

# **Toxicomanie et troubles mentaux sévères : projet de formation croisée par rotation positionnelle**

**Vers une amélioration du dépistage, de l'évaluation et du traitement intégré  
des troubles concomitants**

RAPPORT FINAL

PRÉSENTÉ À

SANTÉ CANADA

PAR

KARINE BERTRAND

JEAN-MARC MÉNARD

FRANCIS PICHER

LOUISE FINES

ISABELLE RICHER

DÉCEMBRE 2008

Nous tenons à remercier :

-Santé Canada pour le financement de ce projet via le programme FICSA

-L'équipe de réalisation du projet :

Karine Bertrand, Ph.D.

Psychologue chercheuse à Domrémy MCQ (2003-2006), puis professeure au Service de Toxicomanie de la FMSS de l'Université de Sherbrooke (depuis 2006)

Lucie Gauthier, M.Sc.

Directrice du programme santé mentale du CSSS de l'Énergie

Lise Gélinas

Adjointe à la direction santé mentale du CSSS de l'Énergie

Jean-Marc-Ménard, M.A.

Coordonnateur des services professionnels, psychologue, Domrémy MCQ

Francis Picher, M.A.

Psychologue chercheur pour le CSSS de l'Énergie

Maxime Gagnon, Ph.D.

Psychologue chercheuse à Domrémy MCQ (2006-)

-Les chercheurs qui ont assuré un soutien scientifique lors du développement du projet :

**Michel Perreault, Ph.D.**

Chercheur à l'hôpital Douglas et professeur associé à l'Université McGill

**Claude Leclerc, Ph.D.**

Professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)

**Tania Lecompte, Ph.D.**

Professeure à la *University of British Columbia* (UBC)

-Les équipes cliniques, les coordonnateurs et la direction générale de tous les partenaires du projet

-Les agentes de recherche Louise Finnes, Isabelle Richer, Alexandra Rivard et Caroline Lamothe

## Tables des matières

Liste des tableaux .....	1
Liste des figures .....	1
FAITS SAILLANTS .....	2
Les retombées du projet.....	2
Les obstacles rencontrés .....	3
Les ingrédients de succès .....	4
Recommandations pour la suite.....	5
Résumé du projet.....	7
Rapport .....	9
Contexte.....	9
Problématique .....	9
Mise en contexte : la situation en Mauricie/ Centre-du-Québec.....	11
Le projet pilote : une brève description du projet .....	13
Description détaillée du projet.....	15
Les objectifs.....	20
Méthode de suivi .....	21
Les outils.....	21
Les analyses .....	25
Aspects déontologiques .....	25
Résultats .....	25
Résultats du premier volet de la formation croisée : Domrémy MCQ et les CIC. ....	25

Résultats du deuxième volet de la formation croisée : Domrémy MCQ et les autres partenaires.....	54
Conclusion.....	64
Recommandations.....	66
Références.....	68
ANNEXE 1 : Plan de stage à Domrémy MCQ.....	72
ANNEXE 2 : Description du questionnaire «Compétence perçue et souhaitée en santé mentale et en soins psychiatriques».....	74
ANNEXE 3 : Questionnaire «Compétences perçues et souhaitées en regard des troubles concomitants».....	79
ANNEXE 4 : Questionnaire de compétences perçues et souhaitées en regard des problématiques en toxicomanie / parentalité / négligence / maltraitance.....	82
ANNEXE 5 : Évaluation en cours de traitement.....	85
ANNEXE 6 : Grille d'évaluation des dossiers Domrémy – T0.....	87
ANNEXE 7 : Grille d'évaluation des dossiers CIC-T0.....	92
ANNEXE 8 : Grille de <i>focus group</i> pré-stage (Domrémy MCQ).....	96
ANNEXE 9 : Grille de <i>focus group</i> pré et post stage (Domrémy MCQ).....	99
ANNEXE 10 : Journal de bord de Domrémy MCQ chez le partenaire.....	102
ANNEXE 11 : Article publié dans <i>Le Partenaire</i> .....	104

## Liste des tableaux

Tableau 1. Cibles d'apprentissage en fonction des types de savoir et de l'origine des stagiaires .	17
Tableau 2. Indices moyens du sentiment de compétence perçue chez les intervenants des centres Domrémy MCQ et des CIC avant et après la formation croisée.....	27
Tableau 3. Analyse des dossiers cliniques des usagers de Domrémy MCQ présentant des problèmes graves de santé mentale, avant et après le projet de formation croisée.....	37
Tableau 4. Apprentissages identifiés par les stagiaires de Domrémy MCQ dans leur journal de bord.....	40
Tableau 5. Apprentissages identifiés par les stagiaires des équipes CIC dans leur journal de bord .....	41

## Liste des figures

Figure 1. Indices moyens de satisfaction de la compétence perçue en matière de SAVOIR avant et après la formation croisée avec rotation positionnelle .....	29
Figure 2. Indices moyens de satisfaction de la compétence perçue en matière de SAVOIR FAIRE avant et après la formation croisée avec rotation positionnelle .....	30
Figure 3. Indices moyens de satisfaction de la compétence perçue en matière de SAVOIR ÊTRE avant et après la formation croisée avec rotation positionnelle .....	31
Figure 4. Évaluation des équipes CIC selon l'échelle de fidélité au traitement des troubles concomitants ( <i>Mueser et al.</i> , 2003) avant et après la formation croisée.....	34
Figure 5. Indices moyens de satisfaction de la compétence perçue pour L'ENSEMBLE DES SAVOIRS avant et après la formation croisée avec rotation positionnelle du volet II.....	56

## FAITS SAILLANTS

### *Les retombées du projet*

- ✓ L'expérience de formation croisée du premier volet entre Domrémy MCQ (DMCQ) et les équipes CIC du CSSS de l'Énergie (CSSSÉ) a permis de rehausser le sentiment de compétence perçu des équipes qui ont participé au projet. Plus précisément, on note que : 1) les équipes de DMCQ se sentent plus compétentes en terme de savoir sur le plan de la santé mentale et des troubles concomitants et en terme de savoir-faire en matière de troubles concomitants; 2) les équipes des CIC se sentent plus compétentes en terme de savoir sur la toxicomanie et sur les troubles concomitants et en terme de savoir-faire en matière de troubles concomitants.
  
- ✓ L'analyse du degré d'intégration du traitement dans les équipes CIC avant et après le projet permet de documenter des impacts favorables du projet. L'amélioration des pratiques d'évaluation de la consommation de psychotropes est particulièrement marquée.
  
- ✓ Pour DMCQ, l'analyse des dossiers cliniques avant et après le projet permet aussi de documenter une amélioration de l'intégration des interventions auprès de la clientèle présentant des problèmes de santé mentale importants. Des lacunes sont également ciblées, dont la rareté des rapports psychologiques ou psychiatriques au dossier et la difficulté d'implanter une mesure de suivi systématique de la problématique de santé mentale tous les trois mois pour cette clientèle.

- ✓ L'analyse des rencontres de *focus group* auprès des équipes réalisées après le projet permet de relever plusieurs retombées du projet. Les stagiaires, lors de ces rencontres et via leur journal de bord écrit en cours de stage, notent plusieurs impacts positifs spécifiques en regard de leurs pratiques cliniques qui se sont adaptées à la situation des troubles concomitants. De façon globale, les équipes s'entendent pour dire que le projet de formation croisée a enrichi les liens de collaboration entre DMCQ et les CIC.
  
- ✓ La poursuite des activités de formation croisée avec d'autres partenaires en santé mentale et en négligence constitue en soi une retombée favorable du projet. Quoique plus modestes, des gains sur le plan du sentiment de compétence perçu sont constatés pour l'ensemble des équipes en santé mentale impliquées dans le deuxième volet du projet. Plusieurs retombées sur le plan clinique sont également notées par les stagiaires, outre la perception favorable des intervenants concernant l'amélioration des liens de collaboration découlant du projet.

### ***Les obstacles rencontrés***

- ✓ On note quelques obstacles à la réussite optimale du projet, dont ces principaux : 1) la perception de déséquilibre chez certaines équipes de DMCQ entre les exigences de la formation croisée et les gains retirés, compte tenu que leurs besoins prioritaires de formation n'étaient pas nécessairement sur le plan des troubles mentaux sévères et persistants; 2) d'une part, la perception des équipes CIC que leur clientèle continue d'avoir accès difficilement aux services de DMCQ et, d'autre part, la perception des équipes de DMCQ que leurs services sont peu adaptés à cette clientèle qui est perçue comme n'étant pas « la leur »; 3) le manque

d'encadrement des échanges cliniques, dont l'intensité et la qualité ont varié dans certains cas selon le niveau d'enthousiasme et de leadership des stagiaires; 4) la lourdeur de la tâche de travail des stagiaires.

- ✓ Des constats similaires émergent du deuxième volet sur le plan des obstacles. En outre, le contexte du financement du deuxième volet confirmé très tardivement a nuit à l'implantation de la phase II du projet qui n'a pas pu être aussi bien planifiée. Les stagiaires de ce dernier volet ont davantage vécu d'insatisfactions sur les plans du soutien et de l'accueil dans les milieux de stage, ainsi que de la qualité des activités de stage. Les stratégies pour diminuer la lourdeur de la tâche de l'ensemble des équipes impliquées ont parfois été lacunaires.

### ***Les ingrédients de succès***

- ✓ Les intervenants des CIC qui ont été ciblés et qui ont choisi de s'investir dans les stages reliés à la formation croisée présentaient à l'avance des caractéristiques particulières, dont celle d'intervenir déjà davantage que leurs collègues dans le domaine de la toxicomanie auprès de leur clientèle. Ceci témoigne de leur intérêt marqué pour les troubles concomitants et de leur degré de sensibilisation à cette double problématique. Ces éléments ont pu favoriser leur motivation à s'impliquer tout au long de ce projet de formation exigeant en termes de temps, d'énergie et de capacité d'adaptation. Ainsi, malgré les exigences du stage de formation croisée, les intervenants des CIC sont largement satisfaits de leur stage.

- ✓ Le même constat peut être fait pour les stagiaires de DMCQ. Ceux qui manifestent le plus d'enthousiasme face au projet sont également ceux qui démontrent une attitude d'ouverture et un intérêt marqué pour les troubles concomitants avant le début du projet. Ceux-ci tendent également à généraliser davantage les acquis de leur stage au CIC à des clientèles qui présentent des troubles concomitants moins sévères qui se retrouvent plus souvent dans leur charge de cas.
  
- ✓ La planification de l'implantation du projet de formation croisée est très importante et doit inclure : des mesures pour soutenir les équipes en terme de charges de cas et en terme d'animation d'échanges cliniques, une clarification des processus cliniques spécifiques pour la clientèle aux prises avec des troubles concomitants et une diffusion efficace de ces processus aux équipes concernées.

### ***Recommandations pour la suite***

- ✓ L'augmentation de l'intégration du traitement des troubles concomitants chez les partenaires de ce projet est une démarche qui doit se poursuivre au long cours pour tenir compte notamment de la complexité de cette démarche sur les plans clinique et organisationnel, ce qui inclue le roulement de personnel.
  - Pour l'ensemble des organisations, la consultation des équipes et des coordonnateurs est recommandée pour obtenir un consensus sur les processus cliniques formels qui devraient être implantés en matière de troubles concomitants; la diffusion de ce cadre

de travail aux équipes; ainsi que des mécanismes de suivi de ces processus dans une perspective d'amélioration continue.

- Il est recommandé de poursuivre des activités de formation. Après le projet de formation croisée des besoins de formation prioritaires demeurent pour les équipes des CIC et celles de DMCQ et des autres partenaires impliqués. La formation de formateurs au sein des équipes pour optimiser le transfert de connaissances est une avenue intéressante à mettre en place.
- ✓ Compte tenu des retombées favorables du projet et des conditions de succès dégagées, il est recommandé que d'autres acteurs des réseaux de la santé mentale et de la toxicomanie se mobilisent pour élaborer des stratégies adaptées à leurs besoins en vue de favoriser l'intégration du traitement et des services pour les troubles concomitants. La stratégie de formation croisée, notamment la rotation positionnelle d'une durée prolongée (stages de 10 semaines), quoiqu'exigeante, peut porter ses fruits si elle est bien planifiée.

## Résumé du projet

Mise en contexte. Les équipes cliniques en santé mentale et les intervenants qui œuvrent dans des centres de réadaptation en toxicomanie sont confrontés à une clientèle qui présente, dans une forte proportion, une double problématique toxicomanie/troubles mentaux. Malgré un consensus clinique et scientifique à l'effet que le traitement intégré est le plus efficace auprès de clients aux prises avec un trouble concomitant, le MSSS (2001) souligne que «dans l'ensemble des régions du Québec, on retrouve peu de réseaux intégrés de services sur une base locale, et pire encore, les services offerts ne sont pas nécessairement connus de la population ni même des prestataires du territoire ».

Les partenaires. Dans la première phase du projet, le centre de réadaptation en toxicomanie Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec (DMCQ), avec l'appui de l'Agence, a décidé de s'associer au centre régional en santé mentale du CSSS de l'Énergie (CSSSÉ), plus spécifiquement avec les cinq équipes de suivi intensif en communauté pour les personnes présentant des troubles mentaux sévères (équipes CIC), en vue d'implanter un projet de formation croisée par rotation positionnelle. Étant donné les retombées favorables de cette première phase, une deuxième phase a été ajoutée au projet de formation croisée, ce qui a permis d'inclure de nouveaux partenaires : 1) la clinique de traitement spécialisé pour les troubles de personnalité limite du CSSSÉ, 2) l'équipe de base en santé mentale adulte du CSSS Arthabaska – de l'Érable (CSSSAÉ) à Victoriaville, 3) le département de psychiatrie de courte durée du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR), 4) l'Équipe santé mentale Enfance-Jeunesse-

Famille du CSSS de Trois-Rivières (CSSSTR), 5) l'équipe de Services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE) du CSSS de Drummondville (CSSSD), 6) l'équipe 0-11 ans du Centre Jeunesse de Drummondville (CJ).

Activités. Il s'agit d'un projet d'immersion (stage) offert à certains intervenants de chacune des organisations et d'activités de formation offertes à l'ensemble des intervenants. La rotation positionnelle est une méthode de formation croisée qui implique l'échange de personnel entre deux organisations, permettant au clinicien en toxicomanie d'expérimenter in vivo la situation de travail du clinicien en santé mentale et vice versa.

Buts. Ce projet vise trois objectifs généraux : 1) Augmenter les connaissances, l'expérience et le sentiment de compétence des intervenants en matière de troubles concomitants; 2) Augmenter l'intégration du traitement des troubles concomitants en systématisant les processus cliniques des établissements; 3) Favoriser la continuité et l'intégration des services en facilitant le travail de collaboration entre un centre de réadaptation en toxicomanie et les organisations partenaires offrant des services en santé mentale. Notons que pour le volet 2, une expérience de formation croisée vise les même objectifs, mais cible l'intégration des services pour une double problématique distincte : toxicomanie et prévention/traitement de la négligence auprès des enfants.

## Rapport

### *Contexte*

#### *Problématique*

Les équipes cliniques en santé mentale et les intervenants qui œuvrent dans des centres de réadaptation en toxicomanie sont confrontés à une clientèle qui présente, dans une forte proportion, une double problématique toxicomanie/troubles mentaux. L'enquête épidémiologique de Kessler (1996) auprès de 8 098 répondants révèle que 42,7% de ceux qui souffrent d'un trouble lié à l'alcool ou aux drogues présentent également un trouble mental concomitant. Quant à la clientèle présentant un trouble mental sévère, de 40 à 60% de ces personnes ont déjà souffert d'un trouble lié aux substances au cours de leur vie (voir Santé Canada, 2002). En considérant les 6 dernier mois, c'est environ la moitié de ceux-ci qui souffrent de cette double problématique (voir Santé Canada, 2002).

Cette comorbidité est associée à une plus grande utilisation des services, un moins bon pronostic et des rechutes plus fréquentes (voir Mueser, Noordsy, Frake & Fox, 2003; voir Santé Canada, 2002). Également, ces personnes sont davantage à risque au plan des infections transmises sexuellement (VIH et hépatite C), des comportements suicidaires et violents et tendent à être davantage incarcérées ou encore itinérantes (voir Mueser & coll., 2003). Non seulement les problèmes psychologiques et de toxicomanie s'additionnent, mais ces deux problématiques tendent à contribuer au maintien et à l'aggravation de l'une et l'autre. De plus, malgré son fort taux d'utilisation des services, cette clientèle a généralement une attitude plutôt rébarbative face à

l'aide offerte puisque, le plus souvent, elle nie son problème de consommation quand elle ne nie pas, de plus, sa maladie elle-même.

On reconnaît aujourd'hui que le traitement de cette double problématique via le recours à des systèmes de soins séparés, situation caractérisant historiquement notre organisation de services en Amérique du Nord, donne de piètres résultats (Ridgeley, Goldman & Willenbring, 1990; Santé Canada, 2002). D'abord, de part et d'autre, bien qu'ils possèdent une expertise dans leur spécialité respective, les intervenants se sentent souvent impuissants et démunis face aux problèmes de leurs clients qui relèvent d'une expertise externe. Par exemple, on constate que les services offerts en santé mentale tendent à mettre l'accent sur l'abstinence pour tous les clients alors que plusieurs ne sont pas prêts à s'engager dans un tel objectif de changement. L'importance de l'intégration du traitement des troubles concomitants est bien documentée par les écrits scientifiques. Des études réalisées au cours des 10 à 15 dernières années mettent en évidence qu'un traitement intégré doit être offert sur une base externe et à long terme (Mueser & coll., 2003; Santé Canada 2002). Ces études suggèrent que des équipes de type suivi intensif, formées au traitement intégré, représentent le mode de service le plus approprié et le plus efficace pour les personnes présentant un trouble mental sévère et persistant et un problème de consommation.

*Mise en contexte : la situation en Mauricie/ Centre-du-Québec*

Malgré ce consensus sur l'importance du traitement intégré des troubles concomitants, le MSSS (2001) souligne que « dans l'ensemble des régions du Québec, on retrouve peu de réseaux intégrés de services sur une base locale, et pire encore, les services offerts ne sont pas nécessairement connus de la population ni même des prestataires du territoire ». Devant cette situation, les *Orientations régionales en santé mentale*, adoptées par la Régie régionale en octobre 1999, confiaient à Domrémy Mauricie/Centre du Québec (DMCQ) le mandat de «définir et d'élaborer en lien étroit avec les partenaires concernés, un modèle d'organisation de services simultanés et intégrés qui viendra soutenir les acteurs concernés par la double problématique toxicomanie et santé mentale». C'est dans ce contexte que DMCQ a entrepris une démarche qui a conduit, en août 2001, à une *Proposition d'un modèle régional d'organisation des services simultanés et intégrés pour les personnes présentant une double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale* (Ménard, 2001). Ce document a permis de mobiliser les efforts de DMCQ dans le développement d'une pratique de pointe en matière de traitement intégré et spécialisé des troubles concomitants, afin que cette pratique puisse s'inscrire dans l'élaboration des différents projets cliniques de la région.

Domrémy Mauricie/Centre du Québec (DMCQ), centre de réadaptation public en alcoolisme et toxicomanie qui compte 11 points de services, œuvre auprès des personnes alcooliques et toxicomanes depuis 1958 et possède donc une expertise reconnue dans le domaine des toxicomanies. Adoptant une vision biopsychosociale de l'intervention, l'approche de réduction des méfaits, comme visée initiale ou principale, est utilisée. En 2003-2004, 3 046 usagers ont

bénéficié des services externes et 434 des services avec hébergement de DMCQ pour leurs problèmes d'alcool, de drogues ou de jeu pathologique. Le tiers de la clientèle toxicomane a déjà effectué un séjour en psychiatrie. Parmi ceux qui ont déjà été hospitalisés, 12% révèlent avoir reçu un diagnostic associé aux troubles psychotiques (schizophrénie, schizoaffectif, trouble bipolaire, trouble délirant, etc.). Parmi l'ensemble de la clientèle alcoolique et/ou toxicomane, 10 à 13 % des adultes, selon le sexe, et de 6 à 21% des adolescents en traitement ont déjà souffert d'hallucinations. En somme, DMCQ, de par son expertise en toxicomanie et de par sa préoccupation pour l'amélioration continue des soins auprès de sa clientèle dont une forte proportion souffre de troubles mentaux, s'est avéré un collaborateur clé dans ce projet.

Également, un important partenaire de DMCQ s'est imposé dans la création de ce modèle de services intégrés pour la double problématique soit, le *Centre de santé et de services sociaux* (CSSS) de l'Énergie qui a le mandat régional concernant les suivis intensifs en communauté pour les personnes présentant des troubles mentaux graves et persistants. Pour assurer ces suivis sur l'ensemble du territoire de la Mauricie / Centre-du-Québec, le CSSS de l'Énergie a agi comme précurseur au Québec en implantant sur son territoire des équipes qui offrent des services directement dans le milieu de vie, permettant ainsi de rejoindre des personnes aux problématiques plus complexes et réfractaires aux modèles traditionnels de dispensation de services. Ainsi, depuis 1991, le Centre a implanté sur son territoire cinq équipes pluridisciplinaires désignées par le terme *Centre d'intégration communautaire* (CIC). La clientèle desservie par ces équipes est principalement composée de personnes souffrant de schizophrénie (70%) et de trouble bipolaire (24%). Cette clientèle représente de 3,5% à 5% de l'ensemble des personnes présentant un trouble grave et persistant qui ont entre autres comme caractéristiques : 1) d'être réfractaires aux

approches et traitements habituels et souvent peu mobilisées au changement; 2) de présenter des problématiques associées (toxicomanie, problèmes judiciaires, itinérance, etc.); et 3) d'avoir des crises fréquentes qui se traduisent en général par des visites à l'urgence ou des hospitalisations répétées et prolongées.

D'autres partenaires se sont ajoutés au projet en cours de route : 1) la clinique de traitement spécialisé pour les troubles de personnalité limite du CSSSÉ, 2) l'équipe de base en santé mentale adulte du CSSSAÉ de Victoriaville, 3) le département de psychiatrie de soins de courte durée du CHRTR, 4) l'équipe santé mentale Enfance-Jeunesse-Famille du CSSSTR, 5) l'équipe de Services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE) du CSSSD, 6) l'équipe 0-11 ans du Centre jeunesse de Drummondville.

#### *Le projet pilote : une brève description du projet*

Ainsi, en continuité avec la conception de ce modèle intégré de services pour troubles concomitants, DMCQ a décidé de favoriser l'actualisation de ce modèle en s'associant d'abord au CSSS de l'Énergie. Cette association donne lieu au présent projet pilote qui consiste à implanter une **méthode novatrice de formation croisée par rotation positionnelle**, stratégie recommandée par Santé Canada (2002), comme pouvant être l'un des éléments centraux du développement d'un système de soins intégrés pour cette clientèle. D'ailleurs, un projet s'inspirant de cette méthode a été implanté à l'Hôpital Douglas en 2004 et les résultats préliminaires de l'évaluation sont encourageants (Veilleux & Perrault, 2003;2004). Notons que la formation croisée, méthode qui a montré son efficacité pour améliorer les performances et le

fonctionnement des équipes de travail dans des domaines variés (Cannon-Bowers & coll., 1998, Volpe, Cannon-Bowers, Salsa & Spector, 1996), est également recommandée par le *Centre of Substance Abuse Treatment* (Simmonds, 2003) en vue d'améliorer l'efficacité des interventions liées à la double problématique toxicomanie/comportements sexuels à risque (maladies infectieuses).

