

## Drogues, santé et société

# Traitement de la dépendance aux opioïdes : évaluation d'un projet montréalais de transfert d'usagers stabilisés vers des soins de santé généraux

Treatment of opioid addiction: Evaluation of a Montreal project to transfer stabilized users to general health care services

Tratamiento de la dependencia a los opioides: evaluación de un proyecto montrealés de transferencia de usuarios estabilizados a los centros de salud generales



**DROGUES,  
SANTÉ ET  
SOCIÉTÉ**

Isabelle Paquin, M. Sc., Michel Perreault, Ph. D., Diana Milton, B. Sc. et Pierrette Savard, DEC, techniques infirmières

Volume 10, numéro 1, juin 2011

Les usagers des opioïdes : expériences, traitement de la dépendance et insertion sociale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1007849ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1007849ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Drogues, santé et société

ISSN

1703-8839 (imprimé)

1703-8847 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Paquin, I., Perreault, M., Milton, D. & Savard, P. (2011). Traitement de la dépendance aux opioïdes : évaluation d'un projet montréalais de transfert d'usagers stabilisés vers des soins de santé généraux. *Drogues, santé et société*, 10(1), 93–135. <https://doi.org/10.7202/1007849ar>

Résumé de l'article

**Contexte** : Implantation d'un projet pilote instauré par le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) dans le but de faciliter l'accès aux services spécialisés en transférant les patients dépendants aux opioïdes, stabilisés par un traitement de substitution en centres spécialisés, vers des services offrant des soins primaires de la région de Montréal.

**Objectif** : Identifier les principaux obstacles reliés au transfert de patients suivis dans des établissements spécialisés vers des centres de soins primaires.

**Procédure** : La perspective des gestionnaires et des intervenants impliqués dans l'organisation du processus de transfert a été documentée à partir de deux groupes de discussion, cinq entrevues individuelles semi-structurées et de rencontres du comité d'implantation du projet. Un total de 22 informateurs-clés a ainsi été consulté.

**Résultats** : Une analyse de contenu a permis de dégager les principaux obstacles rapportés dans les propos des informateurs-clés qui ont été rencontrés. Ces obstacles sont les suivants : 1) les difficultés d'accès aux médecins généralistes dans les soins primaires ; 2) les critères de transfert des patients retenus dans le cadre du projet pilote ; 3) la complexité des structures organisationnelles ; ainsi que 4) la réticence de la clientèle à être transférée vers d'autres services.

**Conclusion** : Bien que le nombre de patients transférés (16) soit moindre que celui qui avait été ciblé au départ (45), ce projet pilote permet tout de même de démontrer la faisabilité de cette démarche. Sur la base des principaux obstacles identifiés dans l'implantation de ce projet, dont celui des critères de sélection des patients admissibles à un transfert, des correctifs permettraient d'augmenter significativement le nombre de transferts.

Tous droits réservés © Drogues, santé et société, 2012

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

**é**rudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

---

# Traitement de la dépendance aux opioïdes : évaluation d'un projet montréalais de transfert d'usagers stabilisés vers des soins de santé généraux

**Isabelle Paquin, M. Sc.**

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes  
et Université de Sherbrooke

**Michel Perreault, Ph. D.**

Institut universitaire en santé mentale Douglas  
et Université McGill

**Diana Milton, B. Sc.**

Institut universitaire en santé mentale Douglas

**Pierrette Savard, DEC, techniques infirmières**

Centre de recherche et d'aide pour narcomanes

---

## Correspondance

Michel Perreault, Ph. D.

Institut universitaire en santé mentale Douglas

6875, boul. LaSalle

Montréal (Québec) H4H 1R3

Téléphone : 514 761-6131, poste 2823

Courriel : [michel.perreault@douglas.mcgill.ca](mailto:michel.perreault@douglas.mcgill.ca)

*Remerciements*

*Les auteurs souhaitent remercier les professionnels consultés dans le cadre de cette étude pour leur disponibilité ainsi que leur généreuse participation. Cette étude a été financée en partie par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. La contribution de la Fondation Jean Lapointe dans l'octroi d'une bourse d'études à un des auteurs (IP) a également permis la réalisation de cette étude.*

## Résumé

**Contexte :** Implantation d'un projet pilote instauré par le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) dans le but de faciliter l'accès aux services spécialisés en transférant les patients dépendants aux opioïdes, stabilisés par un traitement de substitution en centres spécialisés, vers des services offrant des soins primaires de la région de Montréal.

**Objectif :** Identifier les principaux obstacles reliés au transfert de patients suivis dans des établissements spécialisés vers des centres de soins primaires.

**Procédure :** La perspective des gestionnaires et des intervenants impliqués dans l'organisation du processus de transfert a été documentée à partir de deux groupes de discussion, cinq entrevues individuelles semi-structurées et de rencontres du comité d'implantation du projet. Un total de 22 informateurs-clés a ainsi été consulté.

**Résultats :** Une analyse de contenu a permis de dégager les principaux obstacles rapportés dans les propos des informateurs-clés qui ont été rencontrés. Ces obstacles sont les suivants : 1) les difficultés d'accès aux médecins généralistes dans les soins primaires ; 2) les critères de transfert des patients retenus dans le cadre du projet pilote ; 3) la complexité des structures organisationnelles ; ainsi que 4) la réticence de la clientèle à être transférée vers d'autres services.

**Conclusion :** Bien que le nombre de patients transférés (16) soit moindre que celui qui avait été ciblé au départ (45), ce projet pilote permet tout de même de démontrer la faisabilité de cette démarche. Sur la base des principaux obstacles identifiés dans l'implantation de ce projet, dont celui des critères de sélection des patients admissibles à un transfert, des correctifs permettraient d'augmenter significativement le nombre de transferts.

**Mots-clés :** opioïdes, services spécialisés, méthadone, transfert, soins de santé primaires

## Treatment of opioid addiction: Evaluation of a Montreal project to transfer stabilized users to general health care services

### Abstract

**Background:** *Implementation of a pilot project initiated by the Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) to facilitate access to specialized services by transferring patients who are opioid-dependent, but stabilized by a substitution treatment in a specialized centre, to primary health care services in the Montreal region.*

**Objective:** *To identify the main obstacles related to the transfer to primary health care centres of patients previously treated in specialized establishments.*

**Selection of studies and data extraction:** *The perspectives of managers and professional staff members involved in the organization of the transfer process were documented through the use of two focus groups, five semi-structured individual interviews, and meetings of the project's follow-up committee, for a total of 22 consulted key informants.*

**Results:** *Through the use of content analysis involving the comments made by key informants, the main obstacles were identified. These included: 1) the difficulties associated with access to general practitioners in primary care; 2) the transfer criteria required for patients to be eligible for participation in the project; 3) the complexity of organizational structures; and 4) the reluctance of the clientele to be transferred to other services.*

**Conclusion:** *Though the number of transferred patients (16) was lower than predicted at the onset of the project (45), the feasibility of this process was nonetheless demonstrated. Based on the principal obstacles identified in implementing this project, namely those concerning the selection criteria for determining the eligibility of patients for transfer, modifications to the process could significantly increase the number of transfers.*

**Keywords:** *opioid, specialized services, methadone, transfer, primary health care services*

## Tratamiento de la dependencia a los opioides: evaluación de un proyecto montrealés de transferencia de usuarios estabilizados a los centros de salud generales

### Resumen

**Contexto:** *Implantación de un proyecto piloto instaurado por el Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) con el objetivo de facilitar el acceso a los servicios especializados, transfiriendo a los pacientes dependientes de los opioides, estabilizados por un tratamiento de sustitución en centros especializados, a servicios que ofrezcan atención primaria en la región de Montreal.*

**Objetivo:** *Identificar los principales obstáculos vinculados con la transferencia de pacientes que se atienden en establecimientos especializados hacia centros de salud primarios.*

**Procedimiento:** *La perspectiva de los gestores y del personal interviniente implicados en la organización del proceso de transferencia ha sido documentada a partir de dos grupos de discusión, cinco entrevistas individuales semi-estructuradas y reuniones del comité de implantación del proyecto. Se ha consultado de esta manera a un total de 22 informadores clave.*

**Resultados:** *Un análisis del contenido ha permitido separar los principales obstáculos mencionados por los informadores clave que se entrevistaron. Estos obstáculos son los siguientes: 1) las dificultades de acceso a los médicos generalistas en materia de atención primaria de salud; 2) los criterios de transferencia de pacientes elegidos en el marco del proyecto piloto; 3) la complejidad de las estructuras organizativas y 4) la reticencia que opone la clientela a su traslado a otros servicios.*

