyer les CSSS dans leurs efforts pour la mise en œuvre du programme-services, le MSSS a offert une formation de deux jours intitulée « *Formation première ligne adulte en dépendances du MSSS* » (MSSS, 2009). Par contre, aucun modèle d'implantation n'a été proposé aux CSSS et ces derniers étaient responsables d'adapter le programme-services localement.

Ce contexte s'est avéré idéal pour étudier le processus de mise en œuvre des services en dépendance dans les soins de première ligne et a inspiré l'élaboration d'un programme de recherche s'articulant autour de deux études. La première porte sur le transfert de connaissances et la recherche participative dans un établissement de soins de première ligne. La seconde étudie le succès qu'ont eu différents CSSS à travers la province dans leur effort de mettre en œuvre les services en dépendance énumérés dans le programme-services du MSSS. Le projet de recherche a été financé par l'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC) et a été mené par une équipe constituée de l'Unité d'alcoologie et de toxicomanie du Centre universitaire de santé de McGill (CUSM), du Centre pour la recherche participative de McGill (PRAM) et du CSSS de la Montagne.

Étude 1 : transfert de connaissances et recherche participative

Une littérature scientifique étendue met en évidence combien le repérage précoce et les interventions brèves (RPIB) pour les problèmes de dépendance effectués dans les établissements de santé de première ligne engendrent des résultats très positifs pour peu de coûts. Par ailleurs, plusieurs études scientifiques démontrent que les interventions brèves offrent des résultats comparables aux traitements conventionnels qui sont plus longs et plus coûteux (Babor et coll., 2007; Nilsen, Kaner et Babor, 2008). Ainsi, une intervention efficace et opportune à la porte d'entrée du système de santé a non seulement le potentiel de diminuer substantiellement les conséquences néfastes pour la santé liées à la dépendance, mais aussi de réduire les coûts liés aux problèmes de dépendance pour le système

de santé. Or, malgré cela, il existe une grande disparité entre ces constats, fondés sur des résultats scientifiques, et la pratique courante dans les établissements de santé de première ligne.

Profitant du lancement du programme-services par le MSSS, l'objectif global de cette étude a été d'examiner le processus de transfert de connaissances concernant le repérage précoce et les interventions brèves (RPIB) pour les problèmes de dépendance, et d'en favoriser l'appropriation rapide par les équipes de soins en première ligne. Pour ce faire, l'équipe a élaboré une formation fondée sur une approche collaborative et participative. La visée de cette formation a été de 1) développer et mettre en œuvre une formation éprouvée pour le RPIB en tenant compte des besoins soulevés par ceux qui en feraient l'objet; 2) augmenter à la fois le savoir des participants concernant le RPIB et le recours à ces pratiques; 3) former les participants afin d'en faire des « personnes-ressources » au sein de leur centre de soins.

Méthodologie

L'étude repose sur un mélange de méthodes quantitatives et qualitatives et les données ont été récoltées à différents moments du processus d'implantation dans deux CSSS (l'un où la formation élaborée par l'équipe a été offerte et l'autre ayant uniquement reçu la formation du MSSS).

Les participants étaient des professionnels de la santé (travailleurs sociaux, infirmier(ière)s, conseiller(ière)s possédant une maîtrise et autres professionnels de la santé) ainsi que des directeurs et chefs de services.

Formation élaborée par l'équipe

La stratégie adoptée pour favoriser le transfert de connaissances s'est inspirée du cadre conceptuel élaboré par le modèle d'Ottawa (Logan et Graham, 1998). Ce modèle permet d'identifier les éléments et processus pouvant faciliter la production et l'implantation de connaissances scientifiques dans les milieux de pratique et d'élaborer une stratégie de transfert de connaissances adaptée au contexte dans lequel aura lieu ce processus. C'est dans cet esprit que des rencontres ont eu lieu entre les membres de l'équipe de recherche, les gestionnaires des CLCS ciblés (3) ainsi que des membres du personnel dans les phases préliminaires du projet afin de planifier le processus de transfert de connaissances.

Cette première étape a été suivie par l'intégration d'un spécialiste en dépendance certifié (formateur) dans les CLSC ciblés durant une période de 18 mois. Ce dernier a ainsi été en mesure d'observer et de documenter *in situ* les conditions de pratique au sein des équipes et de collaborer avec les gestionnaires, directeurs de services et membres du personnel afin de déterminer les besoins des professionnels de la santé en termes de formation.