La formation croisée (*cross training*) consiste à former conjointement des intervenants possédant l'une ou l'autre des expertises, sur les troubles mentaux et les troubles liés aux substances. La rotation positionnelle, c'est-à-dire la réalisation de stages d'immersion par des cliniciens spécialistes en toxicomanie dans un milieu clinique destiné aux troubles mentaux sévères et par des cliniciens spécialistes en santé mentale dans un milieu clinique destiné aux toxicomanies, via un échange de personnel, constitue une méthode novatrice de formation croisée recommandée pour optimiser son impact sur la continuité des services et l'intégration des connaissances à la pratique (Canon-Bowers & coll., 1998). Cette mesure permettrait d'une part d'améliorer la continuité des soins en favorisant une meilleure connaissance par l'ensemble des intervenants des deux réseaux de services, en psychiatrie et en toxicomanie, et ainsi faciliter le processus de référence d'un réseau à l'autre. D'autre part, la formation croisée favoriserait l'acquisition de connaissances et l'intégration de nouveaux processus cliniques permettant un traitement intégré plus efficace de cette double problématique au sein de chacun des systèmes de services. C'est donc tant l'intégration des systèmes de soins en santé mentale et en toxicomanie qui serait favorisée que l'intégration du traitement au sein de la même équipe d'intervenants qui ciblent à la fois les deux problématiques.

### *Description détaillée du projet*

**Le premier volet du projet** pilote a été développé par la direction du programme santé mentale du CSSS de l'Énergie et DMCQ. Il s'agit d'un projet de formation croisée qui implique l'offre de stages à certains intervenants de chacune des organisations et d'activités de formation à l'ensemble des intervenants. Il était visé de consolider l'intégration des expertises nécessaires au traitement spécialisé efficace des troubles concomitants, pour ainsi améliorer l'efficacité et la continuité des services. Cette forme d'échanges entre les établissements implique pour chacun des participants à l'échange un double rôle : acquérir et transmettre simultanément une expertise en participant activement aux processus cliniques du partenaire.

Pour assurer l'intégration au long cours des nouvelles connaissances et des modalités d'intervention, il était également planifié d'adapter les processus cliniques de chacune des organisations participantes de façon telle qu'ils rendent le recours systématique aux nouvelles compétences nécessaires. À cet effet, les deux organisations visaient à intégrer dans leur processus clinique l'utilisation systématique des outils d'évaluation et d'intervention préconisés pour le traitement des troubles concomitants en vue d'assurer le suivi systématique des clientèles.

Voici les activités planifiées pour la phase I du projet :

- Des activités de formation continue en toxicomanie à l'ensemble des intervenants du CIC
- Des activités de formation continue en santé mentale à l'ensemble des intervenants du CIC

- Des études de cas de personnes avec un trouble concomitant discutées lors des réunions cliniques de chacun des CIC avec la participation d'un intervenant significatif de DMCQ à raison d'une fois par 2 mois pour la durée du projet.
- Des études de cas de personnes avec un trouble concomitant discutées lors des réunions cliniques de chacun des sites de DMCQ avec la participation d'un intervenant significatif du CIC à raison d'une fois par 2 mois pour la durée du projet.
- Un stage de formation pour 10 intervenants des CIC (soit deux intervenants par site) à DMCQ durant 20 jours échelonnés sur 10 semaines, à raison de 2 jours par semaine, pour un total de 140 heures.
- Un stage de formation pour 10 intervenants de DMCQ (soit deux intervenants par site) au sein des équipes du CIC durant 20 jours échelonnés sur 10 semaines, à raison de 2 jours par semaine, pour un total de 140 heures.

Concernant les stages (voir le plan de stages à l'annexe 1), ceux-ci se sont déroulés dans cinq territoires : Trois-Rivières urbain, Trois-Rivières périphérique (milieu semi-rural), Victoriaville, Shawinigan et Drummondville.

Il était prévu que le stagiaire :

- Soit supervisé par un conseiller clinique (un plan de supervision et d'intégration aux différentes activités a été élaboré et validé auprès des instances concernées avant l'arrivée de l'intervenant)
- Soit soutenu et accompagné par un tuteur tout au long de son immersion
- Participe aux rencontres d'équipe

- Accompagne des intervenants auprès de la clientèle (externe et interne), lors d'activités individuelles ou de groupe
- Partage sa propre expertise dans son milieu de stage en plus d'être en apprentissage
- Rédige un cahier de bord (structuré) hebdomadaire et un bilan suite au stage
- Participe à 2 rencontres d'évaluation du projet, l'une à la mi-stage et l'autre à la fin du stage, réunissant le superviseur et les cadres responsables de DMCQ et du CSSSÉ.

À la fin de son immersion, il était visé que chacun des participants atteignent les objectifs suivants :

Tableau 1. Cibles d'apprentissage en fonction des types de savoir et de l'origine des stagiaires

<b>Sur le plan du :</b>	<b><i>Intervenant CIC</i></b>	<b><i>Intervenant Domrémy MCQ</i></b>
<b>Savoir (connaissances)</b>	-Effets des psychotropes -Diagnostic d'abus et de dépendance -Phénomène de l'assuétude -Connaissance des troubles concomitants -Modalités d'intervention en toxicomanie -Étapes et processus de changement	-Connaissance générale des troubles mentaux -Connaissance des troubles concomitants -Dépistage des troubles mentaux -Modalités d'intervention vs troubles mentaux
<b>Savoir être (attitudes)</b>	-Attitudes propres à l'intervention motivationnelle.	-Attitudes appropriées vs hallucinations, idées délirantes et symptômes négatifs
<b>Savoir faire (habiletés)</b>	-Dépistage et évaluation à partir de grilles spécifiques (AUS, DUS, SATS, IGT & Nidem) -Analyse fonctionnelle des comportements de consommation -Élaboration de plans d'intervention -Actualisation des plans d'intervention en toxicomanie	-Évaluation psychosociale des troubles mentaux -Élaboration de plans d'intervention -Actualisation des plans d'intervention en santé mentale

*L'intervenant a été choisi en fonction de:* 1) son expertise dans son champ d'activités (santé mentale ou toxicomanie); 2) son leadership dans l'équipe et sa capacité de communiquer ses

connaissances; 3) sa volonté d'apprendre et sa motivation à vivre ce stage; 4) son implication à long terme au sein de l'équipe ; 5) son engagement à participer à un processus de recherche.

**Le deuxième volet du projet** pilote s'est déroulé à l'hiver 2008 alors que les stages et formations du premier volet étaient terminés. Compte tenu des résultats préliminaires de l'évaluation de la phase I du projet permettant de documenter des résultats favorables, DMCQ a choisi de transférer l'expérience de formation à d'autres partenaires.

Les activités prévues étaient sensiblement les mêmes que pour le volet 1 :

- Des activités de formation continue en toxicomanie à l'ensemble des intervenants des milieux partenaires participant au volet 2 de la formation croisée.
- Des activités de formation continue en santé mentale ou en prévention de la négligence chez les enfants de parents toxicomanes (pour un site) pour les intervenants de DMCQ.
- Des études de cas de personnes avec un trouble concomitant discutées lors des réunions cliniques de chacun des milieux partenaires impliqués dans les stages avec la participation d'un intervenant significatif de DMCQ à raison d'une fois par 2 mois pour la durée du projet.
- Des études de cas de personnes avec un trouble concomitant discutées lors des réunions cliniques de chacun des sites de DMCQ impliqués dans les stages avec la participation d'un intervenant significatif des milieux partenaires à raison d'une fois par 2 mois pour la durée du projet.

- Un stage de formation pour 4 intervenants des milieux partenaires en santé mentale à DMCQ durant 20 jours échelonnés sur 10 semaines, à raison de 2 jours par semaine, pour un total de 560 heures.
- Un stage de formation pour 2 intervenants des milieux partenaires en négligence, à DMCQ durant 10 jours échelonnés sur 5 semaines, à raison de 2 jours par semaine, pour un total de 140 heures.
- Un stage de formation pour quatre intervenants de DMCQ au sein des équipes des milieux partenaire en santé mentale durant 20 jours échelonnés sur 10 semaines, à raison de 2 jours par semaine, pour un total de 560 heures.
- Un stage de formation pour 2 intervenants de DMCQ au sein des équipes des milieux partenaire en négligence durant 10 jours échelonnés sur 5 semaines, à raison de 2 jours par semaine, pour un total de 140 heures.

De façon plus spécifique, des milieux de stages ont été pairés selon des problématiques particulières :

1- Hospitalisation courte durée en psychiatrie/services résidentiels de désintoxication-stabilisation à DMCQ

-Thème: la crise en santé mentale/toxicomanie

2 -Clinique spécialisée du trouble de personnalité limite / programme externe toxicomanie adulte DMCQ à Shawinigan

-Thème: trouble de la personnalité/toxicomanie

3-Équipe de base en santé mentale / programme externe toxicomanie adulte DMCQ à Victoriaville

Thème: troubles anxieux et troubles de l'humeur /toxicomanie

4-Équipe santé mentale Enfance-Jeunesse-Famille /programme Jeunesse-Famille de DMCQ à Trois-Rivières

Thème: troubles concomitants en santé mentale/toxicomanie chez les adolescents

5- Programme SIPPE en CSSS/CJ/DMCQ à Drummondville

Thème: négligence parentale et toxicomanie

Notons pour que ce dernier thème, les deux stagiaires en provenance du CSSSD et du CJD ont réalisé un stage à DMCQ alors que les deux stagiaires de DMCQ ont réalisé un stage au CSSSD ou au CJD. Une formule de stage à trois partenaires a été choisie pour cette thématique compte tenu que l'intervention intégrée dans le domaine de la prévention de la négligence et de la toxicomanie implique bien souvent un travail en partenariat entre ces trois types de services.

### ***Les objectifs***

En somme, ce projet de formation croisée vise trois objectifs généraux :

- 1- Augmenter les connaissances, l'expérience et le sentiment de compétence des intervenants en matière de troubles concomitants
- 2- Augmenter l'intégration du traitement des troubles concomitants en systématisant les processus cliniques des établissements :
  - a. Utilisation systématique des outils de dépistage de la double problématique
  - b. Adaptation des plans d'intervention en début et en cours de traitement
  - c. Recours aux stratégies d'interventions motivationnelles

- 3- Favoriser la continuité et l'intégration des services en facilitant le travail de collaboration entre un centre de réadaptation en toxicomanie et les organisations partenaires offrant des services en santé mentale.

Notons que pour le volet 2, une expérience de formation croisée vise les mêmes objectifs, mais cible l'intégration des services pour une double problématique distincte : toxicomanie et prévention/traitement de la négligence auprès des enfants.

### ***Méthode de suivi***

#### *Les outils*

Différents outils ont été utilisés pour évaluer les activités de stage et de formation réalisées, les processus d'acquisition de connaissances et de compétences, ainsi que la transformation des processus cliniques pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant des troubles concomitants. Différents indicateurs ont été utilisés pour mesurer l'impact réel de ce projet sur les pratiques cliniques des deux établissements (voir les annexes pour consulter les outils).

Le Questionnaire – compétence perçue et souhaitée en réadaptation psychiatrique (Lecompte & Leclerc, 2000) a été administré avant et après l'expérience de formation croisée à l'ensemble des intervenants des équipes de Domrémy MCQ (DMCQ) et des équipes des CIC ayant participé au premier volet de la formation croisée (voir l'annexe 2). Le questionnaire a été remis aux intervenants ayant participé aux rencontres de *focus group*, avant le début des discussions en groupe. Ainsi, 33 intervenants de DMCQ et 40 intervenants des CIC ont répondu au questionnaire avant le projet, alors que pour les données recueillies après le projet, c'est respectivement 32 et 37 intervenants qui y ont répondu. Notons que c'est l'évolution du

sentiment de compétence perçu des équipes qui est évalué et non l'évolution pour un clinicien ciblé. Ainsi, les cliniciens ayant répondu au questionnaire avant et après le projet de formation ne sont pas exactement les mêmes, notamment compte tenu du roulement de personnel. La même démarche a été effectuée pour le deuxième volet de la formation croisée, mais ce sont des versions adaptées du questionnaire qui ont été administrées avant et après le projet de formation croisée (voir les annexes 3 et 4). Avant ce deuxième volet de la formation, 35 intervenants de DMCQ, 25 intervenants des partenaires en santé mentale et 32 des intervenants en négligence ont répondu au questionnaire. Après le projet de formation, c'est respectivement 26, 15 et 25 intervenants qui ont répondu à nouveau au même questionnaire.

*L'échelle de fidélité au traitement des troubles concomitants* développée par Mueser et son équipe (2003) a été utilisée pour estimer l'impact du projet sur le degré d'intensité des services des équipes des CIC (volet 1 seulement). Ce cadre d'évaluation comprend une analyse de contenu d'un échantillon de dossiers cliniques ainsi que la tenue d'entrevues de groupe dans chacune des équipes pour évaluer avant et après le projet, le niveau d'intégration des services s'adressant aux personnes qui présentent des troubles concomitants. Ce processus permet, à travers la révision des dossiers et les échanges avec les équipes, d'évaluer l'utilisation des outils appropriés, le suivi des symptômes propres aux deux problématiques en cours de traitement, l'adaptation des plans d'intervention, le recours à des stratégies d'interventions spécifiques, etc. Ce processus a été mené par M. Francis Picher, chercheur au sein des CIC, en collaboration avec les membres de son équipe, avec l'autorisation du directeur des services professionnels. Les rencontres de *focus group* précédemment décrites ont alimenté ce processus.

L'analyse de dossiers cliniques, réalisée à partir d'une grille inspirée de critères définis par Mueser (2003), a été retenue pour DMCQ pour évaluer si le projet a permis d'en arriver à une modification formelle des processus cliniques (volet 1 seulement). Un échantillon d'environ 10 dossiers cliniques par point de service (échantillon total de 64 dossiers) ont été analysés avant l'expérience de formation croisée. Un échantillon de 48 autres dossiers ont été analysés après l'expérience de formation croisée. Les dossiers ont été ciblés au hasard dans chacun des cinq sites parmi ceux qui répondaient aux critères d'inclusion : l'évaluation à l'aide de *l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie* (Bergeron, Landry, Brochu et Guyon, 1998) devait avoir révélée, sur l'échelle des difficultés psychologiques, un niveau de problème coté 6 ou plus (problème élevé à extrême, traitement nécessaire à indispensable) par l'intervenant (voir la grille d'évaluation en cours de traitement en annexe 5 pour une description des indicateurs de problèmes de santé mentale sur lesquels sont basés ce jugement clinique). Cet échantillonnage a pu être réalisé par le coordonnateur des services professionnels de DMCQ à l'aide du *Système informatisé de la clientèle en alcoolisme et toxicomanie* (SICAT). Des grilles d'analyses similaires pour DMCQ et pour les équipes CIC ont permis de recueillir les données dans les dossiers cliniques en plus d'évaluer le niveau d'intégration de l'évaluation, du plan de traitement et de l'intervention (voir les annexes 6 et 7).

Les rencontres de focus group auprès de l'ensemble des équipes ayant participé au projet ont été réalisées avant et après l'expérience de formation croisée. Ainsi, 10 équipes ont été rencontrées à deux reprises dans le cadre du premier volet et 11 équipes qui ont été rencontrées également deux fois dans le cadre du deuxième volet. Ces rencontres ont permis de recueillir le point de vue des intervenants, tant les stagiaires que leurs collègues ayant accueilli le stagiaire, à propos du portait

des services offerts à la clientèle visée par la formation croisée, des forces et des limites de ces services en lien avec les caractéristiques de la clientèle visée, ainsi que des retombées du projet en lien avec les ingrédients de succès du projet et des difficultés rencontrées. Les grilles thématiques ayant guidé l'animation des *focus group* se trouvent dans les annexes 8 et 9.

Le cahier de bord des stagiaires (voir l'annexe 10) a permis de documenter de manière structurée les compétences acquises et les connaissances transmises, selon la perspective des cinq stagiaires de DMCQ et les cinq stagiaires des CIC ayant participé au premier volet du projet.

Le bilan de mi-stage et de fin de stage, rencontres de type *focus group* d'environ 45 minutes, ont été menées par les coordonnateurs terrains de DMCQ et des CIC lors du premier volet du projet. Ces rencontres ont permis de documenter le vécu des stagiaires, les aspects appréciés de l'expérience et les obstacles rencontrés ainsi que leur perception quant aux retombées du projet en termes de connaissances acquises et transmises et en termes d'influence sur leurs interventions et sur les processus cliniques de leur équipe. Des rencontres de groupe, menées par les coordonnateurs de DMCQ et des CIC ont été menées auprès des 16 stagiaires qui ont fait leur stage dans le cadre du projet financé par Santé Canada (volet 1). Ces rencontres se sont déroulées au milieu et la fin de leur stage et ont été enregistrées. Une analyse thématique du contenu manifeste de ces rencontres a été réalisée en vue d'identifier les thèmes récurrents liés au vécu des stagiaires au cours de l'expérience de formation croisée ainsi que liés à leur opinion sur ce projet.

### *Les analyses*

Des analyses de contenu manifeste des cahiers de bord, des enregistrements des rencontres de bilan de stage et du verbatim écrit des rencontres de focus group auprès de l'ensemble des équipes ont été réalisées. Pour l'analyse des rencontres de *focus group*, le logiciel NVivo7 a été utilisé. Des analyses descriptives et comparatives (tests *t*) ont été effectuées pour dresser des portraits pré et post expérimentation en regard de différentes mesures quantitatives pré-citées.

### *Aspects déontologiques*

Ce projet a obtenu l'approbation éthique du comité d'éthique de la recherche en toxicomanie (approbation CERT/2005-046). La confidentialité des données contenues dans les dossiers cliniques a été assurée par le personnel de recherche qui a fait la cueillette de données. Aucune donnée nominative ni aucune donnée permettant de reconnaître un usager n'a été conservée dans la banque de données, conservée sous clé par la chercheuse principale.

### ***Résultats***

#### *Résultats du premier volet de la formation croisée : Domrémy MCQ et les CIC.*

Cette section présente les résultats du premier volet du projet de formation croisée entre Domrémy MCQ (DMCQ) et les équipes CIC.

#### Les activités réalisées

Les activités se sont déroulées tel que planifiées. Suite à la pré-expérimentation, entre octobre 2005 et décembre 2006, huit intervenants de DMCQ et huit intervenants des équipes CIC ont fait

l'exercice de rotation positionnelle. Ils ont donc réalisé des stages de 10 semaines, à raison de deux jours par semaine. Les formations en toxicomanie et en santé mentale ont également été organisées tel que prévu.

### Le sentiment de compétence perçu

En ce qui concerne le sentiment de compétence perçu, le tableau 2 permet de comparer le sentiment de compétence des équipes d'intervenants de DMCQ à celui des équipes d'intervenants des équipes CIC avant le projet de formation croisée. Les résultats permettent de valider la pertinence de croiser les deux champs d'expertise de ces intervenants. En effet, tant en termes de savoir, que de savoir-être et de savoir-faire, les intervenants de DMCQ se sentent plus compétents que ceux des CIC dans leur propre champ d'expertise, soit celui de la toxicomanie. À l'inverse, on dresse le même constat pour les intervenants des équipes CIC qui se sentent plus compétents que ceux de DMCQ dans leur propre champ d'expertise en santé mentale. Ces résultats montrent également que le sentiment de compétence en regard des troubles concomitants, tant à l'égard du savoir que de savoir-faire, est plus bas chez l'ensemble des intervenants des deux organisations. Ainsi, les besoins prioritaires de formation pour les intervenants de DMCQ et ceux des CIC, identifiés à partir de questionnaires par un score inférieur à 0,70, sont : connaître les troubles concomitants, connaître les interactions entre toxicomanie et troubles mentaux, évaluer l'influence de la toxicomanie sur celle de la santé mentale et vice et versa, élaborer et actualiser des plans d'intervention en regard de troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale.