**Conclusion:** *Si bien la cantidad de pacientes transferidos (16) es menor que el objetivo del comienzo, este proyecto piloto permite de todos modos demostrar la factibilidad de la propuesta. Una vez identificados los principales obstáculos para la implantación de este proyecto, entre los cuales se cuenta el de los criterios de selección de los pacientes admisibles a una transferencia, pueden aplicarse correctivos que permitirían aumentar de manera importante la cantidad de transferencias.*

**Palabras clave:** *opioides, servicios especializados, metadona, transferencia, atención de salud primaria*



## Introduction

### Le traitement de substitution

Le traitement de substitution aux opioïdes a fait l'objet de très nombreuses évaluations et son efficacité a pu être démontrée dans plusieurs contextes culturels différents (Fiellin & al., 2001 ; Gruer & al., 1997 ; Harris & al., 2006 ; Langendam & al., 1998 ; McMurphy, Shea, Switzer, & Turner, 2006 ; Merrill & al., 2004 ; Plomp, Van Der Hek, & Herman, 1996 ; Sheridan, Goodyear-Smith, Butler, Wheeler, & Gohns, 2008 ; Wittchen & al., 2008). Ce traitement consiste à proposer un produit de remplacement qui pénètre progressivement dans l'organisme, qui ne produit pas de sensation euphorisante et qui maintient le consommateur dans un état fonctionnel (Paquin, 2003). Il permet d'éviter les symptômes de sevrage et de réduire les risques associés aux comportements d'injection tout en diminuant le désir de consommer (MSSS, 2006 ; Paquin, 2003). Les deux principales molécules proposées dans le cadre de ce traitement sont la méthadone et la buprénorphine.

À l'image de la population générale, les consommateurs d'opioïdes ne représentent pas un groupe homogène. Toutefois, les caractéristiques décrivant les consommateurs québécois admis dans les centres spécialisés pour un traitement de substitution mettent en lumière une population particulièrement vulnérable. Les principaux problèmes observés chez ces personnes sont des antécédents de perte d'un parent, de violence physique ou sexuelle ainsi que familiale, des difficultés fonctionnelles sur les plans familial, parental et social. On note aussi des problèmes de santé mentale de type affectif, anxieux ou de troubles de la personnalité, un abus ou une dépendance à d'autres substances que les opioïdes, une morbidité et une mortalité accrues, des conditions de santé physique détériorées et souvent associées à des maladies infectieuses contractées

(hépatites, VIH, infections transmissibles sexuellement et par le sang), des problèmes reliés à l'emploi et des démêlés avec la justice (Day & al., 2008; Gruer & al., 1997; Merrill & al., 2004; MSSS, 2006; Perreault & al., 2007).

## **L'organisation des services entourant le traitement de substitution**

Les organisations de services et les politiques des traitements de substitution varient considérablement dans les divers pays du monde, ainsi qu'à l'intérieur du Canada (Santé Canada, 2008).

L'apparition de l'épidémie du VIH dans les années 1980 a beaucoup contribué au développement du traitement de substitution (Broers & Hošek, 2006; Day & al., 2008; Matheson, Pitcairn, Bond, Teijlingen, & Ryan, 2003; Morel, 2006; MSSS, 2006; Niçaise, 2006; Paquin, 2003; WHO, 2004). De nombreux efforts ont alors été déployés au niveau international pour augmenter l'accès au traitement de substitution afin de freiner l'épidémie du sida auprès des utilisateurs de drogues injectables. Certains pays ont privilégié l'accès au traitement de substitution par le biais des soins primaires privilégiant ainsi des politiques de santé publique. Par exemple, au Royaume-Uni, les omnipraticiens des soins primaires assurent l'accès au traitement de substitution et peuvent transférer leurs patients vers un centre spécialisé si la situation le requiert. Les omnipraticiens traitants s'engagent toutefois à assurer la prise en charge du patient lorsque celui-ci est stabilisé (Day & al., 2008; Gruer & al., 1997). Même s'ils se limitent normalement à la prise en charge de cinq patients, le temps et l'énergie consacrés à cette clientèle semblent disproportionnés par rapport aux autres clientèles traitées. La formation offerte aux omnipraticiens du Royaume-Uni demeure très importante et propose une approche par les pairs (Ford & Ryrie, 2000). Cette structure de soins n'est pas encore disponible partout au Royaume-Uni et le recrutement des omnipraticiens demeure un enjeu important (Day & al., 2008).

La recension des écrits permet d'apprécier d'autres modes d'organisation des services sur le plan international. Par exemple, en Belgique, on offre à la fois des traitements de substitution dans les services de soins primaires et dans les centres spécialisés en toxicomanie (Niçaise, 2006). En France, on propose une organisation de services où les traitements de substitution avec buprénorphine sont mis en place par les médecins des soins primaires alors que la méthadone est plutôt réservée aux centres spécialisés (Morel, 2006). En Suisse, on note une organisation de services où les traitements de substitution sont surtout instaurés au niveau des services de soins primaires, tout en étant aussi offerts par les centres spécialisés (Broers & Hošek, 2006). Ces trois pays se caractérisent par une accessibilité étendue des traitements de substitution et le processus de transfert de patients, lequel ne semble aucunement constituer un enjeu significatif.

Dans d'autres pays, on a préféré développer une organisation de services permettant l'accès au traitement de substitution par les centres spécialisés en toxicomanie, adhérant ainsi à des politiques visant des objectifs de réadaptation en toxicomanie. À cet effet, en Nouvelle-Zélande, depuis 1996, on a mis en place une organisation de services permettant le transfert de la clientèle stabilisée (Sheridan, Goodyear-Smith, Butler, Wheeler, & Gohns, 2008). Les critères de transfert considérés sont très nombreux et exigeants afin de pouvoir cibler une clientèle très stable. Les écrits scientifiques indiquent que l'obstacle principal au transfert semble le manque de confiance du personnel des centres spécialisés face aux soins offerts par les omnipraticiens œuvrant au niveau des soins primaires, et ce, malgré la formation reçue (Sheridan, Goodyear-Smith, Butler, Wheeler, & Gohns, 2008). Les nombreuses demandes des patients qui nécessitent beaucoup de temps et d'énergie, l'instabilité des patients ainsi que la présence de nombreux problèmes de comorbidité chez cette clientèle sont également rapportées (Sheridan, Goodyear-Smith, Butler, Wheeler, & Gohns, 2008). Aux États-Unis, on a

aussi retenu une organisation de services similaire pour le traitement avec méthadone, bien que les médecins travaillant dans les services de soins primaires aient aussi la possibilité de prescrire le traitement de substitution à la buprénorphine (McMurphy & al., 2006). Les écrits scientifiques présentent plusieurs études américaines portant sur le transfert de la clientèle. Ces transferts permettent entre autres d'accéder à un traitement plus avantageux tel que l'obtention de doses non supervisées supplémentaires ainsi que des rendez-vous de suivi plus espacés (Fiellin & al., 2001 ; Merrill & al., 2004). Les principaux obstacles au transfert sont l'accès difficile aux services de santé mentale, le manque d'accessibilité aux intervenants en toxicomanie ainsi que la continuité du traitement des patients lors de l'absence des omnipraticiens des services de soins primaires (Fiellin & al., 2004 ; McMurphy & al., 2006). Finalement, la perception négative des omnipraticiens face à la clientèle semble être un obstacle majeur ; les patients sont décrits comme étant manipulateurs, « demandants », difficiles, dérangeants et menaçants (McMurphy & al., 2006). La sécurité du personnel, mais aussi des autres clientèles, a également été soulignée. Au Canada, ce sont généralement les services spécialisés qui constituent le principal accès à ce type de traitement.

### **L'accès au traitement de substitution au Canada**

Des difficultés d'accessibilité importantes aux traitements de substitution sont observées au Canada. En 2000, les chercheurs estimaient qu'il pouvait y avoir de 40 000 à 90 000 personnes faisant un usage régulier d'héroïne au pays alors que le nombre de patients bénéficiant d'un traitement de substitution était estimé à 15 000 personnes (Santé Canada, 2008).

Il est important de souligner que chaque province canadienne assure certaines responsabilités en matière de service de santé, dont les traitements de substitution. L'organisation des

services diffère donc d'une province à l'autre. Par exemple, la Colombie-Britannique, l'Ontario, le Québec et la Saskatchewan possèdent leurs propres lignes directrices en matière de traitement de substitution alors que les autres provinces utilisent les lignes directrices de Santé Canada (Santé Canada, 2008).

De façon générale, les différentes provinces canadiennes offrent l'accès au traitement de substitution dans des centres spécialisés en toxicomanie. Bien que Santé Canada souligne l'importance d'une suite continue de prestations des traitements de substitution à différents niveaux du système de santé et de l'intérêt d'impliquer les omnipraticiens dans les solutions pour améliorer l'accessibilité au traitement, un réel processus de transfert ne semble pas clairement envisagé (Santé Canada, 2008).