Ensuite, 12 professionnels de la santé provenant de différentes équipes de soins ont été recrutés pour suivre une formation avec l'objectif d'en faire des personnes-ressources au sein de leur équipe (offrir formation, appuyer l'implantation des pratiques, conseils, etc.). Des rencontres ont eu lieu deux fois par mois entre ces derniers et le formateur en chef dans le but de discuter des problèmes rencontrés et d'évaluer le progrès du processus de transfert de connaissances. Les participants sélectionnés ont aussi été invités à participer à des groupes de discussion pour identifier leurs besoins en termes de formation. Ces différentes étapes auront permis d'éla-

borer une formation (de 7 modules) adaptée à la réalité des utilisateurs de connaissances.

Enfin, l'évaluation du processus de transfert de connaissances a été faite suivant deux méthodes : 1) des formulaires d'évaluation ont été distribués parmi les participants sélectionnés après que 6 des 7 modules de formation eurent été offerts; 2) des entrevues semi dirigées ont été conduites auprès des 12 participants sélectionnés et de 15 autres participants qui ont été recrutés parmi les équipes impliquées dans la mise en œuvre du projet, mais qui n'ont pas suivi la formation.

Formation du MSSS

En ce qui concerne l'évaluation auprès des CLSC ayant reçu la formation offerte par le MSSS, deux groupes de discussion d'une durée de deux heures ont été menés auprès de 10 professionnels. L'objectif était de mieux comprendre leurs expériences en lien avec la formation et les obstacles et les éléments facilitants l'implantation de pratiques entourant le RPIB. Des questionnaires ont également été distribués parmi les professionnels de la santé des CLSC ciblés. Au total, 69 questionnaires ont été remplis par les professionnels, dont 22 par des professionnels ayant assisté à la formation de deux jours du MSSS. Ces questionnaires visaient à documenter les pratiques courantes liées au programme-services en dépendance du MSSS dans ces CLSC et de mesurer le niveau de connaissance et de confiance des participants en ce qui a trait aux interventions liées aux problèmes de dépendances.

Résultats préliminaires

Les analyses en cours permettent de dégager quelques constats préliminaires.

1) À l'égard de la formation élaborée par l'équipe :

- Les participants ont exprimé un niveau de satisfaction élevée à l'égard de la formation (tant au niveau du contenu qu'au niveau des méthodes utilisées);

- Par contre, malgré des efforts soutenus pour élaborer une formation adaptée aux besoins des utilisateurs des connaissances, les répercussions dans les pratiques courantes ont été minimales;

- Les participants ont dit avoir peu intégré les connaissances à leur pratique et ont dit se sentir peu outillés pour répondre aux besoins liés aux problèmes de dépendance, en dépit de la formation reçue.

2) À l'égard de la formation du MSSS :

- Les participants ont affirmé que l'atelier de formation ne les a pas suffisamment outillés pour mettre en pratique le RPIB;

- La formation a été perçue comme étant trop théorique pour être appliquée à leur pratique clinique et comme étant déconnectée de la réalité de leur propre CSSS;

- Bien que certains participants ont affirmé que l'atelier de formation les a conscientisés sur les enjeux entourant les problèmes de dépendance, peu ont fait usage des outils fournis lors de l'atelier après y avoir participé.

Les résultats préliminaires de cette étude indiquent qu'au-delà du modèle utilisé pour assurer un transfert de connaissances, une formation seule n'est pas suffisante pour assurer l'intégration du repérage précoce et des interventions brèves aux pratiques courantes des professionnels de la santé en première ligne. D'autres mesures doivent être prises pour favoriser l'appropriation des connaissances transmises.



Étude 2 : Évaluation de l'efficacité de l'implantation du programme-services dépendances à l'échelle de la province

Une seconde étude a été menée avec l'objectif d'étudier le processus de mise en œuvre du programme-services du MSSS et d'évaluer le niveau de succès des CSSS dans leurs efforts d'implanter les services en dépendance localement. Un total de 21 CSSS (sur les 94 de la province) ont été sondés une année suivant la phase d'implantation du programme-services (2007-2012).

Méthodologie

Les CSSS ont été sélectionnés parmi 13 des 18 régions socio-sanitaires du Québec et provenaient de divers milieux de pratique (ruraux, urbains, etc.). Au total, 45 participants ont été recrutés pour des entrevues semi-dirigées. Ces derniers occupaient des postes stratégiques au sein des CSSS en lien avec le programme-services dépendance. Il s'agissait de : a) gestionnaires (12 de n=45); b) de coordonnateurs ou chefs de service (18 de n=45); c) de professionnels de la santé assignés au programme-services (15 de n=45).