**Tableau 2. Indices moyens du sentiment de compétence perçue chez les intervenants des centres Domrémy MCQ et des CIC avant et après la formation croisée**

Sous-dimensions du sentiment de compétence perçue		Domrémy		CIC	
		Avant (n=33)	Après (n=32)	Avant (n=40)	Après (n=37)
Savoir					
	Connaître TM	0,66	0,78**	0,80	0,82
	Connaître dépist.éval.TM	0,69	0,73	0,78	0,84
	Connaître intervention TM	0,66	0,66	0,78	0,80
	Connaître psychotropes	0,77	0,82	0,72	0,73
	Connaître l'assuétude	0,90	0,89	0,65	0,72
	Connaître intervention Tox	0,89	0,82†	0,62	0,66
	Connaître processus changement	0,84	0,83	0,69	0,80**
	Connaître troubles concomitants	0,67	0,72	0,63	0,66
	Connaître interactions tox vs TM	0,66	0,71	0,63	0,70†
Savoir être					
	Maîtriser attitudes vs hall, idées délir., sympt.negatifs	0,65	0,69	0,81	0,85
	Maîtriser attitudes entrev.motivationale	0,73	0,79	0,63	0,68
Savoir faire					
	Intervenir auprès des TC	0,70	0,71	0,65	0,73*
	Utiliser AUS, DUS, SATS ou IGT	0,88	0,88	0,58	0,76**
	Diagnostic abus dépendance	0,88	0,88	0,63	0,74*
	Analyse fonctionnelle consommation	0,86	0,83	0,65	0,68
	Évaluer TM	0,69	0,70	0,81	0,86
	Évaluer influence Tox vs TM	0,69	0,70	0,67	0,69
	Élaborer p.i.i. du TC	0,66	0,77**	0,64	0,70
	Actualiser p.i.i. du TC	0,67	0,74	0,65	0,71
Total	L'ensemble des savoirs	0,74	0,77	0,69	0,74*

†  $p < 0,1$ ; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

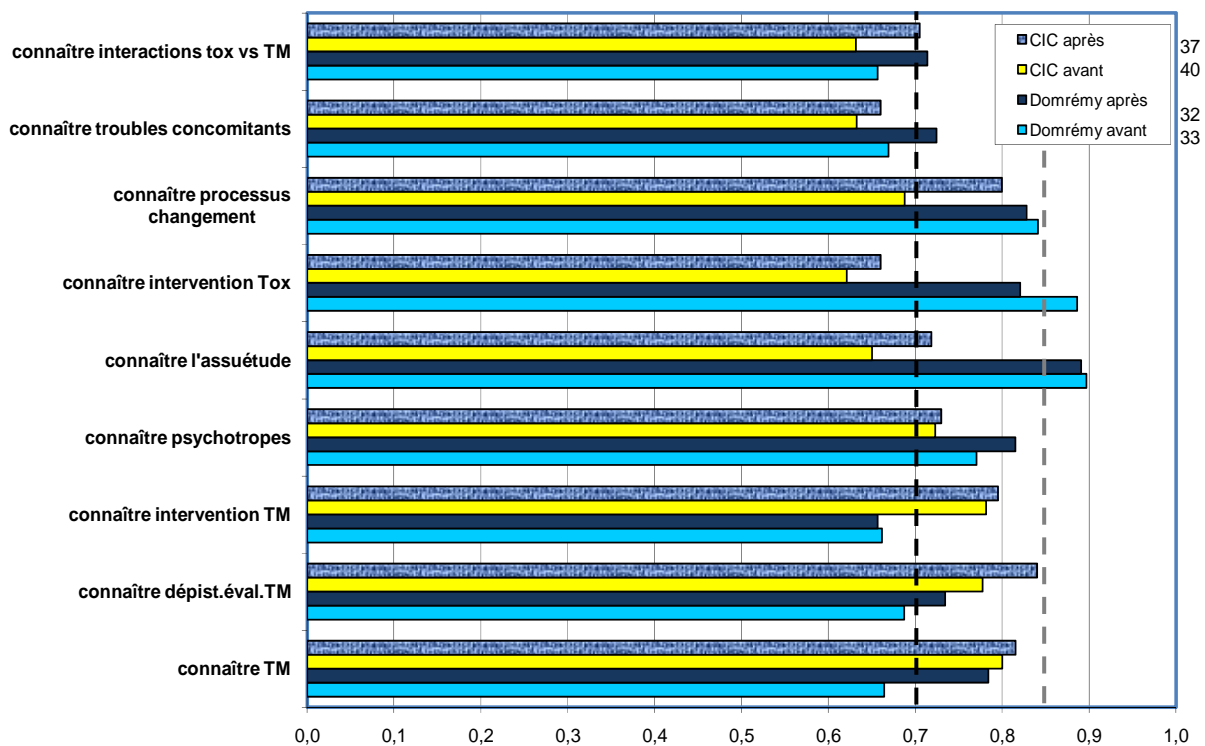
À noter : Les scores surlignés traduisent les besoins prioritaires de formation (seuil : score <70)

## CONSTATS

- ✓ **Ces résultats sur le sentiment de compétence perçu avant le projet de formation croisée permettent de valider la pertinence de : 1) transférer l'expertise en matière de toxicomanie des intervenants de Domrémy MCQ à leurs collègues des CIC et vice et versa; 2) développer une expertise commune en matière d'intervention auprès des personnes aux prises avec des troubles concomitants.**

La figure 1 permet de documenter certaines améliorations en termes de sentiment de compétence sur le plan du savoir. Ainsi, parmi les types de savoir pour lesquels on notait un besoin de formation prioritaire chez les intervenants de DMCQ, il ressort que le sentiment de compétence a augmenté au-dessus du seuil de 0,70 pour les connaissances suivantes : connaître les interactions entre toxicomanie et troubles mentaux, connaître les troubles concomitants, connaître les troubles mentaux et connaître les modalités de dépistage et d'évaluation des différents troubles mentaux. Pour ce qui est des intervenants des CIC, le même constat est fait en regard des connaissances suivantes : connaître les interactions entre toxicomanie et troubles mentaux, connaître les processus de changement, connaître l'assuétude. Il est à noter que les améliorations observées ne sont pas toutes statistiquement significatives. Les scores moyens des connaissances qui se distinguent au plan statistique sont : connaître les troubles mentaux pour le centre DMCQ et connaître le processus de changement ainsi que les interactions entre la toxicomanie et les troubles mentaux pour les CIC. On note aussi que les connaissances des interventions dans le domaine de la toxicomanie et en matière de troubles concomitants demeurent des besoins de formation prioritaires pour les intervenants des CIC. Pour ce qui est

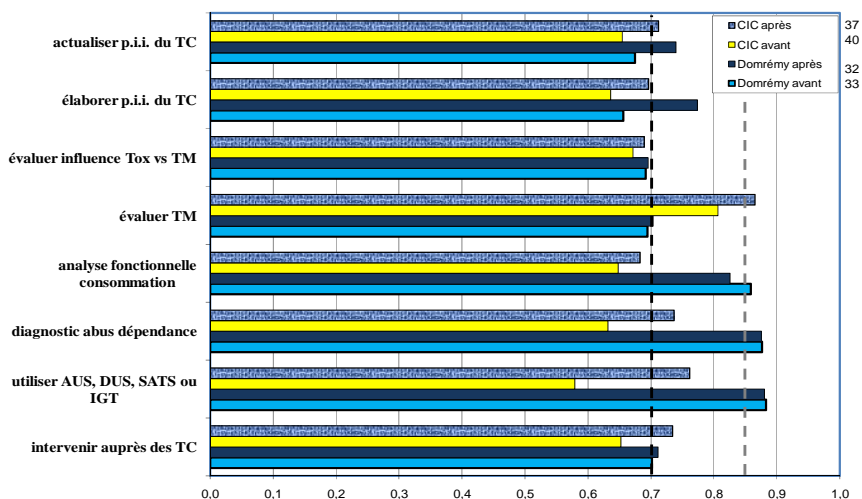
des intervenants de DMCQ, les connaissances dans le domaine de l'intervention en santé mentale demeurent une dimension pour laquelle le besoin de formation est prioritaire.



**Figure 1. Indices moyens de satisfaction de la compétence perçue en matière de SAVOIR avant et après la formation croisée avec rotation positionnelle**

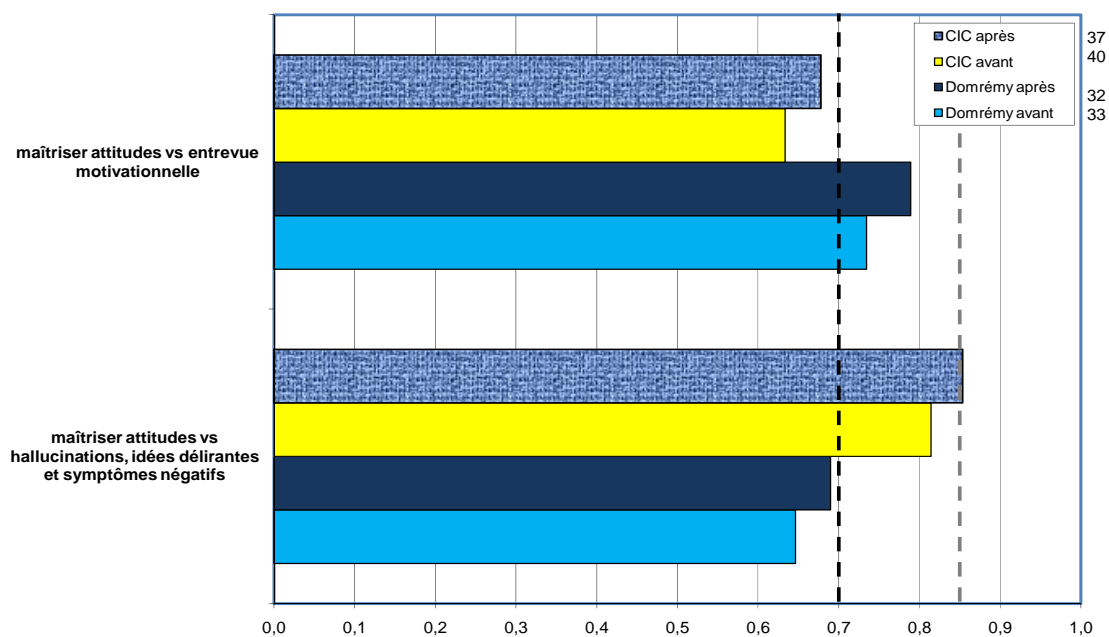
Sur le plan du sentiment de compétence en regard du savoir-faire, des améliorations sont également relevées, tel que montré à la figure 2. Ainsi, parmi les types de savoir-faire pour lesquels on notait un besoin de formation prioritaire chez les intervenants de DMCQ, on note que

le sentiment de compétence a augmenté au-dessus du seuil de 0,70 pour les dimensions suivantes : élaborer et actualiser des plans d'intervention en regard de troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale. Néanmoins, seulement l'élaboration du plan d'intervention atteint le seuil de signification statistique. Notons également que l'évaluation des troubles mentaux est une dimension qui dépasse également le seuil de 0,70 pour DMCQ suite au projet, mais l'amélioration notée est faible et non significative sur le plan statistique. Pour ce qui est des CIC, plusieurs dimensions du savoir-faire ont augmenté et manière statistiquement significative, soit l'intervention auprès des toxicomanes, l'utilisation d'instruments pour mesurer la gravité de la problématique de toxicomanie et l'habileté à faire un diagnostic d'abus et de dépendance. Finalement, les intervenants des CIC ont développé un sentiment de compétence perçu statistiquement plus élevé suivant la formation croisée.



**Figure 2. Indices moyens de satisfaction de la compétence perçue en matière de SAVOIR FAIRE avant et après la formation croisée avec rotation positionnelle**

Pour ce qui est du savoir-être, aucune amélioration significative n'est notée sur les deux indicateurs mesurés (voir figure 3). Il semble que la capacité à maîtriser des attitudes propres à l'entretien motivationnel demeure un besoin de formation prioritaire pour les intervenants des CIC. Il en va de même concernant la capacité des intervenants de DMCQ à maîtriser les attitudes adaptées aux hallucinations, idées délirantes et symptômes négatifs de la clientèle aux prises avec des troubles mentaux sévères et persistants.



**Figure 3. Indices moyens de satisfaction de la compétence perçue en matière de SAVOIR ÊTRE avant et après la formation croisée avec rotation positionnelle**

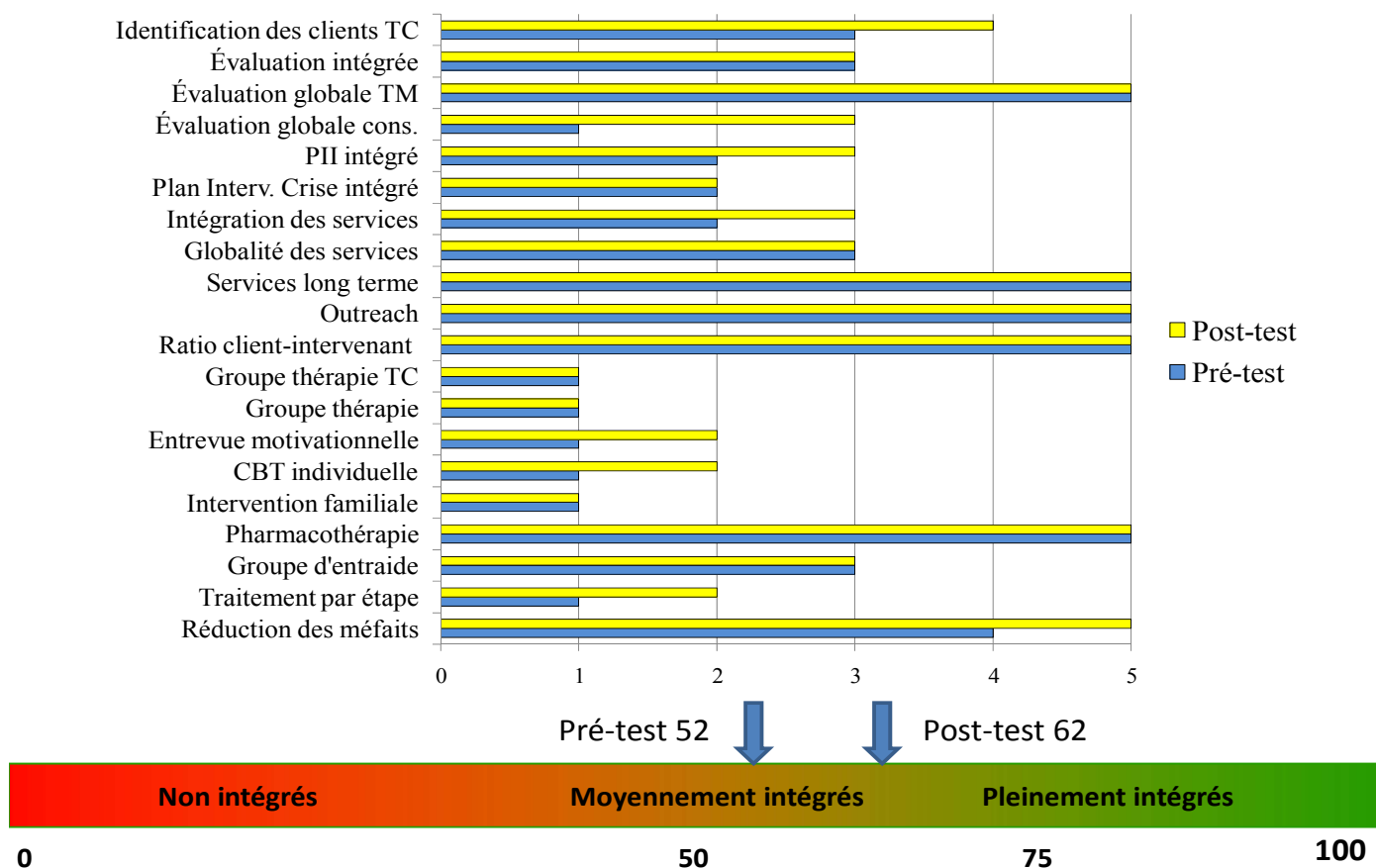
**CONSTATS :**

- ✓ **Le projet de formation croisée semble avoir eu des retombées positives sur le plan du sentiment de compétence perçu. Après la formation : : 1) les équipes de Domrémy MCQ se sentent plus compétentes en terme de savoir sur le plan de la santé mentale et des troubles concomitants et en terme de savoir-faire en matière de troubles concomitants; 2) Les équipes des CIC se sentent plus compétentes en terme de savoir sur la toxicomanie et sur les troubles concomitants et en terme de savoir-faire en matière de troubles concomitants.**
- ✓ **Après le projet de formation croisée des besoins de formation prioritaires demeurent pour les équipes des CIC et celles de Domrémy MCQ.**
- ✓ **Les besoins de formation prioritaires pour les équipes CIC sont, dans l'ordre : 1) connaître les interventions en toxicomanie, 2) maîtriser les attitudes propres à l'entretien motivationnel, 3) réaliser une analyse fonctionnelle de la consommation, 4) évaluer l'influence de la problématique de consommation sur la problématique de santé mentale et vice versa.**
- ✓ **Les besoins de formation prioritaires pour les équipes de Domrémy MCQ sont, dans l'ordre : 1) connaître les interventions en matière de troubles mentaux; 2) maîtriser les attitudes adaptées aux hallucinations, idées délirantes et symptômes négatifs.**

## Intégration des services : les CIC

Le responsable de la recherche des CIC a mené l'évaluation de l'intégration des services selon la grille de Muser (2003) avant et après le projet (voir la figure 4). Ces analyses mettent en évidence que les services sont demeurés modérément intégrés, mais avec une légère amélioration. En effet, le taux d'intégration est passé de 52% à 62% pour l'ensemble des sites des CIC. Les améliorations se situent sur ces dimensions : identification de clients avec un trouble concomitant, évaluation globale de la consommation de psychotropes, plan de traitement intégré,

plan d'intervention de crise intégré, entrevue motivationnelle, intervention individuelle cognitive-comportementale, recours aux groupes d'entraide et approche de réduction des méfaits. L'amélioration des pratiques d'évaluation de la consommation de psychotropes est particulièrement marquée. Notons que plusieurs dimensions recommandées par Mueser pour le traitement intégré des troubles concomitants exigent des réorganisations en profondeur des services, ce que n'a pu rendre possible le projet de formation croisée. Ainsi, aucune thérapie de groupe, ni aucune intervention familiale n'est prévue à la programmation des CIC.



**Figure 4.** Évaluation des équipes CIC selon l'échelle de fidélité au traitement des troubles concomitants (*Mueser et al., 2003*) avant et après la formation croisée

## CONSTATS

- ✓ L'analyse du degré d'intégration du traitement dans les équipes CIC avant et après le projet permet d'en documenter les impacts favorables.
- ✓ L'amélioration des pratiques d'évaluation de la consommation de psychotropes est particulièrement marquée.
- ✓ Cette démarche d'évaluation met également en lumière que l'amélioration de l'intégration du traitement constitue une démarche complexe pour laquelle des efforts d'amélioration continue sont requis.

De façon plus spécifique, les analyses des registres quotidiens de contact (RCQ) avec la clientèle compilées par l'ensemble des cliniciens a permis d'évaluer la proportion des interventions quotidiennes consacrées à la toxicomanie. Cela a permis de constater que les stagiaires étaient aussi ceux qui démontraient une plus grande aisance à intervenir en toxicomanie avec leur clientèle avant même le début du projet. Aucune variation majeure sur cet indicateur n'a cependant été constatée. Ainsi, avant le projet, les stagiaires intervenaient au quotidien en moyenne 10% du temps en toxicomanie, proportion moyenne qui a atteint un maximum de 16% au cours des six trimestres qui ont suivi le début des stages. Pour ce qui est des intervenants de l'équipe qui n'ont pas fait de stage, ces proportions sont passées de 7% avant le début du projet à un maximum de 9% au cours des six trimestres suivants.

**CONSTAT :**

- ✓ **Les intervenants des CIC qui ont été ciblés et qui ont choisi de s'investir dans les stages reliés à la formation croisée présentaient à l'avance des caractéristiques particulières, dont celle d'intervenir déjà davantage que leurs collègues dans le domaine de la toxicomanie auprès de leur clientèle. Cela constitue un indicateur de leur intérêt marqué pour les troubles concomitants et de leur degré de sensibilisation à cette double problématique. Ces éléments ont pu favoriser leur motivation à s'impliquer tout au long de ce projet de formation exigeant en termes de temps, d'énergie et de capacité d'adaptation**

### Analyse des dossiers de Domrémy MCQ

Parmi l'ensemble des dossiers cliniques des usagers de Domrémy MCQ (DMCQ) présentant des problèmes sévères de santé mentale, un échantillon de 64 dossiers et de 48 dossiers ont respectivement été analysés avant et après le premier volet de formation croisée.

Les résultats de ces analyses de dossiers, présentés dans le tableau 3, permettent de documenter certaines améliorations sur le plan des indicateurs d'intégration du traitement. Ainsi, on note que lors de l'évaluation, les dossiers tendent à contenir des informations plus détaillées sur le plan de la problématique de la santé mentale, soit dans 42% des dossiers analysés comparativement à 14% des dossiers des usagers ayant reçu des services avant le projet. On note aussi que les liens entre santé mentale et toxicomanie sont davantage explicités dans les dossiers lors de la phase d'évaluation, soit dans 33% des cas comparativement à 16% avant le projet. Un dernier indicateur d'intégration du traitement qui semble avoir été influencé par le projet est le degré de précision des interventions identifiées en regard de la santé mentale dans le plan d'intervention. Ainsi, on note que la proportion des dossiers cliniques, pour lesquels des interventions spécifiques à la santé mentale sont notées dans les plans d'intervention, passe de 25% avant le projet à 40% après le projet.

Tableau 3. Analyse des dossiers cliniques des usagers de Domrémy MCQ présentant des problèmes graves de santé mentale, avant et après le projet de formation croisée

Catégories d'intégration	Présence d'indicateurs d'intégration du traitement au dossier clinique	Avant le projet Fréquence (/64 dossiers) (%)	Après le projet Fréquence (/48 dossiers) (%)
Évaluation intégrée	Info détaillée santé mentale (SM)	9 (14%)	20 (42%)
Évaluation intégrée	Info SM révisée/ 3 mois	1 (2%)	0 (0%)
Évaluation intégrée	Médication précisée	37 (58%)	29 (60%)
Évaluation intégrée	Liens entre SM et toxico	10 (16%)	16 (33%)
Évaluation intégrée	Rapport psychologique	5 (8%)	3 (6%)
Évaluation intégrée	Évaluation détaillée toxico	56 (88%)	47 (98%)
Plan d'intervention (P.I.) intégré	Cibles d'intervention SM	30 (47%)	25 (52%)
P.I. intégré	Interventions précises liées à la problématique SM	16 (25%)	19 (40%)
P.I. intégré	Cibles avec précisions sur interactions SM/toxico	3 (5%)	3 (6%)
P.I. intégré	Plan d'intervention de crise	0 (0%)	0 (0%)
Intervention intégrée	Implication de ressources partenaires en SM	19 (30%)	15 (31%)
Intervention intégrée	Présence de traitement SM à Domrémy	40 (63%)	29 (60%)
Intervention intégrée	Présence de traitement SM à Domrémy OU partenaire SM	47 (73%)	37 (77%)

Toutefois, en ce qui concerne l'implantation de processus cliniques favorisant la réévaluation régulière à tous les trois mois de la gravité des problèmes de santé mentale, on constate que cela n'a pas été fait de façon systématique. Ceci dit, il est fort plausible que des réévaluations soient faites et consignées dans les notes au dossier, notes qui n'ont pu être analysées. Il faut aussi souligner qu'il est rare de trouver des rapports psychologiques ou psychiatriques au dossier, que ceux-ci aient été réalisés par un psychologue de DMCQ ou encore par un professionnel d'un autre organisme. Les plans de crise, recommandés pour cette clientèle particulièrement

vulnérable, ne sont pas du tout utilisés par les intervenants de DMCQ, ou du moins pas sous cette forme. Encore une fois, des plans ont pu être élaborés verbalement ou encore être notés dans les notes d'évolution.

Il faut aussi souligner que certains indicateurs d'intégration du traitement, bien que stables entre les deux moments d'analyses, sont souvent présents dans les dossiers. Notons par exemple que des cibles d'intervention reliées à des enjeux de santé mentale sont présentes dans environ la moitié des plans d'intervention. Le tiers des dossiers comportent des informations sur des échanges faits avec des intervenants d'organismes partenaires en santé mentale. En outre, les trois quarts des usagers bénéficient d'un traitement en santé mentale, à DMCQ même ou dans une ressource partenaire dont on fait mention au dossier. Il demeure que, compte tenu que tous ces usagers présentent un besoin très important d'aide en regard de la santé mentale lors de leur entrée en traitement, on peut se questionner sur la situation du quart des autres usagers. Nous pourrions penser qu'ils bénéficient en fait d'un traitement qui cible leur problématique de santé mentale, auprès d'un partenaire du réseau de la santé par exemple, mais qu'aucun lien de collaboration n'a été établi entre cette ressource et le centre de traitement en toxicomanie. Ou nous pourrions aussi faire l'hypothèse que certains de ces usagers demeurent sans soutien sur le plan de leurs problèmes de santé mentale. Dans les deux cas, il y aurait un problème important d'intégration du traitement et-ou des services chez le quart des usagers dont les dossiers ont fait l'objet d'analyse. Il faut toutefois nuancer ce constat par le fait que la façon de faire la tenue de dossiers influence bien sûr les résultats, d'autant plus que les analyses se limitent aux évaluations formelles, plans d'intervention et résumés de dossier. Tel que mentionné auparavant, toutes les notes évolutives n'ont pas été analysées.