### **Le contexte québécois**

Au Québec, l'accessibilité aux traitements de substitution demeure très restreinte, particulièrement dans la région de Montréal. Seulement 18% de l'ensemble des personnes dépendantes aux opioïdes seraient rejoints par un traitement de substitution, la majorité (66%) résidant dans la région de Montréal (CRAN, 2008; MSSS, 2006).

Le Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) est le principal centre spécialisé en traitement de substitution pour les opioïdes à Montréal; il offre ce traitement à environ 720 patients dont plusieurs sont stables et pourraient poursuivre leur traitement dans des centres non spécialisés en toxicomanie. Le temps d'attente pour avoir accès au traitement peut varier de six à douze mois. Le développement d'ententes de services sur le transfert de patients stables, suivis dans les centres spécialisés, vers des soins primaires représente donc un enjeu important pour améliorer l'accès au traitement de substitution. Il importe toutefois d'ajouter qu'à Montréal, tout comme dans l'ensemble du Québec, les difficultés d'accès au traitement de substitution

sont accentuées par le contexte général de pénurie d'omnipraticiens (Collège des médecins du Québec, 2007).

### **Un projet pilote d'arrimage entre les services généraux et spécialisés à Montréal**

En 2006, les centres spécialisés de Montréal ont entamé des démarches auprès des directeurs généraux des centres de santé et de services sociaux (CSSS) dans le but d'amorcer le transfert de patients stabilisés vers les soins primaires, comme recommandé par les orientations ministérielles (MSSS, 2007). Parallèlement à cette démarche, le CRAN a effectué des représentations auprès de son partenaire privilégié, le CSSS Jeanne-Mance, afin d'élaborer et d'actualiser un projet à cet effet. En juin 2008, le CRAN amorçait l'implantation d'un projet pilote pour le transfert des patients stabilisés vers les soins primaires.

Les principaux partenaires de ce projet sont les trois centres spécialisés en substitution de Montréal, soit le CRAN, la clinique de médecine familiale Herzl de l'Hôpital général juif, le service de médecine des toxicomanies de l'Hôpital Saint-Luc (CHUM) ainsi que le CSSS Jeanne-Mance et la clinique médicale l'Actuel. Le Centre de recherche de l'Institut Douglas participe également au projet afin d'assurer l'évaluation de son implantation.

Les centres se sont d'abord concertés sur des critères de transfert ainsi que sur des modalités de fonctionnement. Ensuite, une formation sur le traitement de substitution a été offerte aux professionnels du CSSS Jeanne-Mance. Une formation portant sur l'outil d'évaluation DEBA a aussi été dispensée aux professionnels des centres spécialisés pour l'évaluation du niveau de stabilité de la consommation d'alcool et de drogues. Le projet visait le transfert d'environ 45 patients parmi les cent dix-sept (117) qui étaient alors suivis dans les centres spécialisés et qui résidaient sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance.

En janvier 2009, les centres spécialisés procédaient au triage des patients ; le processus était enclenché.

Malgré l'engagement des partenaires impliqués, le fait que le projet s'inscrive dans les orientations ministérielles du Québec et qu'il ait été endossé à la fois par le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, les obstacles rencontrés lors de son implantation ont limité le nombre de patients transférés à 14, parmi les 117 qui avaient été considérés comme admissibles. Dans ce contexte, la présente étude a été menée afin d'identifier les principaux facteurs qui ont pu faire obstacle au transfert vers les soins primaires.

## **Méthode**

### **Procédure**

L'étude est basée sur la consultation d'informateurs-clés associés aux différents organismes impliqués dans le projet. Les consultations ont été menées dans le cadre de petits groupes de discussion (Krueger, 1997) et d'entrevues individuelles semi-structurées, au terme du projet de transfert. En outre, l'information recueillie a été complétée par l'analyse du contenu de deux rencontres du comité de suivi. Un total de 22 informateurs-clés ont ainsi été consultés.

Les démarches évaluatives effectuées dans le cadre de cette étude ont fait l'objet d'une demande multicentrique auprès des cinq comités d'éthique concernés (Centre universitaire de l'Université de Montréal (CHUM), Hôpital général juif, CSSS Jeanne-Mance, centres de réadaptation en toxicomanie et l'Institut universitaire en santé mentale Douglas). Les informateurs-clés interviewés dans le cadre du projet devaient signer un formulaire de consentement décrivant le projet ainsi

que leur contribution à celui-ci. Ils devaient aussi autoriser la captation sonore des échanges. Les mesures prises pour assurer la confidentialité des informations recueillies étaient alors décrites aux participants : engagement des chercheurs, aucun nom associé aux notes et transcriptions, aucun nom transmis lors de la communication des résultats et dans les rapports, ainsi que la censure de toute information permettant l'identification des répondants. Sauf pour le comité de suivi, qui regroupait à la fois des intervenants et des gestionnaires, les petits groupes de discussion ainsi que les entrevues individuelles ont permis de consulter les intervenants sans qu'ils aient à confronter leurs propos à ceux des gestionnaires responsables des programmes. Ceci avait pour but de faciliter chez eux l'expression libre de leur opinion, sans devoir être confrontés aux positions de participants qui auraient un lien hiérarchique avec eux.

Le canevas d'entrevue pour les consultations de groupe et pour les entrevues individuelles a été élaboré à partir de la recension des écrits et aussi en fonction de thèmes ayant émergé lors des rencontres du comité de suivi. Il comporte trois thèmes principaux :

- 1) les principales raisons des organismes pour participer au projet ;
- 2) l'appréciation générale du projet de la part des professionnels consultés ; et
- 3) les obstacles au transfert identifiés par les professionnels consultés.

Un premier groupe de discussion a été mené auprès des professionnels des soins primaires du CSSS Jeanne-Mance (trois intervenants, soit deux médecins et une infirmière) et un second auprès des professionnels du centre spécialisé du CRAN (six intervenants, soit trois agents de relations humaines, deux infirmières et un médecin). Les thèmes abordés lors de ces rencontres ont



également été repris lors de cinq entrevues individuelles semi-structurées avec des informateurs-clés du projet, soit par la réalisation de deux entrevues avec des professionnels des centres spécialisés et trois entrevues avec des professionnels rattachés à des équipes offrant des soins primaires.

Les deux groupes de discussion ont été organisés dans les milieux de travail respectifs des professionnels afin de faciliter leur participation. Les professionnels ont été recrutés par leur gestionnaire, en fonction de leur disponibilité. La durée des groupes de discussion a été d'environ 75 minutes. Un formulaire de consentement a été présenté aux professionnels au début de chaque activité. Les deux groupes ont été animés par le chercheur principal (MP) avec l'assistance de deux des auteurs (IP et DM), qui ont aussi participé aux groupes de discussion pour assurer la coanimation et la prise de notes. Une captation sonore a été effectuée pour chacun des groupes, avec l'autorisation de chacun des participants.

Les entrevues individuelles ont également été organisées dans le milieu de travail des professionnels. Les cinq informateurs-clés ont été désignés par l'équipe de recherche en collaboration avec le comité de suivi (une infirmière et une agente de relation humaine en provenance de centres spécialisés, une infirmière et un médecin œuvrant à la fois au niveau des soins primaires et spécialisés). La durée moyenne des entrevues a été d'environ 75 minutes. Un formulaire de consentement a été présenté aux informateurs-clés au début de chaque entrevue. Les entrevues ont également été effectuées par le chercheur principal (MP) avec l'assistance de deux des auteurs (IP et DM). Une captation sonore des entrevues a aussi été effectuée.

Pour ce qui est des rencontres du comité de suivi, deux réunions ont été retenues en raison de leur contenu (l'une au cours du processus de sélection des patients, et une autre au terme du recrutement). Leur contenu a fait l'objet d'une analyse

en fonction des thèmes utilisés pour les entrevues. Il convient de préciser que le comité de suivi est composé de l'ensemble des gestionnaires des organismes qui participent au projet (pour un total de 22 personnes). Les rencontres de ce comité visaient à guider le processus d'évaluation de l'implantation ainsi qu'à permettre les ajustements nécessaires au transfert des patients. Comme ce comité regroupait des gestionnaires qui étaient à l'origine même du projet et qui étaient en contact direct avec les chercheurs pour toute la durée du projet, ils ont pu partager librement leur vision du processus avec ces derniers. La réalisation d'entrevues individuelles avec les gestionnaires n'a pas été jugée nécessaire pour documenter leur point de vue sur l'implantation du projet.