Les entrevues portaient sur différents thèmes entourant le programme-services, notamment les services en dépendance offerts (parmi les cinq énumérés en introduction), le processus d'implantation et la formation reçue.

Résultats préliminaires

Les résultats démontrent que les CSSS sélectionnés ont connus des niveaux de succès très variés dans l'implantation des services en dépendance.

· Fiche 1 : Détection et orientation vers les services appropriés : Alors que près des deux tiers des CSSS avaient en place une politique de repérage et de détection systématique des clients, seul le tiers avait réussi à mettre cette politique en application. Ce dernier élément est important, car le repérage systématique est une composante cruciale du RPIB. En effet, sans elle, seuls les cas lourds de dépendance risquent d'être repérés, ce qui réduit substantiellement l'efficacité du RPIB (Ernst, Miller et Rollnick, 2007). En ce qui concerne le processus d'orientation, seule la moitié des CSSS avait en place un processus d'orientation vers des services internes (ce qui dépendait grandement de la présence de tels services à l'interne) et les deux tiers avaient en place un processus pour l'orientation vers des services externes.

· Fiche 2 : Intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation : Un peu plus des deux tiers des CSSS avaient parmi leur effectif un membre du personnel en mesure d'offrir une forme d'intervention brève (p. ex. Alcochoix+ ou l'approche motivationnelle). Il faut préciser que leur impact peut être réduit par l'absence d'un processus de repérage systématique ou de processus d'orientation formelle à l'interne.

· Fiche 3 : Suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé : Les données concernant ce service sont parcellaires, mais 16 des 21 CSSS ont affirmé l'offrir;

· Fiche 4 : Suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone : Aucun des 21 CSSS n'avait réussi à entièrement mettre en place ce service.

· Fiche 5 : Désintoxication externe et interne et suivi psychosocial : 2 des 21 CSSS avaient un service de désintoxication externe au moment l'étude (dont un CSSS qui avait déjà un tel service en place avant le lancement du programme gouvernemental).

En somme, ces résultats préliminaires mettent en évidence le succès limité des CSSS dans l'implantation des services énumérés dans le programme-services du MSSS. Alors qu'une majorité des CSSS a adopté une politique pour offrir certains des services en dépendance et que plusieurs ont du personnel formé pour offrir des interventions brèves, peu ont réussi à instaurer des mesures concrètes pour assurer l'efficacité du programme-services (notamment le repérage systématique et des mesures formelles d'orientation vers les services internes). Le succès des CSSS est encore plus limité pour ce qui est de l'implantation de services spécialisés, tels le soutien à la méthadone et la désintoxication interne et externe.

Les analyses en cours permettront de comparer les CSSS ayant connu plus de succès dans l'implantation des services en dépendance et ceux ayant connu moins de succès. L'objectif sera d'identifier les éléments qui ont joué un rôle positif dans une mise en œuvre réussie du programme-services (et inversement, ceux qui ont fait obstacle au processus).

Conclusion

Plusieurs constats se dégagent de ces études, mais le plus important est la nécessité d'accompagner toute tentative d'implantation d'un programme qui implique un transfert de connaissances de directives claires et précises pour y parvenir. Entre autres, les résultats illustrent que des activités de formation sont insuffisantes pour assurer à elles seules l'appropriation de nouvelles connaissances et leur intégration aux pratiques existantes. Le succès limité des CSSS à mettre en œuvre les services de dépendances du programme-services tend à conforter ce constat. ■

Références

- Babor, T. F., McKeel, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K., & 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.
- Ernst, D., Miller, W. R., & Rollnick, S. (2007). Treating substance abuse in primary care: a demonstration project. *International Journal of Integrated Care*, 7.
- Logan, J., & Graham, I. D. (1998). Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. *Science communication*, 20(2), 227-246.
- MSSS. (2006). Unis dans l'action: Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS. (2007). Unis dans l'action: Offre de service 2007-2012 - Programme-services Dépendances : Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- MSSS. (2009). Unis dans l'action: Programme de formation en dépendances pour les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Nilsen, P., Kaner, E., & Babor, T. (2008). Brief intervention, three decades on. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 25(6), 453-467.



Problèmes avec le jeu?

JEU : AIDE ET RÉFÉRENCE

514 527-0140

1 800 461-0140

1 866 SOS-JEUX

www.jeu-aidereference.qc.ca

38089_0008