## CONSTATS

- ✓ **L'analyse de dossiers cliniques suggère que le projet de formation croisée pourrait avoir eu certaines retombées sur les pratiques cliniques des intervenants de Domrémy MCQ auprès des usagers présentant des problèmes de santé mentale associés: l'évaluation plus détaillée de la problématique de santé mentale et de ses interactions avec la problématique de toxicomanie, la plus grande précision dans le plan d'intervention des types d'interventions ciblant les problèmes de santé mentale.**
- ✓ **Ces résultats montrent aussi l'ampleur du défi relié à la modification formelle des processus cliniques, particulièrement dans un organisme qui comprend onze sites déployés sur un large territoire, qui doit compter sur l'appui de plusieurs coordonnateurs.**
- ✓ **Les résultats de ces analyses de dossier peuvent appuyer une réflexion sur les actions à entreprendre pour poursuivre une démarche d'amélioration continue des services intégrés au sein de Domrémy MCQ, en s'assurant d'obtenir un large consensus et un bon niveau d'adhésion sur les moyens à mettre en place, à la fois de la part des gestionnaires que des intervenants qui doivent être consultés.**

### Les journaux de bord

L'analyse des journaux de bord des stagiaires permet de mettre en lumière plusieurs acquis chez les stagiaires de DMCQ (voir tableau 4). On note que les stagiaires identifient des acquis principalement en ce qui concerne les connaissances et les habiletés liées à l'intervention en regard de la santé mentale et des troubles concomitants. Aussi, les stagiaires relèvent avoir acquis une meilleure connaissance du milieu partenaire qui les a accueilli, soit les CIC, mais aussi des autres partenaires du réseau impliqués dans le traitement de la clientèle des CIC.

**Tableau 4. Apprentissages identifiés par les stagiaires de Domrémy MCQ dans leur journal de bord**

<b>Apprentissages en cours de stage (Stagiaires de Domrémy MCQ)</b>	<b>Fréquence</b>
Techniques d'intervention en santé mentale	7/8
Techniques d'intervention en regard des troubles concomitants (approche motivationnelle, discussion avec le personnel, interventions avec des usagers)	4/8
Connaître les enjeux légaux en santé mentale	7/8
Mode de fonctionnement de l'équipe C.I.C.	8/8
Connaissance sur les organismes partenaires	5/8
Information en santé mentale	8/8
Information sur les instruments de dépistage (AUS-DUS-SATS-EGF)	3/8
Interventions sociales (hébergement, nourriture, etc.)	6/8

Parmi les interventions sociales acquises (voir tableau 4), plusieurs éléments spécifiques de l'intervention auprès des personnes avec des troubles concomitants sont identifiés, comme : vérifier la qualité du sommeil et de la nourriture; intervenir sur le plan de l'hygiène; préparer et distribuer la médication; soutien dans des tâches quotidiennes; aider un client dans sa recherche d'un logement; faire un budget avec un client; accompagner le client à l'hôpital ou lors de la visite d'un avocat. Les interventions en santé mentale apprises (voir tableau 4) réfèrent aussi à plusieurs aspects spécifiques, comme par exemple : inciter à la prise de médication; apprendre à doser la confrontation, faire des reflets sur les comportements dérangeants; ignorer les délires encapsulés; utiliser une personne significative sur place; utiliser des trucs antistress pour calmer les délires; apprendre comment ramener le délire à la réalité; utiliser davantage le concret plutôt que l'abstrait; savoir à quel moment il est opportun de questionner les délires; comprendre à quel moment l'écoute est plus appropriée que l'intervention; intégrer l'enseignement à travers la discussion; savoir comment fixer des objectifs réalistes qui vont valoriser l'utilisateur.

La majorité des stagiaires de DMCQ rapportent avoir transmis des connaissances à l'équipe des CIC qui les a accueilli en regard : 1) des services offerts par DMCQ; 2) des informations sur la toxicomanie et le jeu pathologique; 3) des techniques d'intervention en toxicomanie.

Pour ce qui est des stagiaires des équipes CIC, plusieurs acquis sont identifiés dans les journaux de bord des stagiaires (voir tableau 5). Ces acquis sont principalement liés à une meilleure connaissance de la problématique de toxicomanie et des façons d'évaluer et d'intervenir en cette matière. Les stagiaires ont également eu l'occasion d'apprendre davantage sur les services offerts et les modes de fonctionnement de DMCQ.

**Tableau 5. Apprentissages identifiés par les stagiaires des équipes CIC dans leur journal de bord**

<b>Apprentissages en cours de stage (stagiaires CIC)</b>	<b>Fréquence</b>
Techniques d'interventions en toxicomanie et jeu pathologique	8/8
Techniques d'interventions du trouble concomitant	1/8
Mode de fonctionnement de l'équipe DMCQ et des formulaires-formalités reliées au client (accueil, admission, PI, évaluation...)	6/8
Information en toxicomanie	5/8
Information sur les instruments de détection (AUS-DUS-SATS) et d'évaluation (EGF-IGT)	4/8
Approche motivationnelle	4/8

Pour ce qui est des interventions en toxicomanie, la majorité des stagiaires des CIC ont pu compléter des évaluations de la gravité de la toxicomanie avec l'outil IGT en plus de participer à des suivis individuels et de groupe auprès de la clientèle de DMCQ. Enfin, la moitié des

stagiaires des CIC précisent avoir transmis des connaissances à l'équipe de DMCQ qui les a accueilli relatives aux organismes partenaires de la région pouvant être utiles à la clientèle. Aussi, la moitié de ceux-ci rapportent avoir communiqué des éléments d'information très variés, mais tous liés à l'intervention en matière de santé mentale.

#### Le bilan des stagiaires au milieu et à la fin du stage

Une description détaillée des résultats concernant la perception des stagiaires de l'expérience de formation croisée se trouve dans un article publié en 2008 dans la revue *Le Partenaire* (Ménard, Picher, Bertrand & Gagnon, 2008; voir l'article complet à l'annexe 11). Plusieurs constats émergent :

- Les stagiaires interviewés rapportent avoir apprécié leur formation et acquis plusieurs connaissances et habiletés afin d'intervenir plus efficacement auprès d'une clientèle présentant un trouble concomitant.
- Les apprentissages réalisés par les stagiaires des CIC au niveau de leur compréhension des problématiques de consommation et de l'intervention motivationnelle semblent avoir été bénéfiques et utiles dans leur travail.
- Les stagiaires de DMCQ ont pour leur part manifesté un intérêt soutenu et une appréciation positive de leur expérience d'intervention à domicile auprès des personnes présentant des troubles mentaux graves.
- Les stagiaires mentionnent également avoir apprécié collaborer avec les membres du milieu d'accueil et avoir changé leurs attitudes vis-à-vis les troubles concomitants. Ils perçoivent davantage la pertinence de traiter les troubles concomitants en collaboration et de manière simultanée.

- Plusieurs intervenants de DMCQ ont souligné la quasi absence des troubles psychotiques parmi leur clientèle à DMCQ. Pour certains, ces différences marquées entre les deux clientèles et les deux contextes d'intervention ont été perçues comme un obstacle à la généralisation des apprentissages alors que pour d'autres, elles sont apparues comme une richesse qui favorise le décloisonnement des pratiques et l'élargissement des perceptions.
- Les stagiaires identifient quelques obstacles à leur apprentissage durant les stages : 1) ils ont manqué de contacts avec des clients aux prises avec des troubles concomitants; 2) les réunions d'équipe ne permettaient pas de mettre l'accent sur les troubles concomitants; 3) la gestion du projet n'était pas toujours assez rigoureuse; 4) pour certains seulement, le fait d'avoir été peu sollicités par leur propre équipe ou l'équipe hôte en regard de leurs connaissances et cette apparente indifférence ont semblé réduire à leurs yeux la valeur de leur stage; 4) les exigences considérables associées à ce type d'exercice qui, en plus de solliciter de façon importante les capacités d'adaptation des stagiaires, s'est déroulé en parallèle à la poursuite à temps partiel de leur travail habituel.
- Plusieurs stagiaires précisent que ce projet nécessite un engagement et un niveau d'énergie important, surtout pour les stagiaires, et que l'organisation se doit de fournir un support et un suivi rigoureux pour atténuer toute forme de contraintes, d'obstacles ou d'irritants qui pourraient facilement miner le processus d'apprentissage et les bienfaits que peuvent en retirer les participants.

## CONSTATS

On doit retenir que :

- ✓ **Les stagiaires rapportent des retombées positives de leur expérience de stage : ils ont davantage de connaissances et d'habiletés pour intervenir auprès de la clientèle avec troubles concomitants, ils perçoivent une plus grande pertinence d'intervenir de façon intégrée auprès de ces personnes et constatent une amélioration de leurs liens de collaboration avec l'organisme partenaire impliqué dans le projet de formation croisée.**
- ✓ **Ce type d'exercice ne peut s'improviser et requiert un suivi constant pour en assurer le succès.**
- ✓ **Des mesures concrètes doivent être prises pour diminuer la lourdeur de la tâche des stagiaires.**
- ✓ **Le niveau d'intérêt et l'enthousiasme manifesté par les stagiaires ou les équipes concernant le partage d'expertises ou de savoirs semblent jouer un rôle non négligeable dans le processus de transfert des connaissances.**
- ✓ **Pour favoriser le transfert de connaissances, les échanges entre les équipes et les stagiaires doivent être suivis et dynamisés au besoin pour optimiser l'intensité et la valeur de ceux-ci.**

### Les rencontres de type *focus group* (volet I)

L'ensemble des intervenants des équipes de DMCQ et des CIC ont participé à des rencontres de type *focus group* avant et après le projet de formation croisée.

#### Le point de vue des équipes de Domrémy MCQ

Avant le projet, les équipes d'intervenants de Domrémy MCQ (DMCQ) ont exprimé leur point de vue sur les troubles concomitants en regard des forces des services offerts par DMCQ et des obstacles rencontrés pour offrir des services de qualité à cette clientèle. Après le projet, les

mêmes équipes se sont prononcées sur les retombées du projet de formation croisée ainsi que sur les conditions gagnantes de ce projet et les difficultés rencontrées.

### *Les forces*

Plusieurs forces ont été identifiées. Les intervenants considèrent avoir une bonne connaissance théorique des troubles mentaux en général en plus de se sentir compétent pour intervenir en matière de troubles anxieux, troubles de l'humeur et troubles de la personnalité. Grand nombre des usagers de DMCQ présentent l'un ou plusieurs de ces types de troubles, ce qui a favorisé chez les cliniciens le développement de leurs compétence sur ces aspects :

*« Je pense que la clientèle la plus connue, c'est les borderlines, on a été sensibilisés depuis quelques années à cette problématique là et on les voit venir un peu plus que les autres. Je dirais qu'on a développé une certaine compétence au niveau de ces troubles de personnalité-là. »*

Aussi, la passation systématique de l'Indice de gravité d'une toxicomanie (IGT) est un élément qui contribue à la détection efficace des troubles mentaux selon plusieurs. Le fait de pouvoir travailler en équipe avec ses collègues est aussi un élément apprécié qui a été identifié dans plusieurs rencontres de *focus group*. Enfin, le fait que la clientèle ait accès rapidement aux services et la culture de collaboration de DMCQ avec les autres ressources partenaires du réseau de la santé constituent des forces des équipes de DMCQ pour mieux répondre aux besoins de cette clientèle.

### *Les obstacles*

Certains obstacles à la prestation de services de qualité aux personnes aux prises avec des troubles concomitants sont également identifiés avant le début du projet. Les intervenants identifient des zones d'inconfort sur le plan de leur travail clinique qui mettent en lumière la complexité du traitement intégré des troubles concomitants. Ainsi, les intervenants mentionnent :

- 1) que l'évaluation valide et spécifique des troubles mentaux concomitants est difficile compte tenu de la similarité et du chevauchement des symptômes;
- 2) le diagnostic différentiel est encore plus complexe à obtenir lorsqu'il est difficile d'obtenir un mois d'abstinence;
- 3) le développement de l'alliance de travail pour évaluer le trouble mental peut être difficile étant donné la peur du trouble mental et de la psychiatrie chez la clientèle;
- 3) les intervenants dénotent un besoin de formation sur les interactions entre médicaments et drogues;
- 4) les intervenants se sentent peu confortables pour intervenir en présence de symptômes psychotiques et face à la résistance à la prise de médicaments.

Les intervenants identifient également des obstacles de type organisationnel. Ils déplorent un accès limité aux médecins de famille, aux psychiatres et aux services de santé mentale de 1<sup>ère</sup> ligne. Par ailleurs, la structure et l'intensité des services en toxicomanie sont souvent peu adaptées aux besoins de cette clientèle aux prises avec des troubles concomitants, selon les intervenants. Cette clientèle est perçue par eux comme exigeante : ces personnes s'absentent fréquemment, vivent des moments de crise répétés et des efforts importants doivent être déployés pour coordonner les actions des professionnels au dossier qui sont souvent nombreux. Dans ce

contexte, offrir des rencontres hebdomadaires dans un centre externe peut s'avérer une formule peu propice à engager cette clientèle en traitement.

### *Les retombées du projet*

Les retombées positives du projet sont principalement identifiées dans les rencontres de *focus group* par les intervenants qui se sont impliqués comme stagiaires et réfèrent à une amélioration de leurs pratiques cliniques en matière de troubles concomitants. Ceux-ci rapportent que le projet leur a permis de se sentir plus confortables avec la clientèle aux prises avec des troubles mentaux sévères. Le contact avec eux et le développement de l'alliance thérapeutique s'en trouve facilités. Par ailleurs, les intervenants précisent qu'ils ont acquis des connaissances qui leur ont permis d'adapter leur plan d'intervention à cette clientèle : les objectifs sont moins élevés, plus réalistes, plus à court terme et plus atteignables. Des intervenants évoquent qu'ils ont appris à éviter de se centrer sur un discours incohérent et/ou de tenter de le changer. Une plus grande emphase est placée sur l'établissement de la relation thérapeutique et sur le fait de rassurer le client. Les intervenants choisissent de faire des rencontres plus courtes et adaptent le contenu et l'intensité du suivi en fonction des besoins du client. Les intervenants notent aussi une plus grande utilisation des contacts téléphoniques comme mode d'intervention, initié par l'intervenant et aussi par le client. D'autres notent que les intervenants tendent à établir plus de liens avec les autres ressources déjà impliquées en cours de suivi. Une plus grande attention est portée à la médication, à la poursuite du suivi psychiatrique et à un travail sur les besoins de base.

Des retombées positives du projet sont également identifiées, cette fois plus globalement par les équipes de DMCQ, en ce qui concerne l'enrichissement des collaborations avec les équipes CIC. Les intervenants se sentent moins isolés dans leur travail, les collègues des CIC, avec qui des liens personnalisés se sont développés, devenant une source de renseignements efficace. La référence au CIC se trouve facilitée pour les usagers de DMCQ qui ont besoin de ce type de suivi intensif en communauté. Les expériences de co-intervention, bien que peu fréquentes, se poursuivent ponctuellement et sont perçues comme très utiles et enrichissantes. Certains intervenants mentionnent aussi que le projet a permis de réaliser davantage de discussions de cas en équipe, façon de faire qui semble se consolider ou se poursuivre:

*« Une des grandes forces, c'est de faire des discussions de cas en équipe et de discuter des références en psychologie. Ça c'est deux forces qu'on a. C'est un plus et on fait plus de discussion de cas qu'on en faisait. »*

D'autres intervenants perçoivent des améliorations sur le plan des processus cliniques :

*« Dans le fond, on fait des discussions de cas plus, on fait des évaluations aux trois mois, les évaluations psychologiques, on a des discussions de cas, on a des plans d'intervention qui sont intéressants, c'est quand même des forces (...) c'est des choses qu'on a développé pas mal au cours de la dernière année. »*

### *Les conditions gagnantes*

Les composantes du projet associées au succès du projet sont : 1) l'aspect pratique des formations (stages) et l'attitude d'ouverture du stagiaire :

*« Une formation pratique, on l'intègre plus rapidement que théorique. C'est ce que j'ai beaucoup aimé. On était sur le terrain. (...) Moi ça me confirme que toxicomanie et santé mentale ça va vraiment ensemble parce que c'est de plus en plus rare que je reçois un alcoolique, alcoolique. »*

Enfin, en ce qui concerne les stages effectués par les intervenants de DMCQ, le fait de faire des visites à domicile chez la clientèle, accompagné d'un collègue des CIC, constitue un élément important ayant favorisé la compréhension du vécu de la clientèle et de leurs besoins ainsi que des types d'intervention spécifiques adaptés à leur problématique.

### *Les réserves émises sur le projet*

Certains intervenants de DMCQ émettent des réserves sur le projet de formation croisée. Certains n'adhèrent pas ou peu aux principes d'intervention intégrée :

*« Je suis en train d'embarquer dans un suivi qui va s'éterniser parce que ça relève plus de la santé mentale et que je suis en train de m'éloigner du problème de toxicomanie. Donc, avoir plus de connaissances c'est bien,*

*mais pour moi, ça a un peu l'effet pervers de vouloir embarquer aussi là-dedans. »*

Les équipes de DMCQ précisent aussi qu'ils ont le sentiment d'avoir davantage donné en termes d'expertise que l'inverse. Les besoins cliniques des intervenants se situent plus souvent sur le plan de l'intervention en matière de troubles anxieux et de l'humeur qu'en matière de troubles psychotiques. Bien que certaines équipes aient mentionné que les références aux CIC étaient facilitées, dans d'autres équipes, des déceptions sur ce plan ont été identifiées. De la même façon, alors que certains stagiaires ont apprécié les aspects pratiques de leur stage, d'autres déplorent l'emphase mise sur l'observation durant leur stage plutôt que sur les échanges cliniques.

Enfin, compte tenu de la forte prévalence des troubles de personnalité et des troubles anxieux et de l'humeur dans la clientèle de DMCQ et compte tenu des obstacles rencontrés sur le terrain sur le plan du travail en partenariat auprès de cette clientèle, il est attendu de privilégier pour la suite des projets de formation croisée avec des partenaires des CSSS (services de 1<sup>ère</sup> ligne en santé mentale) et de la psychiatrie.

*« Surtout avec les troubles de la personnalité, je trouve qu'on pourrait s'améliorer encore. Les clients qui sont catalogués sévères et persistants, ils viennent peu. On a plus la clientèle qui a des troubles de personnalité. Pis on n'est peut-être pas plus armés pour faire face à ça. »*

## Le point de vue des intervenants des équipes CIC

L'analyse des rencontres de type *focus group* réalisées auprès des équipes des CIC ayant participé au projet, avant et après ce dernier, permettent aussi de recueillir leurs points de vue.

### *Les forces*

Lors du premier *focus group* réalisé avant le projet de formation croisée, les intervenants identifient plusieurs forces sur le plan de leur approche auprès de leur clientèle : une expertise de l'équipe dans le domaine de la santé mentale, les visites à domicile, l'approche individualisée centrée sur les besoins du client et tenant compte de son environnement, l'accès rapide à leurs services, les interventions avec le réseau de la personne, le travail de collaboration avec les autres partenaires du réseau de la santé mentale, la capacité d'orienter et de référer le client à DMCQ.

### *Les obstacles*

Certains intervenants des CIC déplorent un manque de connaissances du domaine de l'intervention en toxicomanie alors que d'autres précisent que les formations théoriques n'ont pas permis de combler entièrement cette lacune, compte tenu de la difficulté à transférer les apprentissages dans la pratique :

*« Un des obstacles, c'est la mise en pratique. On a de la formation, c'est plus théorique, ou on a une journée sur l'entretien motivationnel puis par la suite, il n'y a pas de soutien et pas nécessairement de stimulation pour qu'on poursuive, donc ça reste dans le tiroir. »*

Les enjeux de confidentialité dans des situations de judiciarisation, particulièrement sur le plan de la consommation d'alcool et de drogues, sont soulevés. Ces situations complexes créent des inconforts et les intervenants notent le besoin de soutien lors de ces circonstances. Les intervenants discutent aussi du flou existant autour des politiques d'équipe en regard de la prise en charge de la problématique de la toxicomanie. Un besoin d'établir des lignes directrices communes est évoqué.

#### *Les retombées*

L'analyse des rencontres de *focus group* après le projet de formation croisée permet de constater que les équipes CIC sont largement satisfaites du projet. Plusieurs retombées sont identifiées et peu de réserves face au projet sont émises, même si les intervenants identifient des difficultés qui demeurent dans leur travail auprès de leur clientèle aux prises avec des troubles concomitants.

Ainsi, la formation a permis aux intervenants du CIC de réfléchir sur leurs pratiques professionnelles, sur leurs attentes à l'endroit de la clientèle, sur les moyens dont ils disposent, sur les limites de leur intervention, et sur les *progrès* que peuvent accomplir les clients. Pour les intervenants, la priorité est d'établir un lien de confiance avec les patients, de leur permettre de parler de ce qu'ils vivent. Les intervenants s'assurent ainsi de créer les meilleures conditions possibles pour référer la clientèle à DMCQ, le cas échéant. Aussi, avec la formation, les intervenants se sentent plus à l'aise avec les troubles concomitants. Ils sont également plus

disposés à accepter la réduction des méfaits comme approche thérapeutique, alors qu'auparavant, l'abstinence constituait le focus des interventions.

*Les réserves et les besoins qui demeurent après le projet*

En ce qui concerne les réserves émises sur le projet à proprement dit, elles sont peu nombreuses. On note dans un des sites que les discussions de cas ont été moins appréciées. Un intervenant note que les discussions de cas étaient peu pertinentes et ne répondaient pas à un vrai besoin, car il n'y avait pas de cas de toxicomanie à discuter. Cette opinion peut révéler une certaine hésitation à apporter des cas de toxicomanie à discuter en équipe ou encore une difficulté à repérer les cas de toxicomanie dans la clientèle qui persiste après le projet.

Parmi les différents obstacles identifiés par les intervenants lors du deuxième *focus group*, les problèmes d'accessibilité aux services de DMCQ et des autres partenaires sont relevés. Les délais d'attente sont souvent trop longs, en particulier pour la clientèle des CIC qui est souvent difficile à mobiliser.

## CONSTATS

- ✓ **Les équipes de Domrémy MCQ et des CIC constatent des retombées positives du projet de formation croisée.**
- ✓ **Les intervenants qui ont réalisé des stages, provenant des deux organisations, sont ceux qui identifient plusieurs améliorations spécifiques de leurs pratiques cliniques.**
- ✓ **L'intensification des liens de collaboration entre Domrémy MCQ et les CIC constitue une retombée positive du projet qui fait généralement consensus dans les équipes qui ont participé au projet.**
- ✓ **Quelques intervenants de Domrémy MCQ émettent certaines réserves sur le projet. Le projet est exigeant, certains perçoivent qu'ils ont davantage donné que reçu en termes d'expertise et que leurs besoins de formation et de collaboration prioritaire se situent ailleurs, les personnes psychotiques fréquentant peu Domrémy MCQ :**
  - **Les troubles de la personnalité, des troubles anxieux et de l'humeur sont fréquents chez la clientèle de Domrémy MCQ et certains intervenants souhaitent que leurs besoins de formation sur ces thématiques soient favorisés.**
  - **Dans le même sens, la psychiatrie et les services de base en santé mentale au sein des CSSS sont des domaines pour lesquels des liens de collaboration plus étroits devraient être tissés en priorité.**

*Résultats du deuxième volet de la formation croisée : Domrémy MCQ et les autres partenaires*

### Les activités réalisées

Les activités ont été réalisées tel que prévu à l'hiver 2008, avec quelques modifications cependant. Les milieux cliniques ont dû organiser les stages et les formations de façon précipitée compte tenu que l'annonce de financement a été faite tardivement, soit en décembre 2007.