L'analyse des échanges émis lors des rencontres de ce comité a été jugée pertinente pour documenter la perspective des intervenants et des gestionnaires du projet à l'égard des obstacles encourus lors de l'implantation du projet. Dans le cadre de ces rencontres, les chercheurs ont pu soumettre leurs questions et animer les échanges qui se rapportaient à leurs thèmes d'intérêt. Ils pouvaient aussi recueillir les commentaires spontanés des participants sur tout autre sujet qui faisait l'objet de ces rencontres. L'autorisation d'enregistrer les rencontres a été obtenue de chaque participant, au début des deux rencontres retenues d'une durée de 120 minutes chacune. Le chercheur principal et les coauteurs (IP, DM et PS) ont participé à ces comités, dont l'analyse de contenu était prévue dans le cadre du projet de recherche (Perreault & al., 2009).

## **Analyses**

Des transcriptions ont d'abord été effectuées pour l'ensemble des activités de collecte de données. Par la suite, deux grilles d'analyse présentant un processus de catégorisation mixte ont été développées (L'Écuyer, 1988). Ces grilles d'analyse

ont été fondées sur un modèle souple composé de catégories provenant de la recension des écrits et de catégories identifiées au cours de l'analyse. Les grilles ont permis de comptabiliser les unités de sens appartenant à chacune des catégories (une unité de sens étant considérée ici comme un commentaire «complet», possédant un sens en lui-même). Afin d'alléger le présent document, le terme «commentaire» a été retenu pour la présentation des résultats.

Deux grilles ont été utilisées pour l'analyse des groupes de discussion, des entrevues individuelles et des comités de suivis. Un accord inter-juges a été calculé pour chacune des grilles d'analyse afin de vérifier l'objectivité de la démarche (Institut de recherche et de documentation pédagogique, 2010 ; Psynem, 2010). Le degré de concordance des grilles a été établi par le classement des commentaires d'une des entrevues individuelles de manière indépendante par deux des coauteurs (IP et DM). L'accord inter-juges est rapporté en pourcentage, au bas de chaque tableau.

## Résultats

Les résultats sont présentés ici en fonction des étapes chronologiques associées au projet : objectifs, services mis en place, procédures et obstacles identifiés. Afin d'illustrer les propos recueillis, des citations des informateurs-clés ont été insérées dans le texte.

### **Les objectifs poursuivis par les organismes pour s'associer au projet**

Trente-sept (37) commentaires ont été formulés au sujet des objectifs liés à la participation au projet (voir le tableau 1). Parmi ceux-ci, 19 (51,4%) sont en conformité avec l'objectif

du projet pilote, soit d'améliorer l'accessibilité au traitement de substitution par le transfert de la clientèle stabilisée :

«On pourrait permettre d'offrir le traitement de méthadone à beaucoup plus de personnes qui ont besoin de services spécialisés» (intervenante d'un centre spécialisé).

**Tableau 1 : Objectif poursuivi par l'organisme tel que perçu par les professionnels**

Objectif poursuivi par l'organisme pour participer au projet	Nombre de commentaires	Total (n=37) (%)
Augmenter l'accessibilité au service de substitution	19	51,4
Permettre le recrutement d'une infirmière	13	35,1
Assurer un meilleur appariement du service aux besoins de l'utilisateur	5	13,5

*Note.* Pourcentage accord inter-juges : 100%

Le financement du projet pilote a permis aux soins primaires de recruter une infirmière afin de soutenir les médecins dans la prise en charge de la clientèle transférée. Treize (13) commentaires (35,1 %) provenant des professionnels des soins primaires indiquent que ce recrutement a grandement motivé leur organisme à prendre part au projet pilote. Les services de soins primaires recrutés pour participer au projet offraient déjà le traitement de substitution au sein de leur service. L'arrivée d'une infirmière formée au traitement de substitution venait donc consolider un service déjà présent dans l'organisme. Finalement, cinq commentaires (13,5 %) appuient l'objectif de transférer la clientèle stabilisée afin de lui donner accès à un traitement qui convient à ses besoins et à sa situation.

## **Les services mis en place pour la réalisation du projet**

Certains services ont été développés pour la réalisation du projet et ils ont suscité des commentaires spécifiques. Afin de mieux saisir la portée de ces commentaires, il convient d'énumérer ici les services en cause :

- Le projet pilote a permis aux soins primaires de recruter une infirmière pour soutenir le traitement de substitution de la clientèle transférée. L'infirmière contribuait ainsi à assurer la continuité du traitement de substitution dans les soins primaires en répondant aux différents besoins et demandes des usagers en collaboration avec le médecin traitant.
- Des services psychosociaux ont été offerts par les organismes dispensant des services de soins primaires à la clientèle transférée qui en faisait la demande.
- Une formation sur le traitement de substitution a été offerte au personnel des soins primaires en fonction de son expertise. Ainsi, des formations portant sur le traitement de substitution ont été offertes au personnel psychosocial, infirmier, médical ainsi que de l'accueil du CSSS Jeanne-Mance.
- Une formation portant sur l'outil de dépistage DÉBA alcool et drogues a été offerte au personnel des centres spécialisés susceptibles d'être impliqués dans le projet. Cet outil vise à dépister les consommateurs à risque et à évaluer de façon sommaire la gravité de la consommation des personnes reconnues comme ayant une consommation à risque (Tremblay, Blanchette-Martin & Gillet, 2005). Le but de l'instrument est normalement d'assister les intervenants des soins primaires dans l'évaluation de la consommation d'alcool ou de drogues de leur clientèle et dans l'orientation de celle-ci vers un niveau de service

approprié à la sévérité de la consommation. L'utilisation du DÉBA alcool et drogues dans le cadre du projet pilote visait donc à identifier les clients qui ne présentaient pas de dépendance à des substances autres que leur médication de substitution.

- Finalement, une agente de liaison a été mandatée pour assurer l'arrimage des différents partenaires. Plus spécifiquement, elle recevait les références des centres spécialisés, communiquait les informations aux soins primaires, veillait au bon déroulement du transfert, en faisant le lien entre les professionnels des centres spécialisés et des soins primaires ainsi qu'avec les personnes transférées, et accompagnait la clientèle au besoin.

Les commentaires émis par les personnes consultées sont regroupés au tableau 2 en fonction de chacun des services associés au projet. Au total, 66 commentaires ont porté sur ces services.

**Tableau 2 : Services mis en place pour la réalisation du projet**

Catégories	Nombre de commentaires		
	Difficulté d'accès au service (obstacle)	Bénéfice associé à l'utilisation (avantage)	Total
Infirmière associée aux soins primaires	7	27	34
Agente de liaison entre les organismes participants	0	11	11
Participation du personnel aux formations prévues			
• Des soins primaires	7	4	11
• Des centres spécialisés	0	2	2
Intervenant psychosocial assigné aux soins primaires	8	0	8
Total	22	44	66

*Note.* Pourcentage accord inter-juges : 100%

L'infirmière recrutée au sein des soins primaires a été mentionnée le plus fréquemment en rapport aux services entourant l'implantation du projet (34 commentaires). Il importe de souligner que la présence de l'infirmière fut très appréciée pour soutenir le traitement de substitution dans les soins primaires. L'accès à cette intervenante a toutefois été évoqué comme problématique dans les commentaires se rapportant aux obstacles. En fait, l'infirmière était parfois présente dans un seul point de service, alors que les médecins traitants étaient quant à eux localisés dans trois points de service différents.

La présence d'une agente de liaison semble aussi avoir été appréciée (11 commentaires). Il a entre autres été souligné que cette dernière facilite beaucoup l'arrimage entre les organismes et semble nécessaire au bon fonctionnement des transferts.

Les formations données aux professionnels représentent un autre aspect du projet qui a été apprécié (4 commentaires en provenance des organismes de soins primaires et 2 commentaires provenant des centres spécialisés). Certains obstacles ont tout de même été identifiés dans le cadre de l'organisation de ces formations. Plus particulièrement, certaines infirmières attirées au projet n'ont pas participé à la formation et plusieurs professionnels ignoraient même que ces formations avaient eu lieu. Une infirmière ayant participé à la formation a souligné qu'elle n'était pas suffisante et qu'un accompagnement supplémentaire aurait été souhaitable, tel que l'organisation d'un stage dans un centre spécialisé.

Des difficultés ont également été soulevées au sujet du poste d'intervenant psychosocial, dont l'existence est demeurée inconnue pour l'ensemble des professionnels (8 commentaires). L'accès à cet intervenant a donc été impossible.