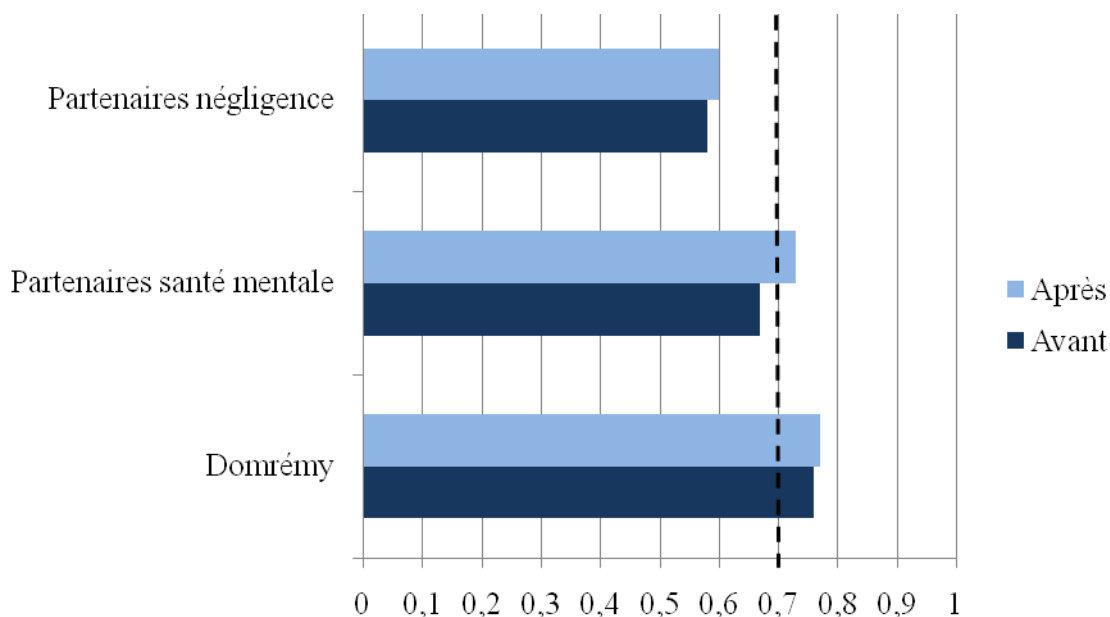
Compte tenu des courts délais pour organiser les stages et des implications pour l'organisation (ex. : gestion de personnel), le stage de Victoriaville a été écourté : 16 jours au lieu de 20 pour l'intervenant de Domrémy MCQ (DMCQ) et 13 jours au lieu de 20 pour l'intervenant CSSS. Pour le site de Drummondville, c'est deux intervenants de DMCQ, un intervenant du centre jeunesse et un intervenant du CSSS qui ont réalisé des stages de 10 jours chacun. Sur 1400 heures de stages prévues, 1323 heures ont été réalisées.

Les formations aux plans de service individualisés (PSI) de Shawinigan, Victoriaville et Trois-Rivières (CHRTR) ont été annulées ainsi que la formation sur les troubles de personnalité limite étant donné des problèmes logistiques. Ces formations ont été remplacées par : l'ajout de deux jours de formation OMEGA sur la gestion de comportements agressifs, 11 heures de formation sur les effets des psychotropes et la formation de formateurs pour le PSI et l'entretien motivationnel.

#### Le sentiment de compétence perçu

La figure 5 présente les scores globaux de sentiment de compétence perçu aux deux temps de mesure. Cette figure permet de constater une amélioration globale chez les partenaires en santé mentale du projet, bien que celle-ci ne soit pas significative sur le plan statistique. En ce qui concerne les partenaires en négligence, malgré que les résultats recueillis avant le projet soulignent un besoin de formation, il ne semble pas que le projet ait pu favoriser le sentiment de compétence perçu chez ceux-ci. Pour ce qui est de DMCQ, il n'y a pas de changement sur le

score global non plus, mais les intervenants de DMCQ tendent à se sentir compétents en matière de troubles concomitants au début du projet.



**Figure 5. Indices moyens de satisfaction de la compétence perçue pour L'ENSEMBLE DES SAVOIRS avant et après la formation croisée avec rotation positionnelle du volet II**

Le tableau 6 résume l'évolution du sentiment de compétence perçue chez les équipes ayant participé au volet II du projet de formation croisée. Plusieurs améliorations significatives sur le plan statistiques sont notées, et ce, uniquement pour les partenaires de DMCQ du domaine de la santé mentale. Ces améliorations sont sur les plans de : 1) la connaissance de l'assuétude; 2) la connaissance de l'intervention en toxicomanie; 3) la connaissance du processus de changement; 4) le savoir-faire en matière de diagnostics d'abus et de dépendance.

**Tableau 6. Indices moyens du sentiment de compétence perçue chez les intervenants des centres Domrémy MCQ, des partenaires en santé mentale et en négligence avant et après la formation croisée (volet 2)**

Sous-dimensions du sentiment de compétence perçue	Domrémy		Partenaires santé mentale		Partenaires négligence	
	Avant (n=35)	Après (n=26)	Avant (n=22)	Après (n=15)	Avant (n=35)	Après (n=25)
<b>Savoir</b>						
Connaître TM	0,74	0,73	0,78	0,77	0,74	0,72
Connaître dé pist.éval.TM	0,65	0,66	0,73	0,77	0,67	0,62
Connaître intervention TM	0,65	0,71	0,73	0,77	0,69	0,71
Connaître psychotropes	0,81	0,85	0,67	0,68	0,57	0,59
Connaître l'assuétude	0,89	0,92	0,60	0,77**	0,54	0,62
Connaître intervention toxico	0,91	0,87	0,58	0,72*	0,53	0,59
Connaître processus changement	0,76	0,78	0,67	0,78†	0,50	0,58
Connaître troubles concomitants	0,72	0,74	0,64	0,71	0,57	0,58
Connaître interactions toxico vs TM	0,66	0,71	0,63	0,70	0,57	0,62
<b>Savoir être</b>						
Maîtriser attitudes vs symptômes de maladie mentale	0,67	0,74	0,75	0,78	0,62	0,64
Maîtriser attitudes entrev. motivationnelle	0,81	0,80	0,61	0,74	0,54	0,53
<b>Savoir faire</b>						
Intervenir auprès des TC	0,75	0,71	0,63	0,68	0,58	0,64
Utiliser AUS, DUS, SATS ou IGT	0,87	0,84	0,76	0,64	0,44	0,50
Diagnostic abus dépendance	0,90	0,95	0,64	0,79*	0,48	0,54
Analyse fonctionnelle consommation	0,88	0,84	0,69	0,72	0,52	0,50
Évaluer TM	0,74	0,71	0,78	0,84	0,75	0,70
Évaluer influence toxico vs TM	0,71	0,70	0,66	0,71	0,59	0,58
Élaborer p.i.i. du TC	0,71	0,71	0,62	0,67	0,58	0,61
Actualiser p.i.i. du TC	0,69	0,68	0,60	0,66	0,53	0,60
<b>Total</b> L'ensemble des savoirs	0,76	0,77	0,67	0,73	0,58	0,60

†  $p < 0,1$ ; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ . À noter : Surligné : besoins de formation prioritaire (<70)

### Les rencontres de type *focus group* (volet II)

Les équipes qui ont participé au deuxième volet du projet ont été consultées avant le début de l'implantation de celui-ci. Elles ont identifié les obstacles ou les difficultés rencontrées dans leurs efforts d'offrir des services en matière de troubles concomitants.

#### *Les obstacles ou difficultés rencontrées*

Les intervenants de DMCQ qui offrent des services résidentiels en toxicomanie sont ceux qui identifient le plus d'obstacles dans la prestation de services aux personnes qui souffrent de troubles mentaux concomitants. Il faut souligner qu'ils reçoivent la clientèle la plus vulnérable dont l'état physique et/ou psychosocial nécessite(nt) une stabilisation. Des intervenants constatent un manque de connaissance sur les troubles mentaux, éléments qui peuvent contribuer, selon certains, à l'effet *ping-pong*, c'est-à-dire à la difficulté de traiter les deux problématique en même temps. Dans le même sens, un intervenant déplore le recours trop fréquent à la mise à la porte chez cette clientèle, ayant l'impression qu'une meilleure connaissance de leur problématique pourrait diminuer l'utilisation de cette stratégie. D'autres intervenants soulignent plutôt que le traitement des troubles mentaux ne relève pas de DMCQ qui doit traiter la toxicomanie en priorité. Certains s'inquiètent aussi de la trop grande hétérogénéité des groupes de thérapie qui incluent des personnes avec et sans troubles mentaux concomitants. Pour plusieurs, le travail de collaboration avec les organismes partenaires qui réfèrent des personnes aux prises avec des troubles concomitants devrait être intensifié, pour que la prise en charge continue de se faire en équipe après la référence.

Aussi, des obstacles spécifiques sont identifiés par les intervenants de DMCQ en regard de la double problématique de négligence/toxicomanie. Le travail de collaboration devient souvent difficile étant donné des enjeux liés à la confidentialité, les rôles et les mandats de chacun qui ne sont pas clairs, et les philosophies qui peuvent différer, notamment en ce qui a trait aux rechutes. Aussi, les intervenants de DMCQ sont souvent mal-à-l'aise avec ce qui leur semble être une « commande », c'est-à-dire une demande des centres jeunesse pour qu'un parent soit admis à l'interne. Dans ces cas, ils perçoivent que leur expertise concernant l'évaluation de la pertinence du type de service à offrir au client en fonction de ses besoins (ex. : externe ou résidentiel) n'est pas prise en compte. L'absence de service de gardiennage à DMCQ est également un élément qui complique leur travail. Enfin, le travail avec des parents peu motivés à modifier leur consommation qui consultent sous la pression, par peur de perdre la garde de leur enfant, constitue un défi clinique important.

De façon globale, l'analyse de l'ensemble des *focus group* permet de dégager des défis importants liés à la complexité reliée au traitement des troubles concomitants :

- ✓ Les intervenants développent parfois une frustration à l'égard de leurs patients qui présentent un trouble concomitant;
- ✓ Les intervenants éprouvent parfois un malaise face aux services offerts; les clients utilisent des ressources destinées à la famille pour s'acheter de la drogue;
- ✓ Les intervenants ont de la difficulté à reconnaître ce qu'il faut privilégier, la toxicomanie ou la santé mentale;
- ✓ Les intervenants ne savent pas quelle approche clinique utiliser dans leurs interventions et s'en remettent à celle la plus utilisée dans le centre;

- ✓ Les intervenants éprouvent des difficultés associées à l'identification de l'ensemble de la problématique des clients;
- ✓ Les intervenants ne distinguent pas systématiquement l'absence de motivation au rétablissement et l'incapacité des patients à se mobiliser compte tenu de leurs limites;
- ✓ Les rôles des différents intervenants sont mal définis.

Des obstacles organisationnels sont identifiés :

- ✓ Les clients aux prises avec un troubles concomitant expriment le besoin d'un suivi thérapeutique à long terme et les services en toxicomanie sont souvent centrés sur le comportement, donc sur le court terme, et ne permettent pas une exploration en profondeur de la problématique de santé mentale;
- ✓ L'effet *ping-pong* est souvent mentionné par les intervenants : les clients sont renvoyés d'un service à l'autre sans recevoir de traitement approprié;
- ✓ Les intervenants anticipent les difficultés associées aux clients aux prises avec un trouble concomitant et tendent à être moins tolérants et à entretenir des préjugés à leur égard;
- ✓ Les différentes ressources ont des mandats et des modes thérapeutiques différents qui mettent les intervenants dans une position conflictuelle.

### *Les retombées*

Après le deuxième volet de la formation croisée, les équipes ont été de nouveau rencontrées. Elles se sont prononcées sur les retombées du projet.

Les principaux constats qui émergent de l'ensemble des *focus groups* sont les suivants :

- ✓ De manière générale, les intervenants de DMCQ estiment avoir plus donné que reçu des stagiaires;
- ✓ Les partenaires ayant participé au projet rapportent généralement avoir bénéficié de l'expertise apportée par le stagiaire de DMCQ dans leur équipe et ils auraient apprécié que cette présence soit accrue;
- ✓ Les stages ont permis de faire des ponts entre les ressources et connaître les services offerts par les autres ressources;
- ✓ Le stage a favorisé de part et d'autre le perfectionnement des techniques d'intervention;
- ✓ Les stagiaires ont été en mesure de comparer les modes thérapeutiques du milieu de stage avec celui en vigueur au sein de leur organisation.

L'analyse des rencontres de *focus group* indique que le projet a permis aux intervenants d'élargir leurs connaissances sur les caractéristiques de la clientèle aux prises avec une double problématique ainsi que sur les approches cliniques adaptées :

- ✓ Ces clients ont souvent peu d'emprise sur leur vie qui est gérée par leur famille et les services sociaux et médicaux. L'opportunité de bénéficier de services qui reposent sur une approche de réduction des méfaits leur permet d'acquérir un contrôle sur leur vie, ce qui leur est grandement bénéfique.
- ✓ Le suivi alterné entre les différents services découle de la formation et a pour objectif une meilleure intégration des services et des intervenants qui travaillent avec un même individu afin de diminuer l'effet *ping-pong*.

### *Conditions gagnantes*

L'analyse des *focus group* permet également de mettre en lumière des conditions gagnantes, à la fois pour le traitement adapté des personnes qui présentent une double problématique que pour la réussite d'un projet de formation croisée.

Ainsi, pour le rétablissement des clients, les intervenants soulignent qu'il faut :

- ✓ Créer des liens entre les ressources et travailler en partenariat afin de prendre en charge de manière plus efficace les clients aux prises avec des troubles concomitants;
- ✓ Assurer une meilleure coordination entre tous les services impliqués dans le traitement des clients souffrant d'une double problématique;
- ✓ Accepter le fait que les individus aux prises avec un trouble concomitant font partie de notre clientèle et qu'il faut s'adapter à leurs besoins spécifiques.

Pour la formation des stagiaires de la formation croisée

- ✓ Participer à toutes les activités du milieu de stage
- ✓ Assister à des formations sur des problématiques ciblées contribue au sentiment de compétence
- ✓ Il est préférable que le stagiaire se consacre à temps plein sur sa formation pendant la période de stage
- ✓ Les stagiaires doivent pouvoir exploiter les nouvelles connaissances pour procéder à des changements au plan clinique afin de favoriser l'intégration
- ✓ Le stagiaire bénéficie amplement d'un superviseur

### *Obstacles rencontrés durant la formation croisée*

Les intervenants identifient des difficultés rencontrées au cours de projet de formation croisée :

- ✓ Les stagiaires manquent de suivi et de supervision pendant leur stage;
- ✓ Les membres de l'équipe du stagiaire témoignent d'une insatisfaction vis-à-vis la formation;
- ✓ L'intégration de modes thérapeutiques appris sont parfois perçus comme incompatibles;
- ✓ Le mécanisme de transmission des informations manque de planification et d'efficacité;
- ✓ Les stagiaires qui devaient assumer leur pleine charge de travail de manière parallèle à la formation n'ont pas bénéficié du processus;
- ✓ Les rétroactions entre les différents milieux de stage se sont souvent échelonnées sur une période trop courte pour que les intervenants bénéficient des nouvelles connaissances;
- ✓ Le stagiaire qui ne détient pas le titre de personne-ressource n'a pas les moyens nécessaires pour assurer une formation adéquate;
- ✓ La planification du lieu de stage et des activités reliées est trop tardive.

## CONSTATS

**Les équipes ayant participé au deuxième volet du projet de formation croisée constatent des retombées favorables :**

- ✓ Les partenaires ayant participé au projet rapportent généralement avoir bénéficié de l'expertise apportée par le stagiaire de Domrémy MCQ dans leur équipe et ils auraient apprécié que cette présence soit accrue;
- ✓ Les stages ont permis de faire des ponts entre les ressources et connaître les services offerts par les autres ressources;
- ✓ Le stage a favorisé de part et d'autres le perfectionnement des techniques d'intervention;
- ✓ Les stagiaires ont été en mesure de comparer les modes thérapeutiques du milieu de stage avec celui en vigueur au sein de leur organisation.

**Des conditions de succès du projet de formation croisée découlent de ces analyses :**

- ✓ Participer à toutes les activités du milieu de stage favorise les apprentissages et le sentiment de satisfaction;
- ✓ Assister à des formations sur des problématiques ciblées contribue au sentiment de compétence;
- ✓ Le clinicien doit être suffisamment dégagé de ses tâches pour bénéficier du stage;
- ✓ Les formations de type pratique (stage) favorisent l'intégration des formations théoriques;
- ✓ L'encadrement du stagiaire par un superviseur est bénéfique et recommandé
- ✓ L'implantation du projet doit être planifiée longuement, cette planification devant permettre notamment de s'assurer que les besoins des intervenants de l'ensemble des organisations soient pris en compte de façon équitable.

### *Conclusion*

Dans l'ensemble plusieurs retombées favorables de ce projet sont documentées. De façon globale, on constate que le sentiment de compétence des équipes, tant sur le plan du savoir que du savoir-faire, a été rehaussé. Il demeure que l'intégration des savoirs dans la pratique clinique semble avoir davantage été réalisée chez les stagiaires que chez l'ensemble des intervenants des équipes ayant participé au projet. La notion de transfert de connaissances entre collègues d'une

équipe est complexe dans son application et ne peut être laissée au hasard. Il demeure que les analyses de dossiers cliniques et des *focus group* ont permis de documenter certaines améliorations sur le plan de l'intégration du traitement et des services, tout en ciblant des pistes d'amélioration. Par exemple, la ré-évaluation systématique de la gravité des problèmes psychologiques chez la clientèle de DMCQ est un processus plus long à implanter qui exige beaucoup de coordination et de consensus au sein des nombreuses équipes et points de services. Un autre exemple est la complexité à intégrer dans son travail certaines techniques comme celles de l'entretien motivationnel. Les intervenants en santé mentale et en négligence ont besoin de formation continue et d'occasions de pratiquer davantage ce type d'intervention. Néanmoins, ce projet a permis de favoriser une meilleure compréhension des approches adaptées à cette clientèle utilisées par les différents organismes partenaire ayant participé au projet. Le développement de cette vision commune des troubles concomitants et des approches d'intervention adaptées a sûrement favorisé un des principaux impacts de ce projet, soit la facilitation des rapports de collaborations entre les différents organismes impliqués.

Notons également que malgré que plusieurs retombées favorables du deuxième volet du projet aient été documentées, les impacts sont davantage mitigés que pour le premier volet. Il faut rappeler que pour ce deuxième volet, les stages en négligence n'ont été que partiellement complétés entre DMCQ et les Centres Jeunesse de Drummondville et que des formations ont dû être annulées et remplacées à la dernière minute. C'est l'annonce de financement tardive qui a exigé beaucoup d'adaptation des milieux cliniques qui ont dû gérer avec les disponibilités des formateurs et des équipes. Ces modifications de dernières minutes pourraient avoir eu une influence importante sur les impacts mitigés de la phase II, mettant ainsi en perspective la

nécessité de disposer du temps requis pour bien préparer les équipes concernées et pouvoir avoir accès aux formateurs au moment approprié. Par ailleurs, on note également que pour la phase II, les équipes de DMCQ rapportent moins de besoins de formation prioritaire selon le questionnaire de sentiment de compétence. Il est possible que si une planification plus longue avait été possible, cela aurait permis d'ajuster le projet en fonction des besoins des équipes de DMCQ pour assurer ainsi un sentiment d'équité plus grand pour les intervenants. En effet, on note que les intervenants de DMCQ ont eu le sentiment de donner davantage qu'ils ont pu retirer de bénéfices du projet. Cette perception se vérifie également par le fait que, pour le deuxième volet, le sentiment de compétence a été rehaussé davantage pour les partenaires que pour DMCQ.

### *Recommandations*

L'ensemble de ces constats permettent d'émettre quelques recommandations :

- ✓ L'augmentation de l'intégration du traitement des troubles concomitants chez les partenaires de ce projet est une démarche qui doit se poursuivre au long cours pour tenir compte notamment de la complexité de cette démarche sur les plans clinique et organisationnels, ce qui inclue le roulement de personnel.
- Pour l'ensemble des organisations, sont recommandés la consultation des équipes et des coordonnateurs pour obtenir un consensus sur les processus cliniques formels qui devraient être implantés en matière de troubles concomitants; la diffusion de ce cadre de travail aux équipes; ainsi que des mécanismes de suivi de ces processus dans une perspective d'amélioration continue.

- Il est recommandé de poursuivre des activités de formation. Après le projet de formation croisée des besoins de formation prioritaires demeurent pour les équipes des CIC et celles de Domrémy MCQ et des autres partenaires impliqués. La formation de formateurs au sein des équipes pour optimiser le transfert de connaissance est une avenue intéressante à mettre en place.
- ✓ Compte tenu des retombées favorables du projet et des conditions de succès dégagées, il est recommandé que d'autres acteurs des réseaux de la santé mentale et de la toxicomanie se mobilisent pour élaborer des stratégies adaptées à leurs besoins en vue de favoriser l'intégration du traitement et des services pour les troubles concomitants. La stratégie de formation croisée, notamment la rotation positionnelle d'une durée prolongée (stages de 10 semaines), quoiqu'exigeante, peut porter ses fruits si elle est bien planifiée. La planification rigoureuse de l'implantation, qui inclue un temps de préparation suffisant est cependant essentielle au succès de ce type de projet.

## Références

Bergeron, J., Landry, M., Brochu, S., & Guyon, L. (1998). Les études psychométriques autour de l'ASI/IGT. In L. Guyon, M. Landry, S. Brochu, & J. Bergeron (Eds). L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes : l'indice de gravité d'une toxicomanie (ASI/IGT), (pp.31-45). Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Cannon-Bowers, J.A., Salas, E., Blickensderfer, E., Bowers, C.A. (1998) The impact of cross-training and workload on team functioning: A replication and extension of initial findings. Human Factors,40, 92-101.

Cooke, N.J., Salas, E., Cannon-Bower, J.A. & Stout, R.J. (2000) Improving teams' interpositional knowledge through cross training. Proceedings of the human factors and ergonomics Society Annual Meeting.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders : implications for prevention and service utilization. American Journal of Orthopsychiatry, 66, 17-31.

Lecompte, T. & Leclerc, C. (2000) Questionnaire Compétence perçue et souhaitée en réadaptation psychiatrique.

Lehman, W.E.K., Greener, J.M. & Simpson, D.D. (2002) Assessing organisation readiness for change. Journal of Substance Abuse Treatment, 22, 197-209.

Ménard, J.M. (2001) [http://www.domremymcq.ca/devrecherche/publications/ Proposition d'un mod&grave;le régional d'organisation des services simultanés et intégrés pour les personnes présentant une double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale août 2001](http://www.domremymcq.ca/devrecherche/publications/)

Ménard, J.M., Picher, F., Bertrand, K. & Gagnon, M. (2008). L'apport des stratégies de formation croisée par rotation positionnelle à l'implantation de services intégrés pour les troubles concomitants en Mauricie/Centre-du-Québec. Le partenaire, 15(3), 1-22.

Moyers, T.B., Martin, T., Manuel, J.K. & Miller, W.R. (2003) The motivational interviewing treatment integrity (MITI) Code: Version 2.0 University of New Mexico. Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions (CASAA)

Mueser, K.T., Fox, L., Bond, G.R., Salyers, M., Yamamoto, K. , Williams, J. (2003) Dual-disorder treatment fidelity scale. In Mueser et al. (Eds.) Integrated treatment for dual disorders.A guide to effective practice. New York: Guilford Press.

Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake,R.E. & Fox, L. (2003). Integrated Treatment for dual disorders. A guide to effective practice. New York: Guilford Press.

Pepper, B. & Hendrickson, E. (2000) Developing a cross training project for substance abuse, mental health and criminal justice professionals working with offenders with co-existing disorders. <http://www.toad.net/arcturus/dd/cttoc.html>

Ridgely, M.S., Goldman, & Willenbring, M. (1990). Barriers to the care of persons with dual diagnosis: Organizational and financing issues. Schizophrenia Bulletin, 16(1), 123-132.

Santé Canada (2002) Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie. Ottawa : Santé Canada.

Simmonds, M. (2003) Substance abuse and infectious disease: Cross-training for collaborative systems prevention, treatment and care. CSAT. <http://www.treatment.org/topics/infectious.html>

Veilleux, R. & Perreault, M. (2003). Consultation auprès des participants au projet-pilote de jumelage inter établissement en santé mentale dans le sud-ouest de Montréal. Montréal : Hôpital Douglas.

Veilleux, R. & Perreault, M. (2003). Échange inter établissements de santé mentale du sud-ouest de Montréal Évaluation du projet-pilote de l'hiver 2004. Rapport provisoire. Montréal : Hôpital Douglas.

Volpe, C.E., Cannon-Bowers, J.A., Salas, E. & Spector, P.E. (1996) The impact of cross-training on team functioning: an empirical investigation. Human Factors, 38, 87-100.



**ANNEXE 1 : Plan de stage à Domrémy MCQ**

## Plan de stage à Domrémy M.C.Q.

<b>Milieu de stage: Domrémy MCQ</b>	<b>Tuteur/superviseur</b>	<b>Durée</b>	<b>Jours</b>
Services externes Trois-Rivières	Serge Filion/Jacques	2 jours/ 10 semaines	à déterminer
Services externes Drummond	Boucher	2 jours/ 10 semaines	à déterminer
	Marina Verville		

SEMAINES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Exigences du monitoring</b>	Tenue hebdomadaire du journal de bord Participation à la rencontre de suivi mi-stage et fin de stage avec les responsables du projet Enregistre minimalement 3 séquences d'entrevue de 20 minutes (début de stage, fin de stage, 6 mois plus tard)									
<b>Niveau d'implication en cours de stage d'immersion</b>	<b>observatio n</b>	<b>co-intervention/autonomie</b>								
<b>Activités auxquelles le stagiaire participe à Domrémy MCQ durant son stage d'immersion</b>	Réunion d'équipe (selon la pertinence des contenus abordés)									
	Gestion des demandes de services									
	Sensibilisation au Nidem									
	Sensibilisation à l'éval. en CH									
	Sensibilisation à l'IGT									
	Analyse fonctionnelle des comportements de consommation									
	Élaboration, actualisation et révision des Plans d'intervention									
	Suivi individuel									
	Groupe de thérapie									
	Groupe support au sevrage									
	Visite en hébergement									
	Supervision avec tuteur									
	Formation à l'entrevue motivationnelle									
Formation sur les troubles mentaux chez les toxicomanes - Dr.Pépin										
<b>Rôle du superviseur tuteur</b>	Évalue les attentes spécifiques du stagiaire et en tient compte en cours de stage									
	Assure la liaison entre le stagiaire et l'équipe d'accueil									
	Coordonne à chaque semaine la séquence des activités pour le stagiaire									
	Assure une supervision formelle de 60 minutes par semaine									
	Cette supervision vise à répondre aux questions du stagiaire, à enseigner et superviser l'utilisation des outils d'évaluation, l'analyse fonctionnelle des problèmes de consommation et autres problématiques, l'élaboration et l'actualisation des PII, etc.									
	Intègre le stagiaire à un de ses suivis individuels									
Participe aux rencontres de suivi du projet à la mi-stage et à la fin de celui-ci										

**ANNEXE 2 : Description du questionnaire «Compétence perçue et souhaitée  
en santé mentale et en soins psychiatriques»**

**Description du questionnaire compétence perçue et souhaitée en santé mentale et en soins  
psychiatriques**

**(Claude Leclerc, inf. Ph.D, et Tania Lecomte, Ph.D, 2003)**

Pour chaque section, de même que pour chaque item de ces sections, nous fournissons les scores obtenus par le groupe de répondants. Dans la *dernière section*, nous proposons les objectifs prioritaires de formation, tels qu'exprimés par les répondants en terme d'importance et de nécessité afin d'actualiser leurs compétences.

Le questionnaire offre un indice de satisfaction concernant la compétence perçue et la compétence souhaitée en lien avec chaque item abordé. L'indice de satisfaction se mesure par l'équation suivante:  $S = 1 - ((i - C) / i)$ , où S est la satisfaction, i l'importance ou la valeur accordée à l'item nommé et C est la perception de la compétence perçue (Katzell, 1964).

Par exemple, si à la question 1, les intervenants indiquent en moyenne que ces connaissances sont très importantes (soit un niveau 4) et se reconnaissent une compétence limitée (soit un niveau 2), la formule devient :

$$S = 1 - ((4-2) / 4) = 0,50.$$

L'indice de satisfaction est de 0,50 et correspond à une priorité de formation pour le répondant. Il faut noter que le questionnaire fournit des informations sur des groupes de personnes, et traite donc des moyennes de résultats et non pas des résultats individuels

Un score de 1 implique une satisfaction entière face à sa compétence, un score inférieur à 1 implique que l'intervenant perçoit sa compétence comme insuffisante par rapport à la valeur accordée à l'item. Cette compétence insuffisante devient alors un besoin de formation. Il est possible d'obtenir un score supérieur à 1, ce qui indique que le répondant considère avoir davantage de compétence que ce que son emploi exige de lui. Les compétences pour lesquelles un score de moins de 0,70 est obtenu par le groupe sont considérées par les auteurs du questionnaire comme des priorités de formation. Une compétence pour laquelle un score supérieur à 0,85 mais inférieur à 1,0 est obtenu est reconnu comme une force de l'intervenant qu'il est souhaitable de renforcer et de développer.

## Compétences perçues et souhaitées en regard des troubles concomitants

(adapté par JM Ménard, F.Picher & K.Bertrand 2005 de T.Lecompte et C.Leclerc 2000)

Pour chacun des énoncés suivants, veuillez indiquer, selon l'échelle de 1 à 4:

**L'importance** que vous accordez aux connaissances, aux attitudes et aux habiletés décrites, lors de vos interventions auprès des personnes présentant des troubles concomitants santé mentale et toxicomanie, en encerclant la réponse appropriée **à gauche**.

1.pas important    2.peu important    3.plutôt important    4.très important

**Le niveau de compétence** que vous vous reconnaissez en lien avec ces connaissances, ces attitudes et ces habiletés, en encerclant la réponse appropriée **à droite**

1.aucune compétence    2.compétence limitée    3.plutôt bonne compétence    4.excellente compétence

IMPORTANCE					COMPÉTENCE			
Pas important	Peu important	Plutôt important	Très important		Aucune compétence	Compétence limitée	Plutôt bonne compétence	Excellente compétence
1	2	3	4	Connaître les troubles mentaux	1	2	3	4
1	2	3	4	Connaître les modalités de dépistage et d'évaluation des différents troubles mentaux	1	2	3	4
1	2	3	4	Connaître les modalités d'intervention adaptées aux différents troubles mentaux	1	2	3	4
1	2	3	4	Connaître les effets des différents psychotropes	1	2	3	4
1	2	3	4	Connaître le phénomène et les processus associés à la dépendance, à l'assuétude	1	2	3	4
1	2	3	4	Connaître les modalités d'intervention en toxicomanie	1	2	3	4
1	2	3	4	Connaître les étapes et les processus de changement des personnes présentant une problématique de santé mentale et/ou de toxicomanie	1	2	3	4

1	2	3	4	Connaître les troubles concomitants	1	2	3	4
1	2	3	4	Connaître les interactions possibles entre la problématique de toxicomanie et la problématique de santé mentale	1	2	3	4
1	2	3	4	Maîtriser les attitudes appropriées pour intervenir en présence d'hallucinations, d'idées délirantes et de symptômes négatifs	1	2	3	4
1	2	3	4	Maîtriser les attitudes propres à l'entrevue motivationnelle	1	2	3	4
1	2	3	4	Être en mesure d'intervenir auprès de clients présentant une comorbidité de toxicomanie et de trouble mental	1	2	3	4
1	2	3	4	Être en mesure de dépister et d'évaluer les comportements de consommation et la motivation au changement à partir de grilles spécifiques	1	2	3	4
1	2	3	4	Être en mesure d'établir un diagnostic d'abus ou de dépendance à un psychotrope	1	2	3	4
1	2	3	4	Être en mesure de procéder à l'analyse fonctionnelle des comportements de consommation (déclencheurs, renforcements, etc.)	1	2	3	4
1	2	3	4	Être en mesure d'évaluer les troubles mentaux	1	2	3	4
1	2	3	4	Être en mesure d'évaluer l'influence de la problématique de consommation sur la problématique de santé mentale et vice versa	1	2	3	4
1	2	3	4	Être en mesure d'élaborer des plans d'intervention en regard de troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale	1	2	3	4
1	2	3	4	Être en mesure d'actualiser des plans d'intervention en regard de troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale	1	2	3	4

**ANNEXE 3 : Questionnaire «Compétences perçues et souhaitées en regard des troubles concomitants»**

## Compétences perçues et souhaitées en regard des troubles concomitants

(adapté par JM Ménard, F.Picher & K.Bertrand 2005 de T.Lecompte et C.Leclerc 2000)

Pour chacun des énoncés suivants, veuillez indiquer, selon l'échelle de 1 à 4:

**L'importance** que vous accordez aux connaissances, aux attitudes et aux habiletés décrites, lors de vos interventions auprès des personnes présentant des troubles concomitants santé mentale et toxicomanie, en encerclant la réponse appropriée **à gauche**.

1.pas important    2.peu important    3.plutôt important    4.très important

**Le niveau de compétence** que vous vous reconnaissez en lien avec ces connaissances, ces attitudes et ces habiletés, en encerclant la réponse appropriée **à droite**

1.aucune compétence    2.compétence limitée    3.plutôt bonne compétence    4.excellente compétence

### IMPORTANTANCE

Pas important  
Peu important  
Plutôt important  
Très important

### COMPÉTENCE

Aucune compétence  
Compétence limitée  
Plutôt bonne compétence  
Excellente compétence

1	2	3	4	Connaître les troubles mentaux	1	2	3	4
1	2	3	4	Connaître les modalités de dépistage et d'évaluation des différents troubles mentaux	1	2	3	4
1	2	3	4	Connaître les modalités d'intervention adaptées aux différents troubles mentaux	1	2	3	4
1	2	3	4	Connaître les effets des différents psychotropes	1	2	3	4
1	2	3	4	Connaître le phénomène et les processus associés à la dépendance, à l'assuétude	1	2	3	4
1	2	3	4	Connaître les modalités d'intervention en toxicomanie	1	2	3	4

1	2	3	4	Connaître les étapes et les processus de changement des personnes présentant une problématique de santé mentale et/ou de toxicomanie	1	2	3	4
1	2	3	4	Connaître les troubles concomitants	1	2	3	4
1	2	3	4	Connaître les interactions possibles entre la problématique de toxicomanie et la problématique de santé mentale	1	2	3	4
1	2	3	4	Maîtriser les attitudes appropriées à adopter face aux différents symptômes propres à la maladie mentale des clients	1	2	3	4
1	2	3	4	Maîtriser les attitudes propres à l'entrevue motivationnelle	1	2	3	4
1	2	3	4	Être en mesure d'intervenir auprès de clients présentant une comorbidité de toxicomanie et de trouble mental	1	2	3	4
1	2	3	4	Être en mesure de dépister et d'évaluer les comportements de consommation et la motivation au changement à partir de grilles spécifiques	1	2	3	4
1	2	3	4	Être en mesure d'établir un diagnostic d'abus ou de dépendance à un psychotrope	1	2	3	4
1	2	3	4	Être en mesure de procéder à l'analyse fonctionnelle des comportements de consommation (déclencheurs, renforcements, etc.)	1	2	3	4
1	2	3	4	Être en mesure d'évaluer les troubles mentaux	1	2	3	4
1	2	3	4	Être en mesure d'évaluer l'influence de la problématique de consommation sur la problématique de santé mentale et vice versa	1	2	3	4
1	2	3	4	Être en mesure d'élaborer des plans d'intervention en regard de troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale	1	2	3	4
1	2	3	4	Être en mesure d'actualiser des plans d'intervention en regard de troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale	1	2	3	4

**ANNEXE 4 : Questionnaire de compétences perçues et souhaitées en regard  
des problématiques en toxicomanie / parentalité / négligence / maltraitance**

Date: \_\_\_\_\_ organisation: \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE

Compétences perçues et souhaitées en regard des problématiques en  
toxicomanie/parentalité/négligence/maltraitance

(adapté par JM Ménard &amp; K. Bertrand 2007 de T.Lecompte et C.Leclerc 2000)

Pour chacun des énoncés suivants, veuillez indiquer, selon l'échelle de 1 à 4:**L'importance** que vous accordez aux connaissances, aux attitudes et aux habiletés décrites, lors de vos interventions auprès des usagers ou familles présentant une problématique en toxicomanie/parentalité/négligence/maltraitance, en encerclant la réponse appropriée à **gauche**.

1. pas important    2. peu important    3. plutôt important    4. très important

**Le niveau de compétence** que vous vous reconnaissez en lien avec ces connaissances, ces attitudes et ces habiletés, en encerclant la réponse appropriée à **droite**

1. aucune compétence    2. compétence limitée    3. plutôt bonne compétence    4. excellente compétence

## IMPORTANCE

## COMPÉTENCE

IMPORTANCE				COMPÉTENCE					
Pas important	Peu important	Plutôt important	Très important		Aucune compétence	Compétence limitée	Plutôt bonne compétence	Excellente compétence	
1	2	3	4	Connaître le domaine des capacités parentales, de la négligence et de la maltraitance	1	2	3	4	1
1	2	3	4	Connaître les modalités de dépistage et d'évaluation des capacités parentales et des situations de négligence/maltraitance	1	2	3	4	2
1	2	3	4	Connaître les modalités d'intervention adaptées aux familles négligeantes/maltraitantes	1	2	3	4	3
1	2	3	4	Connaître les effets des différents psychotropes	1	2	3	4	4
1	2	3	4	Connaître le phénomène et les processus associés à la dépendance, à l'assuétude	1	2	3	4	5
1	2	3	4	Connaître les modalités d'intervention en toxicomanie	1	2	3	4	6

1	2	3	4	Connaître les étapes et les processus de changement des personnes présentant une problématique en toxicomanie et/ou négligence/maltraitance	1	2	3	4	7
1	2	3	4	Connaître la double problématique toxicomanie et négligence/maltraitance	1	2	3	4	8
1	2	3	4	Connaître les interactions possibles entre la problématique de toxicomanie et la problématique en négligence/maltraitance	1	2	3	4	9
1	2	3	4	Développer et soutenir une alliance thérapeutique dans un contexte de protection et/ou d'autorité	1	2	3	4	10
1	2	3	4	Maîtriser les attitudes propres à l'entrevue motivationnelle	1	2	3	4	11
1	2	3	4	Être en mesure d'intervenir auprès de clients présentant une problématique en toxicomanie et parentalité/négligence/maltraitance	1	2	3	4	12
1	2	3	4	Être en mesure de dépister et d'évaluer les comportements de consommation et la motivation au changement à partir de grilles validées	1	2	3	4	13
1	2	3	4	Être en mesure d'établir un diagnostic d'abus ou de dépendance à un psychotrope	1	2	3	4	14
1	2	3	4	Être en mesure de procéder à l'analyse fonctionnelle des comportements de consommation (déclencheurs, renforcements, etc.)	1	2	3	4	15
1	2	3	4	Être en mesure d'évaluer les capacités parentales	1	2	3	4	16
1	2	3	4	Être en mesure d'évaluer les influences réciproques entre la problématique de consommation et la problématique de négligence/maltraitance	1	2	3	4	17
1	2	3	4	Être en mesure d'élaborer des plans d'intervention en regard d'une problématique en toxicomanie et en négligence/maltraitance	1	2	3	4	18
1	2	3	4	Être en mesure d'actualiser des plans d'intervention en regard de la double problématique toxicomanie et négligence/maltraitance	1	2	3	4	19

## **ANNEXE 5 : Évaluation en cours de traitement**

### Évaluation en cours de traitement

- A. Avez-vous consommé de l'alcool dans les 30 derniers jours?  Oui  Non
- B. Avez-vous consommé des drogues dans les 30 derniers jours?  Oui  Non
- C. Avez-vous joué à des jeux de hasard et d'argent dans les 30 derniers jours?  Oui  Non
1. Avez-vous été traité dans un hôpital, en clinique externe ou en pratique privée pour des problèmes psychologiques ou émotionnels au cours des 3 derniers mois?:  Oui  Non

Avez-vous connu au cours des 3 derniers mois une période prolongée, NE RÉSULTANT PAS DE LA CONSOMMATION DE DROGUES OU D'ALCOOL, au cours de laquelle vous avez:

2. **Eu une dépression grave?** (tristesse, désespoir, perte d'intérêt importante, apathie, sentiment de culpabilité, crises de larmes)  Oui  Non
3. **Souffert d'anxiété ou de tensions graves?** (sensation de tension, d'incapacité de se détendre, crainte déraisonnable)  Oui  Non
4. **Souffert d'hallucinations?** (voir des choses, des gens ou entendre des voix qui n'existent pas, même si la durée a été brève)  Oui  Non
5. **Éprouvé des troubles graves de concentration, de mémorisation et/ou de compréhension?**  Oui  Non
6. **Éprouvé des difficultés importantes pour contrôler votre alimentation ?** (alimentation excessive, purgation, incapacité de manger)  Oui  Non
7. **Éprouvé des problèmes importants concernant votre sommeil ?** (s'endormir, demeurer endormi, trop dormir)  Oui  Non
8. **Vécu des attaques de panique** (palpitations, transpiration, tremblements, étouffement, etc. Atteint le sommet de la crise (acmé) en 10 minutes)?  Oui  Non
9. **Vécu un traumatisme pour lequel vous avez des souvenirs répétitifs envahissants (flash-back) qui provoquent un sentiment de détresse chez vous?**  Oui  Non

Avez-vous connu au cours des 3 derniers mois une période prolongée, RÉSULTANT OU NON DE LA CONSOMMATION DE DROGUES OU D'ALCOOL, au cours de laquelle vous avez :

10. **Éprouvé des difficultés à maîtriser un comportement violent ?**  Oui  Non
11. **Tenté de vous blesser intentionnellement?**(autre que tentative de suicide)  Oui  Non
12. **Eu de fortes pensées suicidaires ?** (avec scénario)  Oui  Non
13. **Tenté de vous suicider?**  Oui  Non
14. **Eu un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel ?**  Oui  Non
15. **Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de jours avez-vous éprouvé l'un ou l'autre des problèmes psychologiques ou émotionnels ci-haut mentionnés ?** (items 2 à 13)  
 0 jour  1 à 10 jours  11 à 20 jours  21 à 30 jours
16. **Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels?**  
 0- pas du tout  1- un peu  2- modérément  3- considérablement  4- extrêmement
17. **Dans quelle mesure vous semble-t-il important, maintenant, d'être traité pour ces problèmes psychologiques ou émotionnels?**  
 0- pas du tout  1- un peu  2- modérément  3- considérablement  4- extrêmement

#### ÉVALUATION DE GRAVITÉ PAR L'INTERVENANT(0À9)

Estimation de la gravité du problème de l'utilisateur ?

Estimation du besoin d'aide additionnel?

**ANNEXE 6 : Grille d'évaluation des dossiers Domrémy – T0**



- Liens d'influence entre les deux problématiques précisés au dossier
- Évaluation intégrée de la double problématique
- (Le lien est évalué, exploré)????redondance

### **Rapport psychologique récent**

Sources  non  Domrémy  autres \_\_\_\_\_

Évaluation :  à l'admission (30 premiers jours)

en cours de suivi (date) \_\_\_\_\_

	<b>Présent</b>		<b>Révisé</b>	
	<b>au dossier</b>		<b>3 mois</b>	
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>

### **Diagnostic psychiatrique**

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Diagnostic consigné au dossier                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Symptômes ayant menés au diagnostic consigné au dossier          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Histoire psychosociale   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Rapport d'évaluation ou d'intervention antérieur. Préciser _____ |                          |                          |                          |                          |

### **Interrelations entre les troubles**

- Liens d'influence entre les deux problématiques précisés au dossier
  - Évaluation intégrée de la double problématique
- (Le lien est évalué, exploré)????redondance

### **3. Plan de traitement intégré**

	<b>Présent</b>		<b>Révisé</b>	
	<b>au dossier</b>		<b>3 mois</b>	
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>

### **Plan de traitements qui identifient au plan de la santé mentale:**

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • des cibles d'interventions (par exemple, symptômes précis, problèmes sociaux, baisse des affects dépressif) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • des interventions précises à la situation problématique   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • des façons d'initier le changement  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • cible les interactions entre l'abus de substance et la maladie mentale                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 4. Plan d'intervention de crise

	Présent au dossier		Révisé 3 mois	
	Oui	Non	Oui	Non
Présence au dossier d'un <i>Plan de prévention de crise</i> (S'adresse à la fois aux situations de crise en lien avec la maladie mentale et l'abus de substances)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui : <input type="checkbox"/> Santé psychologique				
<input type="checkbox"/> Toxicomanie				
<input type="checkbox"/> Intégré (double problématique)				

#### 5. Implication des partenaires en santé mentale

Implication de partenaires :  Oui  Non Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Discussion de cas :  Oui  Non Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

Rapport d'évaluation (psychologique/psychiatrique) :  Oui  Non

Autres traces de collaboration : \_\_\_\_\_

#### 4. À classer

	Présent au dossier		Révisé 3 mois	
	Oui	Non	Oui	Non
<b>Évaluation détaillée des dimensions suivantes</b>				
• Le client a-t-il reçu un traitement s'il en nécessitait un (cote de 6 ou plus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prise de la médication adéquate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dans l'IGT est-ce que des liens sont fait entre les différentes composantes. (alcool/drogues--rel.Familiales/interperso—état psycho.—emploi/ressources—situation judiciaire)				

#### 7. Commentaires

Noter dans les commentaires les objectifs de santé mentale soit :

-Acquérir des outils de gestion.

-Des objectifs en lien avec les traumatismes de l'enfance.

-Des objectifs visant la gestion d'états de crise ou de symptômes importants (détresse, psychose, dépression, suicide)

Préciser tous liens pertinents entre santé mentale/toxico/intervention.