## Les procédures mises en place pour la réalisation du projet

Ces commentaires se rapportent plus spécifiquement aux différentes procédures mises en place par le comité de suivi et par les centres spécialisés pour la réalisation du projet pilote. La première catégorie de commentaires se rapporte à l'ensemble des procédures organisationnelles développées dans les centres spécialisés afin de procéder à l'identification de leur clientèle pouvant être transférée. Les autres catégories font référence aux différentes procédures pour lesquelles les organismes partenaires se sont entendus dans le cadre des comités de suivi. L'ensemble des commentaires est présenté au tableau 3, selon leur fréquence d'apparition dans chaque catégorie. Au total, 147 commentaires ont porté sur les procédures mises en place pour la réalisation du projet.

**Tableau 3 : Procédures mises en place pour la réalisation du projet**

Catégories	Nombre de commentaires		
	Obstacle	Avantage	Total
Processus de référence des usagers	27	26	53
Critères retenus pour transférer la clientèle			
• Outil de dépistage (DÉBA)	35	0	35
• « Balises cliniques » définissant la stabilité de l'utilisateur en traitement	26	3	29
• Résider dans le territoire du CSSS Jeanne-Mance	18	4	22
Outils développés spécifiquement pour la référence des usagers	4	4	8
Total	110	37	147

*Note.* Pourcentage accord inter-juges : 73 %



En premier lieu, les résultats indiquent que le processus de référence des usagers élaboré dans les centres spécialisés suscite autant de commentaires y attribuant des obstacles que de commentaires y associant des avantages (27 contre 26 commentaires, pour un total de 53). Bien qu'incontournable, ce processus a été grandement critiqué pour sa lourdeur administrative en raison des nombreuses étapes nécessaires à l'identification des usagers « transférables », des rencontres de discussion d'équipe, et des rencontres devant être organisées avec les usagers concernés. L'ampleur du travail à effectuer a poussé deux centres spécialisés à mandater des professionnels pour s'acquitter de ces tâches. Un de ces centres spécialisés n'a pas été en mesure de développer ce type de processus interne et n'a donc pas pu transférer de patients. Le fait de disposer d'un mécanisme de référence faciliterait donc le processus de transfert des patients, mais pourrait aussi représenter un obstacle en raison du temps qu'il faut lui consacrer.

Les critères retenus pour transférer la clientèle semblent avoir constitué un obstacle important dans la réalisation du projet. Afin d'être considéré pour un transfert, un patient devait :

- 1) habiter le territoire du CSSS participant au projet, lequel devait assurer son suivi en soins primaires ;
- 2) ne pas être dépendant à des substances psychoactives (selon l'outil de dépistage le DÉBA alcool et drogues) ; et
- 3) répondre à certains critères de stabilité (« balises cliniques »), dont avoir atteint un « dosage de confort » dans la médication de substitution, ne pas être contraint à l'administration de doses supervisées et ne pas être soumis à des mesures disciplinaires.

La majorité des difficultés identifiées à l'endroit de ces critères sont celles qui se rapportent au choix de l'outil de dépistage DÉBA alcool et drogues (35 commentaires). Les professionnels

ont grandement critiqué le choix de cet outil de dépistage, plus particulièrement en raison de l'évaluation de la gravité de la consommation des patients considérée trop sévère par les professionnels consultés, tout spécialement pour la consommation de cannabis : « Le DÉBA n'est pas un outil d'évaluation approprié. Cet outil s'avère peu pertinent pour le projet et est excessivement sévère face à la consommation » (intervenant d'un centre spécialisé). Les conséquences d'un long problème de dépendance, parfois encore présent dans la vie des patients rencontrés, auraient nuit à l'évaluation de la gravité de la consommation avec cet outil. Sa pertinence a également été remise en question par les professionnels puisque le DÉBA alcool et drogues est normalement utilisé pour l'orientation des demandes de services dans des organismes dispensant des soins primaires (Tremblay, Blanchette-Martin & Gillet, 2005).

Les « balises cliniques », c'est-à-dire les guides visant à aider les intervenants à évaluer la stabilité de la clientèle à transférer, ont été identifiées comme un obstacle à la réalisation du projet (26 commentaires). Les professionnels interviewés ont souligné à plusieurs reprises l'absence de critères permettant d'évaluer la santé mentale ainsi que l'intégration sociale de la clientèle transférée : « Le DÉBA était axé sur des critères de toxicomanie, pas du tout de santé mentale ou de fonctionnalité ou d'habiletés sociales... Aussi, c'est un truc qui est fait pour les gens qui sont au début d'une toxicomanie, pas pour des gens qui en sont revenus depuis longtemps. Et même si certains patients consomment un peu, ils peuvent être tout à fait fonctionnels » (intervenant d'un centre spécialisé).

Finalement, le fait que les patients devaient être absolument transférés vers des ressources médicales du secteur désigné pour le projet pilote a également été identifié comme un obstacle (18 commentaires). Ce quartier est en effet réputé pour accueillir une clientèle itinérante et désorganisée par la consommation. Puisqu'il

est localisé à proximité de deux des centres spécialisés, le transfert était peu avantageux pour la clientèle, car il n’offrait ni économie de temps de transport, ni changement de réseau. Il convient toutefois de souligner que cette situation a néanmoins été perçue comme avantageuse par certains professionnels du CSSS Jeanne-Mance, dans la mesure où ce critère respectait le mandat populationnel et limitait par le fait même le nombre de patients transférés.

Finalement, la documentation utilisée pour la transmission des informations dans le cadre du projet semble avoir été appréciée de façon générale (4 commentaires). Les obstacles soulevés dans cette catégorie semblent reliés davantage à des problèmes de communication entre les partenaires en ce qui concerne l’obtention de la version anglophone des différents formulaires et dépliants utilisés dans le cadre des transferts (4 commentaires).

## **Les autres obstacles et éléments qui ont facilité le transfert des patients**

De nombreux professionnels ont mentionné d’autres obstacles et éléments favorisant le transfert des patients (371 commentaires). Ils sont rapportés au tableau 4 et se répartissent en fonction des thèmes suivants.

### **Obstacles d’ordre organisationnel**

#### **Les particularités du traitement de substitution**

Les particularités du traitement de substitution ont été identifiées comme un obstacle important au transfert de la clientèle stabilisée, plus particulièrement par les professionnels des soins primaires (53 commentaires). Elles comprennent les exigences reliées aux lignes directrices émises conjointement par le Collège des médecins du Québec et l’Ordre des pharmaciens du

Québec qui réglementent le traitement ainsi que tous les protocoles et modes de fonctionnement qui en découlent. Les suivis administratifs reliés au traitement, plus particulièrement face au travail de partenariat avec les pharmaciens, aux télécopies des prescriptions, ainsi qu'aux horaires de garde des médecins traitants, demeurent un obstacle important. Les avantages perçus (2 commentaires) sont reliés à l'efficacité du traitement.

**Tableau 4 : Obstacles/avantages perçus par les professionnels**

Catégories	Nombre de commentaires		
	Obstacle	Avantage	Total
<b>Au niveau organisationnel</b>			
Les particularités du traitement avec méthadone	53	2	55
La complexité de la structure organisationnelle	48	2	50
La volonté de certains professionnels de s'investir dans le projet	25	0	25
Le nombre de médecins dans les soins primaires	23	0	23
L'opinion de certains professionnels face aux organismes partenaires	20	2	22
La présence de médecins prescrivant déjà le traitement de substitution au sein des soins primaires	10	25	35
L'augmentation de la tarification de l'acte médical dans le traitement de substitution	0	8	8
<b>Au niveau clinique</b>			
Les problèmes de comorbidité de la clientèle transférée	40	0	40
La réticence des patients au transfert	40	0	40
L'opinion de certains professionnels face à la clientèle	27	15	42
Les difficultés d'observance au traitement de la clientèle	19	0	19
La crainte de comportements agressifs de la clientèle	12	0	12
Total	317	54	371

*Note.* Pourcentage accord inter-juges : 66%

### **La complexité de la structure organisationnelle**

La complexité de la structure organisationnelle représente un obstacle pour les intervenants des soins primaires dont les services sont partagés entre trois sites (48 commentaires). Cette structure semble compliquer beaucoup l'accès à certains services, dont les services de l'infirmière, mais réduit aussi la communication entre les divers professionnels impliqués dans le traitement. La particularité de l'organisation des services offerts en centres spécialisés a également été identifiée comme un obstacle, plus particulièrement face au manque de précision dans certains plans d'intervention qui n'annonçaient généralement pas la fin des services, à l'interprétation parfois différente des lignes directrices par les médecins des centres spécialisés, ainsi qu'à l'absence d'une fin de traitement clairement annoncée lors de l'admission. Finalement, la présence de la Clinique médicale l'Actuel en tant que fournisseur de soins primaires est apparue comme un avantage. Comme cette clinique est spécialisée en infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), elle possède une organisation de services particulière visant à encadrer efficacement les demandes des clients, qui s'est avérée nécessaire et facilitante dans le cadre de ce traitement (2 commentaires).

### **Le « manque de volonté » de certains professionnels à s'investir dans le projet**

Cet obstacle a fait l'objet de 25 commentaires et a été rapporté principalement par les professionnels des soins primaires qui trouvent la clientèle « demandante » (14 des 25 commentaires). Les professionnels des centres spécialisés hésiteraient, pour leur part, à s'engager dans un long processus de transfert de leur clientèle, surtout lorsqu'elle est stable et facile à traiter.

### **La difficulté d'accès aux médecins dans le réseau de la santé**

Des difficultés de prise en charge sont rapportées dans les centres de soins primaires en raison de l'accès aux médecins généralistes, déjà surchargés (23 commentaires). Afin d'accroître l'intérêt de ces derniers à accueillir cette clientèle, des médecins ont proposé d'augmenter la tarification de l'acte médical dans le traitement de substitution (8 commentaires).

### **L'opinion de certains professionnels face aux organismes partenaires du projet**

Les vingt (20) commentaires entourant cet obstacle concernent principalement le centre spécialisé qui n'a pas procédé à l'identification de sa clientèle stabilisée et qui n'a transféré aucun patient. Cette absence de participation a été sévèrement critiquée par plusieurs professionnels rencontrés qui ont interprété l'absence de transfert comme un manque d'implication du partenaire dans le projet. Des représentants de ce centre spécialisé ont toutefois expliqué que le transfert des patients stables ne présentait que peu d'avantages pour leur organisme et qu'il n'avait aucun impact sur l'accessibilité au traitement offert. Des médecins des centres spécialisés ont rapporté avoir peu confiance envers certains médecins des soins primaires et auraient refusé de transférer leur clientèle vers eux. Cette opinion s'ajoute aux obstacles concernant les services offerts par des ressources partenaires : «Il y a des médecins qui étaient contre les transferts. Il y a un médecin ici qui a dit "je ne veux pas transférer à cet autre médecin parce que je n'ai pas confiance dans ce médecin là."»

### **La présence de médecins prescrivant déjà le traitement de substitution au sein des soins primaires**

La présence de médecins semble être un facteur qui aurait facilité le déroulement du projet (25 commentaires). Malheureusement, certains médecins étant déjà familiers avec

le traitement et la clientèle ressentent une pression de leurs collègues qui comptent beaucoup sur leurs conseils et leur expertise (10 commentaires).

### **Obstacles d'ordre clinique**

Des facteurs d'ordre clinique ont été rapportés comme représentant des obstacles importants au transfert des patients. Ils ont été regroupés sous cinq thèmes principaux.

#### **Les problèmes de comorbidité de la clientèle transférée**

Plusieurs professionnels ont proposé d'ajouter un critère d'évaluation de la stabilité de la clientèle portant sur la santé mentale (40 commentaires). Ce critère devrait tenir compte de la stabilité émotionnelle et de l'importance des troubles de personnalité, car il est difficile pour les patients aux prises avec ces problèmes d'avoir accès aux services en santé mentale. Il s'agit d'un défi important dans le traitement de certains patients des centres spécialisés, ce qui nuit à l'éventualité d'un transfert dans les soins primaires.

#### **La réticence des patients au transfert**

Plusieurs professionnels consultés ont rapporté (40 commentaires) que la clientèle abordée dans le cadre de ce projet a souvent exprimé son désir de demeurer en traitement au sein des centres spécialisés. Ces personnes ont mentionné ne pas vouloir briser le lien thérapeutique établi avec les professionnels depuis plusieurs années et auraient eu l'impression d'avoir accès à des services plus personnalisés dans les centres spécialisés. Il faut souligner qu'en début de traitement, la clientèle des centres spécialisés n'avait généralement pas été informée d'un transfert possible vers des soins primaires.

«La réticence de patients face au transfert a été difficile pour nous [les équipes traitantes]. Certains professionnels

ont senti qu'ils devaient imposer le transfert au patient. On ne leur demandait pas vraiment s'ils souhaitaient être transférés. Ils n'auraient jamais souhaité être transférés. Si on voulait faire des transferts, il fallait leur dire...» (intervenante d'un centre spécialisé);

«Il y a des gens pour lesquels le processus a pris énormément de temps parce qu'ils ne voulaient pas être transférés, ils ne voulaient pas faire le DÉBA. Il a fallu refixer des rendez-vous à plusieurs reprises. Ils vivaient cela comme un rejet, ils ne voulaient pas être transférés» (intervenante d'un centre spécialisé).

### **L'opinion de professionnels à l'endroit de la clientèle**

Certains professionnels des soins primaires (27 commentaires) ont qualifié la clientèle ciblée par le projet comme «demandante», qui crée des problèmes, qui ne respecte pas les modes de fonctionnement mis en place et qui s'investit peu dans le traitement et les suivis demandés. Plusieurs professionnels consultés reconnaissent toutefois que cette même clientèle devient très attachante lorsque l'on s'intéresse à son cheminement personnel et aux difficultés qu'elle a rencontrées (15 commentaires).

### **L'observance au traitement**

Les difficultés d'observance de la clientèle au traitement ont également été évoquées comme un obstacle (19 commentaires). La difficulté principale concernerait l'absence au rendez-vous, ce qui a un impact direct sur le travail administratif devant être effectué (par ex., télécopies de la prescription, prise de rendez-vous, etc.) et la rémunération des médecins qui facturent à l'acte.

### **La crainte de comportements agressifs de la clientèle**

Même si aucun comportement agressif n'a été commis par la clientèle transférée, des professionnels craignent les



comportements agressifs (12 commentaires). Cette clientèle semble reconnue par les professionnels pour son manque de respect envers les règles établies et de politesse. Elle semble également exercer une pression importante sur l'ensemble du personnel des soins primaires (réceptionnistes, infirmières et médecins), particulièrement par le nombre d'appels téléphoniques entourant une demande. Selon plusieurs professionnels interviewés, la présence de ces personnes est grandement remarquée par les autres clientèles qui obtiennent des services au niveau des soins primaires.

## **Discussion et conclusion**

### **Forces et limites**

La présente étude, issue d'un projet pilote montréalais, a permis d'identifier les principaux obstacles perçus par les professionnels à un transfert de patients stabilisés, suivis pour un traitement de substitution aux opioïdes dans des centres spécialisés, vers les soins primaires.

Tous les obstacles rapportés contribuent de manière importante aux difficultés reliées à l'implantation du projet. Bien que cette étude exploratoire ne permette pas de faire une analyse fine des obstacles en cause, on peut toutefois conclure qu'ils sont de deux ordres. En premier lieu, on retrouve les facteurs reliés au contexte général de soins au Québec et, en second lieu, ceux reliés au contexte spécifique du projet pilote, relevant directement des centres impliqués dans le partenariat, lesquels sont plus faciles à surmonter.

En ce qui a trait aux facteurs reliés au contexte général des services de santé ayant pu faire obstacle à la réalisation du projet, les particularités du traitement sont apparues comme un irritant important pour les omnipraticiens des soins primaires.

Les exigences provenant des lignes directrices du traitement de la dépendance aux opioïdes émises par le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec, ainsi que l'ensemble des suivis cliniques et administratifs relié au traitement de substitution qui en découle, rendent la prise en charge de ces patients difficile et fastidieuse. Les particularités du traitement furent d'ailleurs à l'origine du besoin de recruter une infirmière afin d'apporter du soutien aux omnipraticiens dans les nombreux suivis à assurer. La difficulté d'observance au traitement de la clientèle est probablement apparentée à ces particularités dans la mesure où les professionnels rencontrés ont expliqué que peu de traitements exigent autant d'organisation, de préavis et de présence assidue de la clientèle. Dans de telles circonstances, la présence d'une infirmière devient incontournable à la suite du transfert de la clientèle vers des soins primaires.