**ANNEXE 7 : Grille d'évaluation des dossiers CIC-T0**

## GRILLE D'ÉVALUATION DES DOSSIERS CIC — T0

**N° de sujet**  
  -     
 CIC N° RQC

DR = Drummondville  
 SH = Shawinigan  
 TP = T-R Périphérique  
 TU = T-R Urbain  
 VI = Victoriaville

**Date d'analyse du dossier**  
    -   -    
 Année Mois Jour

### 1. Intégration des clients présentant un trouble concomitant

Date d'admission aux services : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Évaluation Drogues/Alcool à l'admission  Oui  Non

Instruments utilisés (Drogues/Alcool)  AUS  DUS  SATS  Autre(s) \_\_\_\_\_

Instruments déposés au dossier  Oui  Non

Résultats de l'évaluation inscrit au dossier  Oui  Non

### 2. Évaluation intégrée des clients avec un trouble concomitant

	Oui	Non
<b>Diagnostic psychiatrique</b>		
• Diagnostic consigné au dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Symptômes ayant menés au diagnostic consigné au dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diagnostic lié aux substances</b>		
• Diagnostic consigné au dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Problématique d'abus de substances (Drogues/Alcool) soulevé mais non diagnostiquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Symptômes ayant menés au diagnostic consigné au dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interrelations entre les troubles</b>		
• Liens d'influence entre les deux problématiques précisés au dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Évaluation globale des besoins de santé mentale

	Présent au dossier		Révisé annuellement	
	Oui	Non	Oui	Non
<b>Évaluation détaillée des dimensions suivantes :</b>				
• histoire psychosociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• symptômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• historique des hospitalisations en psychiatrie et l'utilisation				

d'autres ressources d'urgence, incluant les centres de crise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• fonctionnement social et au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• activités récréatives et de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• relations familiales et de soutien social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Présent au dossier</b>		<b>Révisé annuellement</b>	
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
• situation hébergement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• habilités de vie autonome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• besoins médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• compréhension et autocritique face à la maladie mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4. Évaluation globale de la consommation

	<b>Présent au dossier</b>		<b>Révisé annuellement</b>	
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<b>Évaluation détaillée des dimensions suivantes</b>				
• historique d'utilisation et d'abus de substance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• historique des traitements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• consommation actuelle et récente d'alcool et de drogues spécifiques (incluant les habitudes et les quantités)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• contexte social lié à l'utilisation de substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mobiles d'utilisation de substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• conséquences liées à l'utilisation de substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• autocritique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• motivation à intervenir sur les comportements d'abus de substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 5. Plan de traitement intégré

	<b>Présent au dossier</b>		<b>Révisé annuellement</b>	
	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<b>Plan de traitements qui identifient à la fois :</b>				
• des cibles d'interventions (par exemple, symptômes précis, problèmes sociaux, comportements d'abus de substance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• des interventions précises à la situation problématique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• des façons d'initier le changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• cible les interactions entre l'abus de substance et la maladie mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 6. Plan d'intervention de crise intégré

**Présent**                      **Révisé**

	au dossier		annuellement	
	Oui	Non	Oui	Non
Présence au dossier d'un <i>Plan d'intervention de crise</i> (S'adresse à la fois aux situations de crise en lien avec la maladie mentale et l'abus de substances)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. Commentaires

---

**ANNEXE 8 : Grille de *focus group* pré-stage (Domrémy MCQ)**

### *Focus Group Pré-stage (Domrémy MCQ)*

#### **1 Connaissances et sentiment de compétence au plan de l'intervention auprès des personnes toxicomanes qui présente des troubles mentaux concomitants**

- a. Troubles concomitants en général
- b. Troubles mentaux sévères et persistants (i.e. schizophrénie, maniaco-dépression)

Questions à titre indicatif :

- Au plan personnel comme intervenant et au plan de votre équipe clinique
  - a. Quels les zones pour lesquelles vous vous sentez le plus confortables, en terme de connaissances et de sentiment de compétence?
  - b. Quels sont les zones pour lesquelles vous vous sentez le plus inconfortables, pour lesquelles vous sentez que vous ou votre équipe en général aurait besoin de formation ou encore de plus d'expérience?

\*\*Pour Trois-Rivières et Drummondville, vérifier s'il y a eu une variation quant au niveau de connaissance et au sentiment de compétence suite à la pré-expérimentation, i.e. la première expérience de stage

#### **2-Processus cliniques auprès des personnes souffrant de troubles concomitants**

- a. Troubles concomitants en général
- b. Troubles mentaux sévères et persistants (i.e. schizophrénie, maniaco-dépression)

Questions à titre indicatif

- Au plan personnel comme intervenant et au plan de votre équipe clinique
  - a. Actuellement, comment décririez-vous les processus cliniques, c'est à dire les modes d'intervention et l'organisation des services auprès des personnes de troubles concomitants (dépistage, évaluation, plans d'intervention, types d'intervention, collaboration avec les partenaires, maintien des acquis, etc.).
  - b. Actuellement, quelles sont les forces de l'intervention et des services offerts par vous et votre équipe à cette clientèle?
  - c. Actuellement, quelles sont les limites de l'intervention et des services offerts par vous et votre équipe à cette clientèle?

\*\*Pour Trois-Rivières et Drummondville, vérifier s'il y a eu une variation des processus cliniques suite à la pré-expérimentation

### **3- Obstacles rencontrés pour offrir des services adaptés et efficace auprès des personnes toxicomanes qui présente des troubles mentaux concomitants**

- a. Troubles concomitants en général
- b. Troubles mentaux sévères et persistants (i.e. schizophrénie, maniaco-dépression)

\*\*À titre indicatif

Explorer les obstacles au plan personnel comme intervenant et au plan de l'équipe pour différents types d'obstacles : Y a-t-il un manque de connaissance? Un manque d'expérience? Des obstacles liés à l'organisation des services du centre qui nuit à l'actualisation dans la pratiques des connaissances et savoir faire?, etc.).

\*\*\*\*Pour Trois-Rivières et Drummondville, vérifier s'il y des changement au plan de ces obstacles depuis la pré-expérimentation, si celle-ci a diminué certains obstacles ou encore mis davantage en lumière des obstacles déjà présents.

### **4- Attentes face à l'expérience de rotation positionnelle?**

Explorer les attentes au plan personnel et au plan de l'équipe quant à cette expérience à venir (pour T-R et Drummondville: quant à la deuxième expérience de stage/échange).

**ANNEXE 9 : Grille de *focus group* pré et post stage (Domrémy MCQ)**

**Focus Group Pré et post-stage (Domrémy MCQ)**

**1 Connaissances et sentiment de compétence au plan de l'intervention auprès des personnes toxicomanes qui présente des troubles mentaux concomitants**

- a. Troubles concomitants en général
- b. Troubles mentaux sévères et persistants (i.e. schizophrénie, maniaco-dépression)

Questions à titre indicatif :

- Au plan personnel comme intervenant et au plan de votre équipe clinique
  - a. Quels sont les zones pour lesquelles vous vous sentez le plus confortables, en terme de connaissances et de sentiment de compétence?
  - b. Quels sont les zones pour lesquelles vous vous sentez le plus inconfortables, pour lesquelles vous sentez que vous ou votre équipe en général aurait besoin de formation ou encore de plus d'expérience?
  - c. **Nommez les changements que vous constatez face à vos zones de confort et d'inconfort au plan de vos connaissances et de votre sentiment de compétence depuis une année**

**2-Processus cliniques auprès des personnes souffrant de troubles concomitants**

- a. Troubles concomitants en général
- c. Troubles mentaux sévères et persistants (i.e. schizophrénie, maniaco-dépression)

Questions à titre indicatif

- Au plan personnel comme intervenant et au plan de votre équipe clinique
  - d. Actuellement, comment décririez-vous les processus cliniques, c'est à dire les modes d'intervention et l'organisation des services auprès des personnes de troubles concomitants (dépistage, évaluation, plans d'intervention, types d'intervention, collaboration avec les partenaires, maintien des acquis, etc.).
  - e. Actuellement, quelles sont les forces de l'intervention et des services offerts par vous et votre équipe à cette clientèle?
  - f. Actuellement, quelles sont les limites de l'intervention et des services offerts par vous et votre équipe à cette clientèle?
  - g. **Nommez les changements que vous constatez au niveau de vos forces et limites au cours de la dernière année.**

**3- Obstacles rencontrés pour offrir des services adaptés et efficace auprès des personnes toxicomanes qui présente des troubles mentaux concomitants**

- a. Troubles concomitants en général
- c. Troubles mentaux sévères et persistants (i.e. schizophrénie, maniaco-dépression)

\*\*À titre indicatif

Explorer les obstacles au plan personnel comme intervenant et au plan de l'équipe pour différents types d'obstacles : Y a-t-il un manque de connaissance? Un manque d'expérience? Des obstacles liés à l'organisation des services du centre qui nuit à l'actualisation dans la pratiques des connaissances et savoir faire?, etc.).

**Nommez les obstacles que vous avez surmontés au cours de la dernière année en regard des services à offrir auprès des personnes toxicomanes présentant des troubles mentaux concomitants**

#### **4- Attentes face à l'expérience de rotation positionnelle?**

**Quels contacts faites-vous en regard des impacts du projet de formation croisée par rotation positionnelle sur vos pratiques auprès des personnes toxicomanes présentant des troubles mentaux concomitants.**

**ANNEXE 10 : Journal de bord de Domrémy MCQ chez le partenaire**



**ANNEXE 11 : Article publié dans *Le Partenaire***

**L'apport des stratégies de formation croisée par rotation positionnelle à  
l'implantation de services intégrés pour les troubles concomitants en  
Mauricie/Centre-du-Québec.**

Jean-Marc Ménard<sup>1</sup>, M.A.

Francis Picher<sup>2</sup>, M. A.

Karine Bertrand<sup>3</sup>, Ph.D.

Maxime Gagnon<sup>4</sup>, Ph.D.

Les équipes cliniques en santé mentale et en toxicomanie sont confrontées à une clientèle qui présente, dans une forte proportion, une double problématique toxicomanie/troubles mentaux. L'enquête épidémiologique de Kessler (1996) révèle que 43% de ceux qui souffrent d'un trouble lié à l'alcool ou aux drogues présentent également un trouble mental concomitant. Quant à la clientèle présentant un trouble mental grave, de 40 à 60% de ces personnes ont déjà souffert d'un trouble lié aux substances au cours de leur vie. En considérant les six dernier mois, c'est près la moitié de ceux-ci qui souffrent de cette double problématique (voir Santé Canada, 2002).

**La problématique des troubles concomitants et son traitement**

Cette comorbidité est associée à une plus grande utilisation des services, un moins bon pronostic et des rechutes plus fréquentes chez les personnes concernées (voir Mueser, Noordsy, Frake & Fox, 2003; voir Santé Canada, 2002). Également, ces personnes sont plus à risque au plan des infections

---

<sup>1</sup> Psychologue et coordonnateur des services professionnels - Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec : [jean-marc\\_menard@ssss.gouv.qc.ca](mailto:jean-marc_menard@ssss.gouv.qc.ca)

<sup>2</sup> Psychologue et coordonnateur de recherche - CSSS de l'Énergie : [francis\\_picher@ssss.gouv.qc.ca](mailto:francis_picher@ssss.gouv.qc.ca)

<sup>3</sup> Professeure adjointe - Université de Sherbrooke : [karine.bertrand@usherbrooke.ca](mailto:karine.bertrand@usherbrooke.ca)

<sup>4</sup> Chercheur – Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec : [maxime\\_gagnon@ssss.gouv.qc.ca](mailto:maxime_gagnon@ssss.gouv.qc.ca)

Le présent projet a été en partie financé par les Fonds des initiatives communautaires de la stratégie antidrogue de Santé Canada.

transmises sexuellement (VIH et hépatite C), des comportements suicidaires ou violents et tendent à être davantage incarcérées ou encore itinérantes (voir Mueser & coll., 2003). Non seulement les problèmes psychiatriques et de toxicomanie s'additionnent, mais ces deux problématiques tendent à contribuer au maintien et à l'aggravation de l'une et l'autre. De plus, malgré son fort taux d'utilisation des services, cette clientèle a généralement une attitude plutôt rébarbative face à l'aide offerte puisque, le plus souvent, elle nie son problème de consommation quand elle ne nie pas, de plus, sa maladie elle-même. On reconnaît aujourd'hui que le traitement de cette double problématique via le recours à des systèmes de soins qui fonctionnent en silo donne de piètres résultats (Ridgeley, Goldman & Willenbring, 1990; Santé Canada, 2002). D'abord, de part et d'autre, bien qu'ils possèdent une expertise dans leur spécialité respective, les intervenants se sentent souvent impuissants et démunis face aux problèmes de leurs clients qui relèvent d'une expertise externe. Par exemple, on constate que les services offerts en santé mentale tendent à mettre l'emphase sur l'abstinence pour tous les clients alors que plusieurs ne sont pas prêts à s'engager dans un tel objectif de changement. L'importance de l'intégration du traitement des troubles concomitants est bien documentée par la littérature scientifique. Des études réalisées au cours des 10 à 15 dernières années démontrent qu'on doit offrir un traitement intégré, sur une base externe et à long terme (Mueser & coll., 2003; Santé Canada 2002). Ces études suggèrent que des équipes de suivi intensif dans la communauté, formées au traitement intégré, représentent le mode de service le plus approprié et le plus efficace pour les personnes présentant un trouble mental grave et un problème de consommation. Ces équipes doivent assurer un dépistage systématique des problématiques de consommation en début et en cours de traitement, procéder à une évaluation et une analyse fonctionnelle des interactions entre les deux problématiques, tenir compte du niveau de motivation des usagers concernés, intervenir en s'inspirant de l'approche de réduction des méfaits et adapter leurs plans d'intervention en conséquence.

### **L'organisation des services pour les troubles concomitants en Mauricie/Centre-du-Québec**

Les intervenants oeuvrant en santé mentale et en toxicomanie de la région Mauricie/Centre-du-Québec rapportent depuis longtemps de nombreuses difficultés liées au traitement des doubles problématiques. Leur prévalence est élevée non seulement dans les services en santé mentale mais au sein même des services de réadaptation en alcoolisme, toxicomanie et jeu pathologique. Le centre de réadaptation Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec offre des services dans la région depuis près de

cinquante ans. Il assure le suivi de plus 3000 usagers par année, dans l'un de ses onze centres de services externes. De plus, il accueille plus de 500 usagers par année dans ses services avec hébergement pour assurer la stabilisation de leur problématique d'alcool, de drogue ou de jeu pathologique. Près du tiers de l'ensemble de sa clientèle adulte a déjà effectué un séjour sur une unité de soins en psychiatrie. Parmi ces derniers, 12% révèlent avoir reçu un diagnostic associé aux troubles psychotiques (schizophrénie, schizoaffectif, trouble bipolaire, trouble délirant, etc.). Parmi l'ensemble de sa clientèle alcoolique et/ou toxicomane, 10 à 13 % des adultes, selon le sexe, et de six à 21% des adolescents en traitement ont déjà souffert d'hallucinations. L'ensemble des acteurs concernés reconnaissent que les services existants ne sont pas toujours adaptés puisqu'ils ciblent la plupart du temps le traitement de seulement l'un ou l'autre trouble. La cohésion entre les systèmes de traitement est souvent difficile à atteindre et les efforts déployés ont souvent peu d'impact. Dans le but de pallier à ces difficultés, la région adoptait en 1999 l'objectif de développer des programmes spécialisés de traitement intégré de prise en charge de la clientèle présentant une double problématique « toxicomanie – troubles mentaux ». Dans cette foulée, le centre de réadaptation Domrémy MCQ recevait le mandat de définir et d'élaborer, en lien étroit avec les partenaires concernés, un modèle d'organisation de services simultanés et intégrés pour les personnes présentant de telles problématiques. C'est en s'associant au Centre hospitalier du Centre de la Mauricie (maintenant intégré au CSSS de l'Énergie) qu'un modèle régional d'organisation de services pour les troubles concomitants fut élaboré en Mauricie/Centre-du-Québec (Ménard, 2001; Ménard & Dumont, 2002). Ce modèle, largement inspiré des meilleures pratiques dans le domaine, présente les processus cliniques requis (outils de détection, évaluation, stabilisation, réadaptation, etc.) pour le traitement optimal des différents types de troubles concomitants, les rôles et mandats de chacun, les mécanismes d'arrimage nécessaires entre les différents dispensateurs de services et les modalités d'actualisation du modèle. Plusieurs initiatives en lien avec ce modèle ont permis entre autre la mise en place progressive d'un réseau intégré de services en désintoxication avec chacun des CH de la région pour faciliter l'arrimage des acteurs concernés au plan de la stabilisation des clientèles (Bertrand & Ménard, 2005, 2006), ainsi que la mise en place de services psychologiques au sein de Domrémy MCQ pour assurer le développement d'une expertise en évaluation et traitement des troubles concomitants (Ménard & Boucher, 2005). C'est aussi dans ce contexte que des efforts ont été déployés pour que les cinq équipes de suivi intensifs dans la communauté de type « PACT » (Program of Assertive Community Treatment) du CSSS de l'Énergie puissent offrir des services intégrés auprès de leur clientèle qui présente un trouble mental grave et une problématique de

consommation d'alcool et/ou de drogues. Une étude interne révélait en 2004 que 27% des 376 usagers suivis au sein de ces équipes présentaient une problématique de consommation d'alcool et/ou de drogues. Rappelons que le CSSS de l'Énergie a le mandat régional concernant les suivis intensifs en communauté pour les personnes présentant des troubles mentaux graves. Pour assurer ces suivis sur l'ensemble du territoire de la Mauricie / Centre-du-Québec, le CSSS de l'Énergie a agi comme l'un des précurseurs au Québec en implantant sur son territoire des équipes qui offrent des services directement dans le milieu de vie, permettant ainsi de rejoindre des personnes aux problématiques plus complexes et réfractaires aux modèles traditionnels de dispensation de services. Ainsi, dès 1991, le Centre a implanté sur son territoire deux équipes pluridisciplinaires désignées par le terme *Centre d'intégration communautaire* (CIC). Depuis, trois autres équipes sont venues compléter l'offre de services à la grandeur de la région. La clientèle desservie par ces équipes est principalement composée de personnes souffrant de schizophrénie (70%) et de trouble bipolaire (24%). Cette clientèle représente de 3,5% à 5% de l'ensemble des personnes présentant un trouble grave qui ont entre autres comme caractéristiques : 1) d'être réfractaires aux approches et traitements habituels et souvent peu mobilisées au changement; 2) de présenter des problématiques associées (toxicomanie, problèmes judiciaires, itinérance, etc.); et 3) d'avoir des crises fréquentes qui se traduisent en général par des visites à l'urgence ou des hospitalisations répétées et prolongées. En conformité au plan de déploiement initial du modèle régional d'organisation de services pour les troubles concomitants, une formation de base a été offerte en septembre 2000 à la majorité des intervenants des CIC. Cette formation de 14 heures fut centrée sur la compréhension de la toxicomanie et des troubles concomitants, sur l'utilisation d'outils d'évaluation adaptés à cette clientèle (Alcohol Use Scale (AUS), Drug Use Scale (DUS), Substance Abuse Treatment Scale (SATS)), sur la réduction des méfaits et l'adaptation des modalités d'intervention selon le niveau de motivation manifesté par les usagers. Une soixantaine d'intervenants des cinq équipes situées à Drummondville, Shawinigan, Trois-Rivières (2) et Victoriaville ont participé à cette formation. De plus, un suivi à ces formations a été assuré par les psychologues de Domrémy, dans le cadre des réunions clinico-administratives des CIC durant une période de six mois, afin de mieux supporter l'intégration des nouvelles connaissances acquises à la pratique quotidienne des intervenants.

### **L'émergence d'un projet de formation croisée par rotation positionnelle**

Ces modalités de formation et de suivi, loin d'être inutiles, ont présenté certaines limites pour atteindre le niveau d'expertise requis par certaines équipes pour actualiser un réel modèle de services

intégrés. Bien qu'ils aient été techniquement en mesure d'utiliser les outils d'évaluation, les intervenants des CIC ont rapporté se sentir souvent impuissants devant les usagers qui refusent d'entreprendre des actions concrètes pour mettre un terme à leur consommation. La présence, au quotidien, d'un intervenant en toxicomanie à leur côté favoriserait davantage, de leur point de vue, le développement progressif d'une meilleure connaissance pratique de l'évaluation et de l'intervention sur les composantes complexes associées à la consommation problématique de psychotropes. L'idée que les équipes du CIC puissent engager du personnel avec une expertise spécifique en toxicomanie fut explorée et rapidement abandonnée compte tenu des contraintes liées aux aspects budgétaires et au processus de dotation de poste. Inspirés par les recommandations en matière de formation croisée issues du rapport de Santé Canada (2002) sur les meilleures pratiques pour soutenir l'intégration des systèmes de soins et par les expériences conduites par Perreault et ses collaborateurs (2005) dans le centre-sud de Montréal entre l'Hôpital Douglas et ses partenaires des services de première ligne, des services en toxicomanie et de la sécurité publique, nous avons envisagé un processus d'échanges de personnels ponctuels entre le CSSS de l'Énergie et le CR Domrémy MCQ pour supporter le développement d'une expertise réelle en toxicomanie au sein des équipes des CIC. La formation croisée (*cross training*) consiste à former conjointement des intervenants possédant l'une ou l'autre des expertises, sur les troubles mentaux graves et les troubles liés aux substances. La rotation positionnelle, c'est-à-dire la réalisation de stages d'immersion par des cliniciens spécialistes en toxicomanie dans un milieu clinique destiné aux troubles mentaux sévères et par des cliniciens spécialistes en santé mentale dans un milieu clinique destiné aux toxicomanies, via un échange de personnel, constitue une méthode novatrice de formation croisée recommandée pour optimiser son impact sur la continuité des services et l'intégration des connaissances à la pratique. Cette méthode a montré son efficacité pour améliorer les performances et le fonctionnement d'équipes de travail dans des domaines variés (Cannon-Bowers & coll., 1998, Volpe, Cannon- Bowers, Salsa & Spector, 1996). Elle fut également recommandée par le *Centre of Substance Abuse Treatment* (Simmonds, 2003) en vue d'améliorer l'efficacité des interventions liées à la double problématiques toxicomanie/comportements sexuels à risque (maladies infectieuses). Ce type d'échanges ponctuels de personnel permet d'une part d'améliorer la continuité des soins en favorisant une meilleure connaissance par l'ensemble des intervenants des deux réseaux de services, en psychiatrie et en toxicomanie, et ainsi faciliter le processus de référence d'un réseau à l'autre. D'autre part, la formation croisée favorise l'acquisition de connaissances et l'intégration de nouveaux processus cliniques permettant un traitement intégré plus efficace de cette double problématique au sein de

chacun des systèmes de services. C'est donc tant l'intégration des systèmes en psychiatrie et en toxicomanie qui est favorisée que l'intégration du traitement au sein de la même équipe d'intervenants qui ciblent à la fois les deux problématiques.