La situation rapportée semble correspondre en plusieurs points à celle observée aux États-Unis en rapport avec la législation fédérale qui encadre le traitement de substitution (Fiellin & al., 2001; Fiellin, O'Connor, Chawarski, & Schottenfeld, 2004; Harris & al., 2006; King & al., 2006; McMurphy, Shea, Switzer, & Turner, 2006; Merril & al., 2004). Ces politiques visent à prévenir la vente illégale des médicaments de substitution et à assurer la présence d'un accompagnement psychosocial à la pharmacothérapie (Harris & al., 2006). Depuis 2002, les omnipraticiens américains ont la possibilité de prescrire le traitement de substitution à la buprénorphine (McMurphy, Shea, Switzer, & Turner, 2006). Pour être habilités à prescrire de la méthadone, les omnipraticiens doivent se conformer à la réglementation, posséder une certification reconnue et être affiliés à un centre spécialisé (McMurphy, Shea, Switzer, & Turner, 2006). Malheureusement, jusqu'à présent peu de généralistes offrent ces traitements. Le transfert de la clientèle vers les soins primaires est donc rare et souvent limité à des personnes très stables, répondant à des

critères élevés, par exemple : l'absence de toute dépendance sauf à la nicotine, l'absence de condition médicale ou psychiatrique ainsi qu'un lieu de résidence et des revenus financiers stables (Fiellin & al., 2001 ; Fiellin, O'Connor, Chawarski, & Schottenfeld, 2004 ; King & al., 2006 ; Merrill & al., 2004).

Au Québec, la situation est analogue, mais elle se caractérise par l'accès limité pour la clientèle aux médecins dans le réseau de la santé, ce qui complique évidemment le transfert de celle-ci vers les soins primaires. Les médecins qui œuvrent dans ce milieu sont d'ailleurs déjà sollicités par beaucoup d'autres clientèles dans le cadre du déploiement général des services spécialisés vers les services de soins primaires. Devant l'ampleur des suivis additionnels qu'ils doivent ainsi mener, les omnipraticiens consultés au CSSS participant au projet se sont dits peu enclins à commencer le suivi de nouveaux patients, et ce, tout spécialement pour un traitement qui requiert des soins complexes, pendant une période prolongée. Une avenue plus prometteuse pourrait être envisagée auprès des omnipraticiens de cliniques privées, qui sont parfois moins sollicités lors des transferts de patients des services spécialisés

En ce qui a trait aux autres facteurs « spécifiques » en lien avec le projet pilote, qui concernent directement ses modalités et les caractéristiques des ressources partenaires, on retrouve principalement les critères retenus pour la sélection des patients. À ce sujet, l'outil de dépistage DÉBA alcool et drogues devrait probablement être abandonné au profit d'un outil d'évaluation mieux adapté au contexte. L'évaluation d'implantation du projet pilote a d'ailleurs permis de constater que 50 des 117 patients suivis dans un centre spécialisé et résidant dans le secteur retenu pour l'étude pilote n'ont pas été jugés suffisamment « stables » pour être transférés, selon les résultats au DÉBA alcool et drogues, et ce, malgré l'avis contraire de plusieurs intervenants consultés (Perreault, Savard, & Paquin, 2010). D'autre part, la présence de troubles comorbides chez la clientèle transférée

est également apparue comme problématique, limitant les possibilités de transferts. Cette situation méritera une attention particulière dans le cadre de l'élaboration d'un autre outil d'évaluation qui devrait non seulement tenir compte de la stabilité des patients au niveau de leur consommation, mais également tenir compte de la santé mentale et de l'intégration sociale de la clientèle à transférer.

Outre les caractéristiques de la clientèle ciblée, les attributs des organismes qui dispensent les services ont aussi été évoqués en rapport aux obstacles au traitement. À ce titre, la complexité des structures organisationnelles des différents établissements a été mentionnée à plusieurs reprises et plus spécialement les problèmes de communication, rapportés dans les services du CSSS participant, où les intervenants sont répartis entre trois points de service. Il faut aussi noter que la lourdeur du processus de référence des centres spécialisés a aussi été évoquée sous cette rubrique. Par contre, l'accès à des services infirmiers dédiés au projet a été des plus appréciés et semble représenter un facteur déterminant pour surmonter les appréhensions des médecins face à l'acceptation de nouveaux patients, tout en allégeant leur charge de travail.

Enfin, la réticence des patients à mettre un terme à leur traitement en centre spécialisé représente un obstacle majeur dans le succès des transferts. En effet, après un suivi de longue durée, il est normal pour eux de souhaiter préserver le lien thérapeutique établi avec les professionnels des centres spécialisés. Plusieurs aimeraient sûrement continuer à y recevoir pour une période indéfinie des services qui, jusqu'à ce jour, ont répondu à leurs besoins. Une façon de contourner cette attente serait d'annoncer, à tout nouveau patient, que son suivi sera d'une durée limitée dans les services spécialisés, pour se poursuivre ensuite dans les services de soins primaires, clarifiant ainsi l'offre de services. Le processus de référence des centres spécialisés serait probablement grandement amélioré par un

tel mode de fonctionnement puisqu'il permettrait de guider davantage les plans d'intervention, facilitant par le fait même l'identification de la clientèle à transférer.

À cet effet, les expériences menées au Royaume-Uni fournissent des pistes intéressantes pour contrer la réticence de la clientèle à un transfert. En effet, depuis 1980, devant une augmentation importante des consommateurs d'héroïne et des difficultés reliées à la propagation du VIH, les omnipraticiens œuvrant en milieu de soins primaires du Royaume-Uni ont été mandatés pour participer à l'offre de services en traitement de substitution (Day & al., 2008 ; Ford & Ryrie, 2000 ; Gruer & al., 1997). L'omnipraticien reçoit donc la demande de traitement et assure, au besoin, l'accès à une infirmière et à un intervenant en toxicomanie. Si le suivi devient trop complexe, l'omnipraticien peut recevoir du soutien d'un centre spécialisé, et même transférer son patient vers le centre si la situation le requiert. Les centres spécialisés ne commencent aucun traitement de substitution ; c'est à la suite de références ou de transferts des soins primaires que les patients accèdent aux services. Les omnipraticiens traitants s'engagent alors à assurer la prise en charge de ce dernier lorsque celui-ci sera suffisamment stable (Day & al., 2008 ; Gruer & al., 1997).

Les services offerts dans les soins primaires du Royaume-Uni semblent bien répondre à l'ensemble des besoins de la clientèle (Day & al., 2008 ; Ford & Ryrie, 2000 ; Gruer & al., 1997 ; Matheson, Pitcairn, Bond, Teijlingen, & Ryan, 2003). Cependant, certains omnipraticiens remettent en question cette structure de services où ils sont responsables de l'accès au traitement. Ils se disent inquiets des problèmes de comportement des patients, plus particulièrement quant à leur sécurité et à celle du personnel de la clinique (Matheson, Pitcairn, Bond, Teijlingen, & Ryan, 2003 ; McKeown, Matheson, & Bond, 2003). Ils se limitent normalement à la prise en charge de cinq patients, mais le temps et l'énergie qu'ils consacrent à cette clientèle semblent disproportionnés par rapport aux autres clientèles traitées.

En ce qui a trait aux limites associées à la démarche qui a guidé l'évaluation du projet, il convient d'en rappeler la dimension exploratoire. Il convient d'ajouter que parmi les principaux acteurs consultés, les patients eux-mêmes devraient être inclus dans la démarche. Leurs attentes et leurs préférences de traitement ont en effet des conséquences inévitables sur leur observance au traitement et leur intérêt à être ou non transférés. Cette démarche avait été entreprise au cours du présent projet, mais il s'est avéré difficile de rejoindre les patients, surtout ceux qui ne souhaitaient pas être orientés vers une autre ressource. Bien que quelques entrevues aient été menées, les auteurs ont jugé que l'information recueillie ne représentait que de manière très partielle la perspective des usagers et ne méritait pas d'être intégrée à cette publication. Dans le futur, cependant, il serait des plus pertinents de mener une étude qui porterait spécifiquement sur les attentes des usagers face aux services qu'ils requièrent. Il serait aussi opportun de vérifier de quel organisme ils souhaitent les obtenir, et ce, en fonction des différentes phases du traitement. Les résultats contribueraient au développement de procédures plus conviviales pour planifier un transfert.

D'autre part, une autre limite de cette étude se rapporte aux analyses présentées. La fréquence d'apparition des obstacles et les éléments facilitant les transferts retenus dans chacune des catégories d'obstacles ont été considérés comme des indices de leur importance mutuelle. Malgré la rigueur de l'analyse, une fréquence d'apparition élevée de certains obstacles au transfert pourrait également représenter le point de vue d'un petit nombre de répondants, particulièrement préoccupés par ces aspects, sans pour autant représenter l'opinion de l'ensemble des professionnels rencontrés (L'Écuyer, 1988). Toutefois, la méthodologie a tout de même permis de mettre en évidence les principaux obstacles rapportés par les acteurs consultés et c'est ainsi qu'il convient d'interpréter les résultats.

Enfin, il importe d'ajouter que malgré les obstacles identifiés, 16 patients des centres spécialisés ont été transférés vers les soins primaires. Bien que le nombre de patients transférés est moindre que celui ciblé initialement, le projet pilote permet de constater que le traitement de ces patients est réalisable dans les soins primaires. Conformément aux objectifs, des places de traitement ont été libérées dans les centres spécialisés et à la suite du transfert de 16 patients. Après deux mois de suivi, 14 patients recevaient toujours les services dans un organisme où le niveau de soins offerts correspond davantage à leurs besoins. Seuls deux patients ont été retournés vers les services spécialisés après les premières semaines de traitement. En conséquence, la présente étude permet de supposer que si les correctifs proposés étaient apportés à l'endroit des principaux obstacles relevés, il serait possible d'augmenter significativement le nombre de patients transférés dans le cadre d'un projet similaire.

## Bibliographie

- Broers, B., & Hošek, M. (2006). *La substitution comme élément de la politique suisse de drogues*. Repéré à [http://www.cran.qc.ca/sites/cran.qc.ca/files/client/Activite\\_Suisse\\_Abstract.pdf](http://www.cran.qc.ca/sites/cran.qc.ca/files/client/Activite_Suisse_Abstract.pdf).
- Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) (2008). *La dépendance aux opioïdes : Portrait des traitements de substitution au Québec* (document interne), Service d'appui pour la méthadone. Montréal, Québec : CRAN.
- Collège des médecins du Québec. (2007). *Le point sur les effectifs médicaux au Québec : Le Collège des médecins n'entrevoit toujours pas la fin de la pénurie*. Repéré à <http://www.cmq.org/fr/Medias/Profil/Commun/Nouvelles/2007/2007-01-23/communiqu.asp>.
- Day, E., Best, D., Copello, A., Young, H., Khoosal, N., & Modern, N. (2008). Characteristics of drug-using patients and treatment provided in primary and secondary settings. *Journal of Substance Use, 13*(1), 27-35.
- Fiellin, A. D., O'Connor, P. G., Chawarski, M., Pakes, J. P., Pantalon, M. V., & Scottenfeld, R. S. (2001). Methadone Maintenance in Primary Care – A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association, 286*(14), 1724-1731.
- Fiellin, D. A., O'Connor, P. G., Chawarski, M., & Schottenfeld, R. S. (2004). Processes of Care during a Randomized Trial of Office Based Treatment of Opioid Dependence in Primary Care. *The American Journal on Addictions, 13*, S67-S78.
- Ford, F., & Ryrie I. (2000). A comprehensive package of support to facilitate the treatment of problem drug users in primary care: an evaluation of the training component. *International Journal of Drug policy, 11*(6), 387-392.
- Gruer, L., Wilson, P., Scott, R., Elliott, L., Macleod, J., Harden, K., Forrester, E., Hinshelwood, S., McNulty, H., & Silk, P. (1997). General practitioner centred scheme for treatment of opiate dependent drug injectors in Glasgow. *British Medical Journal, 314*(7096), 1730-1740.



- Harris, K. A., Arnsten, J. H., Joseph, H., Hecht, J., Marion, I., Juliana, P., & Gourevitch, M. N. (2006). A 5-years evaluation of a methadone medical maintenance program. *Journal of Substance abuse treatment, 31*(4), 433-438.
- Institut de recherche et de documentation pédagogique. (2010). *Accord (concordance) entre juges*. Repéré à [www.irdp.ch/edumetrie/lexique/accord.htm](http://www.irdp.ch/edumetrie/lexique/accord.htm)
- King, V. L., Kidorf, M. S., Stoller, K. B., Schwartz, R., Kolodner, K., & Brooner, R. K. (2006). A 12-month controlled trial of methadone medical maintenance integrated into an adaptive treatment model. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*(4), 385-393.
- Krueger, R. A. (1997). *Developing questions for Focus Groups, v.3, the focus group kit*. Thousand Oaks, Californie : SAGE publications Inc.
- Langendam, M. W., Van Haastrecht, H. J. A., Van Brussel, G. H. A., Reurs, H., Van Den Hoek, A. A. R., Coutinho, R. A., & Van Ameijden, E. J. C. (1998). Differentiation in the Amsterdam methadone dispensing circuit: determinants of methadone dosage and site of methadone prescription. *Addiction, 93*(1), 61-72.
- L'Écuyer, R. (1988). L'analyse de contenu : Notion et étapes. Dans J. P. Deslauriers (dir.), *Les méthodes de la recherche qualitative* (p. 35-51). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Matheson, C., Pitcairn, J., Bond, C. M., Teijlingen, E. V., & Ryan, M. (2003). General practice management of illicit drug users in Scotland: a national survey. *Addiction, 98*(1), 119-126.
- McKeown, A., Matheson, C., & Bond, C. (2003). A qualitative study of GPs' attitudes to drug misusers and drug misuse services in primary care. *Family practice, 20*(2), 120-125.
- McMurphy, S., Shea, J., Switzer, J., & Turner, B. J. (2006). Clinic-based Treatment for Opioid Dependence: A Qualitative Inquiry. *American Journal of Health Behavioral, 30*(5), 544-554.

- Merril, J. O., Jackson, T. R., Schulman, B. A., Saxon, A. J., Awan, A., Kapitan, S., Carney, M., Brumbach, L. C., & Donovan, D. (2004). Methadone Medical Maintenance in Primary Care – An Implementation Evaluation. *Journal of General International Medicine*, 20(4), 344-349.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2006). *Cadre de référence et guide de bonnes pratiques – Pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2007). *Orientation relative aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience – Programme service dépendances – Offre de service 2007-2012*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Morel, A. (2006). *Traitement de substitution à la buprénorphine : l'expérience française*. Repéré à <http://www.txsubstitution.info/default.aspx?page=69>.
- Niçaise, P. (2006). *Les traitements de substitution pour toxicomanies aux opiacés en Belgique – Quelques faits et points de repère de « modèle belge »*. Repéré à <http://www.txsubstitution.info/default.aspx?page=96>.
- Paquin, I. (2003). Le traitement de substitution avec méthadone au Québec : une mesure de santé publique en réadaptation. *Drogues, santé et société*, 2(1), 235-259.
- Perreault, M., Brunaud, H., Rabouin, D., Rezanowicz, T., Bouisset, J., Fabrés, E., Paquin, I., D'Élia, A., Savard, P., Côté, F., Kotsoros, B., Feldman, H., & Goldfarb, J. (2009). *Protocole de recherche pour le projet intitulé : «Évaluation de l'implantation du projet pilote pour le transfert des patients dépendants aux opiacés, stabilisés avec un traitement de substitution vers la première ligne»*. Montréal, Québec : Institut universitaire en santé mentale Douglas.

- Perreault, M., Héroux, M. C., White, N. D., Lauzon, P., Mercier, C., & Rousseau, M. (2007). Rétention en traitement et évolution de la clientèle d'un programme montréalais de substitution à la méthadone à exigences peu élevées. *Canadian Journal of Public Health, 98*(1), 33-36.
- Perreault, M., Savard, P., & Paquin, I. (2010, novembre). *Les défis de l'arrimage entre soins spécialisés et généraux : l'exemple du traitement de substitution*. Communication présentée au 2<sup>e</sup> colloque international francophone sur le traitement de la dépendance aux opioïdes, ANITeA, Paris.
- Plomp, H. N., Van Der Hek, H., & Herman, J. A. (1996). The Amsterdam Methadone Dispensing Circuit: geneses and effectiveness of a public health model for local drug policy. *Addiction, 91*(5), 711-721.
- Psynem. (2010). *La fidélité inter juge*. Repéré à <http://old.psynem.org/Pile/PrecurseursDuLangage/Axes/Analyse/Statistiques/Ressources/1.pdf>
- Santé Canada (2008). *Les meilleures pratiques : Traitement d'entretien à la méthadone*. Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-adp/methadone-bp-mp/index-fra.php>.
- Sheridan, J., Goodyear-Smith, F., Butler, R., Wheeler, A., & Gohns, A. (2008). Barriers to, and incentives for the transfer of opioid-dependent people on methadone maintenance treatment from secondary care to primary health care. *Drug and Alcohol Review, 27*(2), 1788-184.
- Tremblay, J., Blanchette-Martin, N., & Gillet, M. (2005). *Dépistage et évaluation de la consommation problématique d'alcool et de drogues – Adultes. Le DÉBA-alcool, Le DÉBA-drogues*. Montréal, Québec : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Wittchen, H. U., Apelt, S. M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M., Götz, J., Kraus, M. R., Tretter, F., Schäfer, M., Siebert, J., Scherbaum, S., Rehm, J., & Bühringer, G. (2008). Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 95(3), 245-257.

World Health Organization (WHO) (2004). *The practices and context of pharmacotherapy of opioid dependence in central and Eastern Europe*. Department of Mental Health and Substance Abuse.