### **La description du projet**

De façon plus spécifique, notre projet visait à fournir une expérience d'intervention concrète et supervisée aux intervenants des deux établissements avec des usagers qui présentent une problématique en dehors de leur champs de compétence habituel. Nous souhaitions ainsi améliorer leurs connaissances et leur sentiment de compétence en matière de troubles concomitants, tant chez les intervenants des CIC que chez ceux de Domrémy. Finalement, au-delà des processus d'apprentissage, nous souhaitions assurer la mise en place de services mieux intégrés auprès des personnes présentant les deux problématiques en assurant une transformation des processus cliniques usuels afin qu'ils tiennent davantage compte du phénomène des troubles concomitants. Pour ce faire, chacun des établissements devait systématiser ses processus de dépistage des troubles concomitants, en début et en cours de traitement, tenir compte de ces troubles dans le processus d'élaboration des plans d'intervention et inscrire leurs interventions dans une perspective motivationnelle. Ce projet de formation comprenait trois volets : (1) des stages d'immersion pour un groupe restreint de 20 stagiaires, (2) de la formation sur les troubles psychotiques et l'entretien motivationnel auprès de l'ensemble des équipes et (3) des discussions de cas conjointes sur les troubles concomitants au sein de chacune des équipes. Chaque stage d'immersion avait une durée de 20 jours et se réalisait sur une période de 10 semaines. Dix intervenants des CIC et 10 intervenants de Domrémy ont réalisé des stages, soit 2 stagiaires par équipe. Les stagiaires participaient sur une base volontaire et s'engageaient à participer au processus d'évaluation de la démarche. Chaque stagiaire :

- était supervisé sur une base hebdomadaire
- était soutenu et accompagné par un tuteur tout au long de son immersion
- participait aux rencontres d'équipe et aux discussions de cas
- accompagnait des intervenants auprès de la clientèle, lors d'activités individuelles ou de groupe
- pouvait assumer de façon autonome le suivi d'un usager

- partageait sa propre expertise dans son milieu de stage en plus d'être en apprentissage
- rédigeait un journal de bord pour témoigner de son processus d'apprentissage
- devait fournir 3 enregistrements audio d'entretiens motivationnels réalisés à la mistage, à la fin de son stage et trois mois plus tard.
- participait à 2 rencontres d'évaluation du projet, l'une à la mi-stage l'autre à la fin du stage, réunissant les superviseurs, tuteurs et gestionnaires de Domrémy et du CSSS de l'Énergie.

Nous souhaitons à travers ces stages d'immersion que chacun des stagiaires puisse améliorer ses compétences sur les dimensions décrites au tableau 1. Les stages ont été planifiés de telle sorte que chacun des cinq sites des CIC et de Domrémy répartis à la grandeur de la région, accueillait un seul stagiaire à la fois pour 10 semaines, à deux reprises au cours d'une période de six mois. L'ensemble du projet de stages a été réalisé sur une période de deux ans. En parallèle à ces stages, l'ensemble des équipes de Domrémy et un certain nombre d'intervenants en provenance des CIC ont participé à une formation d'une journée sur les troubles psychotiques, leur traitement et les attitudes à adopter en présence des symptômes positifs ou négatifs associés à la maladie. Cette formation était assumée par un psychiatre de la région. De plus, l'ensemble des équipes des CIC et de Domrémy ont participé à une formation de deux jours sur l'entretien motivationnel offerte par un médecin psychiatre membre du réseau de formateur accrédité par l'équipe de Miller & Rollnick (2002). À ces deux jours, venaient s'ajouter des sessions de supervision additionnelles à partir d'enregistrements audio d'entrevues motivationnelles réalisées par les participants pour un groupe d'intervenants plus restreint en provenance de chacun des

---

INSÉRER LE TABLEAU 1 ENVIRON ICI

---

sites des deux établissements. Nous souhaitons ainsi améliorer le niveau de compétence de certains intervenants afin qu'ils puissent assurer un support au sein de leur équipe respective. Finalement, pour assurer une mise à contribution des expertises en développement, des discussions de cas sur les troubles concomitants devaient être organisées dans chacun des sites, dès que le premier stage

débutait. Ces discussions de cas devaient se poursuivre au minimum à tous les deux mois, sur une période de 18 mois au total.

### **L'évaluation du projet**

En s'inspirant de l'échelle de fidélité au traitement des troubles concomitants développée par Mueser et son équipe (2003), différentes mesures sont mises en place pour évaluer la progression des équipes des CIC au cours du projet en regard de l'intégration des services offerts à leur clientèle. Une évaluation qualitative de la satisfaction de l'ensemble des équipes concernant les différentes composantes du projet (stages, formations, transformation des processus cliniques) est assurée via des entrevues de type *focus group*, tant au niveau des stagiaires que des équipes qui les accueillent. Des analyses de contenu d'un échantillon de dossiers cliniques sont réalisées, avant et après le projet, dans chacune des équipes concernées, afin d'évaluer la transformation des processus clinicoadministratifs des deux établissements en lien avec les troubles concomitants. Différentes variables additionnelles, associées au sentiment de compétence des intervenants (Questionnaire – compétence perçue et souhaitée en réadaptation psychiatrique, Lecomte & Leclerc, 2000), au climat des équipes de travail, à leur motivation et leur capacité à intégrer de nouvelles pratiques cliniques (Organisational Readiness of Change, Lehman et al. 2002) sont évaluées en début et en fin de projet. Nous souhaitons ainsi mieux comprendre les facteurs pouvant contribuer ou faire obstacle à l'intégration de nouvelles pratiques au quotidien des intervenants. Finalement, un monitoring des cibles d'intervention des intervenants en CIC est assuré tout au long de la démarche, à partir du Relevé Quotidien des Contacts (RQC), afin d'établir si la formation croisée influence les processus cliniques propres aux équipes de suivi intensif. D'autres évaluations, plus spécifiquement centrées sur l'expérience des stagiaires sont assurées tout au long du projet pour tenter de cerner l'évolution de leurs apprentissages en cours d'expérience. À ce titre, chaque stagiaire doit compléter sur une base hebdomadaire un journal de bord structuré dans lequel il documente son expérience d'apprentissage, pendant qu'il est à la fois en stage (2 jours/semaine) et dans son milieu de travail (3 jours/semaine). Chacun doit décrire les activités auxquelles il participe durant son stage, sa perception des apprentissages qu'il réalise, les connaissances en lien avec sa propre expertise qu'il transmet dans son milieu de stage, ses questionnements qui émergent durant son stage, l'utilisation ou l'expérimentation de ses nouveaux apprentissages dans son milieu de travail, la transmission de connaissances acquises auprès de ses collègues de travail, les obstacles au transfert de connaissances qu'il rencontre, etc. Une analyse de contenu de ces journaux de bord est réalisée pour mieux cerner l'expérience vécue par les stagiaires.

Pour terminer, le niveau de maîtrise des principes et techniques d'entretien motivationnel à partir du *Motivational interviewing treatment integrity scale-MITI* (Moyers et al. 2003) est évalué pour chacun des enregistrements audio produits. Au moment de rédiger le présent texte, l'ensemble des stages ont été réalisés et les six derniers stagiaires en provenance des CIC et de Domrémy viennent tout juste de compléter leur expérience. La majorité des données ont été recueillies et certaines restent à venir. L'ensemble de la cueillette des données devraient être terminée en octobre 2007, moment à partir duquel la totalité des analyses pourront être complétées. Nous pouvons cependant dès maintenant vous présenter quelques résultats préliminaires en provenance des premières équipes qui ont participé au projet dès le printemps 2005 et qui laissent présager certaines retombées éventuelles pour l'ensemble du projet. Dans un premier temps, nous vous présentons l'évolution des interventions centrées sur la toxicomanie au sein de deux équipes des CIC. Dans une deuxième temps, nous vous présentons sommairement le témoignage des premiers stagiaires en regard de leur expérience d'apprentissage, tels qu'ils ont été recueillis à partir de leur journal de bord et des *focus group* auxquels ils ont participé.

### ***L'évolution des interventions sur la toxicomanie au sein des CIC***

La figure 1 illustre l'évolution dans le temps de la proportion des interventions centrées sur la toxicomanie auprès des usagers des CIC de deux équipes (Drummondville et Trois

INSÉRER LA FIGURE 1 ENVIRON ICI

Rivières), tant chez les stagiaires (en rouge) que chez le reste de l'équipe (en bleu). Nous observons en 2004 que 6% à 7% des interventions enregistrées sur le Relevé Quotidien des Contacts portaient sur la toxicomanie, avec une proportion légèrement plus forte chez les futurs stagiaires, illustrant ainsi leur intérêt ou sensibilité légèrement plus marquée pour cette problématique avant même que le projet ait débuté. En 2005, avec un premier stage au printemps et un deuxième stage à l'automne, nous notons une démarcation progressive des interventions sur la toxicomanie chez les stagiaires qui atteint 12% à l'automne et qui maintient sa progression à l'hiver 2006 avec 13%, malgré la fin des stages. Finalement, nous observons une légère progression des interventions sur la toxicomanie par l'ensemble des intervenants des deux équipes entre 2004 et 2006. La proportion des interventions directes sur la problématique de consommation a donc doublé chez les stagiaires. Ces résultats préliminaires semblent mettre en évidence l'impact direct des stages d'immersion sur les cibles

d'intervention des stagiaires lorsqu'ils reviennent dans leur milieu de travail. Par contre, l'impact semble se limiter aux stagiaires et ne pas se généraliser à l'ensemble des équipes. Ainsi, bien que les stagiaires de Domrémy aient assuré une présence auprès de l'ensemble des équipes des CIC, malgré les efforts des stagiaires des CIC de transmettre leurs nouveaux apprentissages à leurs collègues de travail et malgré les formations de bases auxquelles ont participé l'ensemble des équipes des CIC, ces dernières présentent une transformation mitigée de leurs cibles d'intervention en regard des problématiques de consommation chez leurs usagers. De plus, le travail en équipe propre au modèle PACT implique que tous les intervenants d'une équipe interviennent auprès de l'ensemble d'une cohorte d'usagers. La différence marquée entre les stagiaires et le reste des équipes ne pourraient donc pas s'expliquer par le fait que les stagiaires soient davantage en contact avec les usagers présentant une problématique de consommation.

### ***L'expérience d'apprentissage des stagiaires***

Une analyse de contenu des *focus group* et des journaux de bord des premiers stagiaires en provenance des CIC et de Domrémy nous renseigne sur les expériences d'apprentissage des stagiaires, sur l'intégration de ces nouvelles connaissances à leur pratique quotidienne et sur le processus de transfert de ces connaissances au sein de leurs équipes de travail.

### *Les connaissances acquises dans leur milieu de stage*

Durant leur stage, les stagiaires des CIC rapportent avoir été informés des modalités de fonctionnement des services et programmes, avec ou sans hébergement, de Domrémy. Ils disent avoir été sensibilisés à la gestion des demandes de services en toxicomanie et jeu pathologique, aux processus d'évaluation santé et psychosocial (IGT et IGT-ADO). Ils ont acquis une meilleure connaissance des symptômes de sevrage, de la toxicomanie comme « maladie ». Ils ont aussi acquis différentes connaissances au niveau des processus d'intervention : Reconnaître l'étape de changement où se situent les usagers et adapter nos stratégies en conséquence; le remplacement des pensées automatiques associées au jeu; l'exploration de la consommation et des événements passés comme modalité de prévention des rechutes; considérer la rechute comme une source potentielle de consolidation d'une étape de changement pour accéder à la suivante; l'exploration des conséquences positives et négatives de la consommation comme modalités d'intervention permettant la validation ou l'invalidation des croyances entretenues par l'utilisateur à l'égard de la consommation; la résistance à parler de sa consommation comme un précurseur potentiel d'une éventuelle rechute, etc. Les

stagiaires des CIC rapportent que leur expérience leur a permis de démystifier la toxicomanie. Ils ont pu confronter leurs propres préjugés et croyances face à la toxicomanie. Ils observent comment aborder la thématique de la consommation et le tout devient plus facile pour eux. Ils développent le réflexe d'aborder cette thématique avec leurs clients. Ils se voient davantage réfléchir spontanément à la possibilité d'une consommation chez leurs usagers. Ils comprennent mieux les grilles de dépistage de la consommation et du niveau d'engagement dans le traitement, tout en comprenant mieux l'utilité de ces outils. Ils constatent aussi l'utilité de la présence de l'intervenant de Domrémy sur le terrain avec eux, en parallèle à leur présence aux réunions d'équipes. Finalement, ils rapportent avoir constaté l'impact de l'intervention de groupe et le support entre usagers qu'elle permet sur l'accroissement de la progression en traitement. Quant aux stagiaires de Domrémy MCQ, ils rapportent avoir été informés des modalités de fonctionnement des CIC. Ils ont acquis une meilleure connaissance de la phénoménologie des troubles mentaux graves, des distinctions à faire entre symptômes positifs et négatifs, entre les différents troubles psychotiques. Ils ont été sensibilisés au processus d'évaluation des troubles psychotiques, aux différents critères servant à leur évaluation. Ils ont expérimenté les différentes grilles d'évaluation. Ils apprennent à démêler les symptômes induits des symptômes psychiatriques. Ils rapportent une meilleure connaissance de la médication antipsychotique, de leurs indications, de leurs impacts, de leurs effets secondaires et de leur interaction avec le tabac. De plus, ils disent avoir été témoins de la capacité des CIC à rejoindre, dans la continuité, des personnes souvent décrochés du système de soins. Ils apprécient beaucoup les discussions de cas. Finalement, ils disent avoir été sensibilisés à travers leur expérience de stage au fonctionnement du tribunal administratif du Québec, de la curatelle publique et aux ressources de la communauté utilisées par la clientèle des CIC.

#### *L'utilisation des connaissances acquises dans leur pratique quotidienne*

Les stagiaires des CIC disent aborder plus facilement la consommation avec leurs clients et constatent la pertinence de le faire. Le fait de mieux connaître les différentes substances et leurs effets facilitent de leur point de vue les échanges avec leurs clients. Ils rapportent intervenir auprès de leurs clients en s'inspirant de ce qu'ils ont observé à Domrémy. Ils expérimentent l'entrevue motivationnelle et constatent l'impact de cette intervention sur l'émergence d'un désir de consultation chez certains clients. Ils se disent davantage attentifs à leurs façons d'interagir avec leurs clients, en prenant en compte les principes d'intervention motivationnelle. Les stagiaires de Domrémy soulignent la difficulté à utiliser les connaissances acquises en CIC dans le cadre de leur travail compte tenu de

l'absence quasi complète de troubles mentaux graves parmi leur clientèle. Certains rapportent une vérification plus minutieuse de la prise de médication telle qu'elle est prescrite chez leurs clients ainsi que l'évaluation plus systématique de la présence d'hallucinations chez certains de leurs clients en cours de traitement.

#### *Les connaissances transmises par les stagiaires*

Les stagiaires étaient invités à documenter les connaissances ou expériences qu'ils transmettaient à leur équipe de travail et à l'équipe hôte durant leur stage. L'ensemble des stagiaires rapportent avoir informé leurs collègues de travail du déroulement de leur stage, des modalités de fonctionnement des établissements hôtes et des connaissances acquises durant leur expérience d'immersion. Plusieurs stagiaires des deux établissements constatent que leur charge de travail, au retour de leur stage de deux jours, ne leur permet pas toujours de consacrer le temps nécessaire à la transmission de ces connaissances. Ils constatent aussi qu'ils sont peu sollicités par leurs collègues. Au sein de leur milieu de stage, les stagiaires rapportent avoir transmis de leurs connaissances dans leur domaine d'expertise. Les stagiaires de Domrémy par exemple disent avoir discuté de consommation avec des usagers des CIC pour illustrer comment aborder la consommation avec ces derniers, comment les amener à parler de leur consommation, comment introduire l'utilisation des grilles d'évaluation de la consommation, comment travailler la motivation avec ceux qui disent ne pas avoir besoin de services, comment semer le doute chez eux à l'égard des croyances qu'ils entretiennent face à la consommation. Ils ont suggéré des pistes d'intervention et supervisé des plans d'intervention en regard des comportements de consommation de la clientèle. Quant aux stagiaires des CIC, ils disent avoir transmis verbalement ou à partir de documents, différentes connaissances de base en regard des troubles bipolaires, des troubles obsessionnels-compulsifs, des symptômes positifs et négatifs associés à la schizophrénie, etc. Ils disent avoir transmis certaines informations concernant la médication. Ils notent cependant avoir été peu sollicités par les intervenants de Domrémy face à leurs connaissances en santé mentale.

#### *Les obstacles au transfert des connaissances*

Les stagiaires des CIC rapportent le manque de contact avec des clients présentant des troubles concomitants, la centration des réunions d'équipe sur d'autres dimensions que les troubles concomitants, le manque de suivi du projet par les gestionnaires et l'instabilité au sein de certaines équipes comme étant des obstacles au transfert des connaissances. Les stagiaires de Domrémy

rapportent des différences importantes entre la clientèle de Domrémy et des CIC, limitant les possibilités de généralisation des apprentissages. On souligne aussi l'absence fréquente des usagers à leurs rendez-vous, limitant les possibilités d'expérimentation, l'organisation du travail et de la charge de travail à Domrémy qui limite la flexibilité des intervenants pour s'adapter aux besoins des usagers présentant des troubles mentaux graves. À titre d'exemple, on note la difficulté à trouver du temps pour aller à domicile, pour aller au devant de certains clients, pour les relancer, etc.

### **Conclusion**

Ces résultats préliminaires nous laissent penser que la formation croisée par rotation positionnelle peut contribuer de façon significative au développement de nouvelles pratiques dans les milieux cliniques. Cette contribution semble à première vue beaucoup plus significative chez les intervenants qui participent activement aux stages d'immersion et qui profitent d'une expérience dans laquelle ils acquièrent des connaissances pertinentes à leur travail et facilement transférable dans leur pratique quotidienne. À cet égard, la multiplication des interventions centrées sur la toxicomanie de leurs usagers chez les intervenants des équipes de suivi intensifs qui ont réalisé un stage est éloquent. De façon globale, tous les stagiaires ont témoigné de leur appréciation positive de cet exercice. Tous ont le sentiment d'avoir développé une plus grande assurance à intervenir auprès d'usagers qui présentent une problématique hors de leur champs d'expertise habituel. Les apprentissages réalisés par les stagiaires des CIC au niveau de leur compréhension des problématiques de consommation et de l'intervention motivationnelle semblent avoir été bénéfiques et utiles dans leur travail. Les stagiaires de Domrémy ont pour leur part manifesté un intérêt soutenu et une appréciation positive de leur expérience d'intervention à domicile auprès des personnes présentant des troubles mentaux graves. Ils ont été plusieurs cependant à souligner la quasi absence de ce type de trouble parmi leur clientèle à Domrémy. Pour certains, ces différences marquées entre les deux clientèles et les deux contextes d'intervention ont été perçues comme un obstacle à la généralisation des apprentissages alors que pour d'autres, elles sont apparues comme une richesse qui favorise le décroisement des pratiques et l'élargissement des perceptions à l'égard de la réalité clinique de leurs clients qui est parfois considérée comme étant « déjà connue ». Tous les stagiaires, autant ceux de Domrémy que des CIC, ont souligné les exigences considérables associées à ce type d'exercice. Le stage d'immersion interpelle de façon importante les capacités d'adaptation et la flexibilité des stagiaires. Il implique que des intervenants d'expérience se retrouvent dans une position d'apprentissage, en dehors de leur champs d'expertise habituelle, dans un contexte de travail différent, au sein d'une nouvelle culture

organisationnelle. Ils précisent que cet exercice s'est déroulé en parallèle à la poursuite à temps partiel de leur travail habituel, ce qui a contribué fortement à la lourdeur de la tâche. Plusieurs nous ont dit que ce projet nécessitait un engagement et un niveau d'énergie important, surtout pour les stagiaires, et qu'on se devait de fournir un support et un suivi rigoureux pour atténuer toute forme de contraintes, d'obstacles ou d'irritants qui pourraient facilement miner le processus d'apprentissage et les bienfaits que peuvent en retirer les participants. On doit retenir que ce type d'exercice ne peut s'improviser et qu'il requiert un suivi constant pour en assurer le succès. Nous croyons aussi que les échanges entre les équipes et les stagiaires doivent être suivis et dynamisés au besoin pour optimiser l'intensité et la valeur de ceux-ci. Le niveau d'intérêt et l'enthousiasme manifesté par les stagiaires ou les équipes concernant le partage d'expertises ou de savoirs semble jouer un rôle non négligeable dans le processus de transfert des connaissances. Quelques stagiaires nous ont souligné avoir été peu sollicités par leur propre équipe ou l'équipe hôte en regard de leurs connaissances et cette apparente indifférence a semblé réduire à leurs yeux la valeur de leur stage. Finalement, plusieurs stagiaires ont été confrontés à de nombreux questionnements en regard des nouvelles connaissances acquises et de l'utilisation possible de celles-ci dans leur milieu de travail. La multiplicité et la pertinence de ces questionnements a mis en évidence l'importance d'un lieu de supervision pour les aborder et optimiser le processus d'intégration des savoirs générés par l'expérience de stage, à leur pratique quotidienne. En d'autres mots, le travail de réflexion et d'intégration autour de l'expérience vécu en stage nous apparaît tout aussi important que les stages eux-mêmes pour assurer une utilisation concrète de ces acquis dans leur champs de pratique habituel. Pour terminer, nous sommes conscients que ces résultats ont été obtenus auprès de deux sites seulement sur cinq à l'étude, dans les services de Domrémy et des CIC. D'autres données n'ont pas encore été analysées et considérées dans nos impressions actuelles. Seule une analyse plus complète nous permettra au cours des prochains mois de mesurer la justesse de ces impressions. Nous sommes particulièrement intéressés par l'analyse des dossiers cliniques afin de mesurer l'ampleur de la transformation des processus cliniques des deux établissements. Présentons-nous dans les faits des processus cliniques mieux adaptés à la réalité des troubles concomitants ? Et si oui, cette transformation a-t-elle un impact direct sur la qualité du cheminement des usagers concernés ? D'autres études devront être réalisées pour répondre à ces questions.

Finalement, nous sommes agréablement surpris de l'intérêt suscité par ce type d'exercice chez plusieurs de nos partenaires qui n'étaient pas directement impliqués dans le projet en cours. Le contexte actuel de mise en place de réseaux locaux de services contribue certainement à l'intérêt

suscité par toute pratique qui vise un meilleur arrimage et une plus grande intégration des services. À cet égard, nous avons convenu d'actualiser au cours de la prochaine année une nouvelle phase de formations croisées avec rotation positionnelle auprès de partenaires en santé mentale (département de psychiatrie –courte durée ; clinique externe de traitement des troubles de personnalité limite, équipe de base en santé mentale), de partenaires oeuvrant auprès des jeunes (équipe de services jeunesse intégrés) et de partenaires oeuvrant auprès de parents négligeants/maltraitants (équipe de services intégrés en périnatalité et petite enfance et centre jeunesse). Ces expériences nous permettront de mesurer la généralisation possible de ces pratiques à des champs d'intervention variés.

### **Références**

Bertrand, K. & Ménard J.-M. (2006) Evaluation of a collaboration project between an addiction center and an hospital in order to implement integrated detoxification services. 17<sup>th</sup> International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Vancouver, 30 avril au 4 mai 2006.

Bertrand, K. & Ménard, J.M. (2005) Évaluation du réseau intégré de services en désintoxication. [http://www.domremymcq.ca/devrecherche/publications/Evaluation\\_du\\_reseau\\_integre\\_de\\_services\\_en\\_desintoxication-mai\\_2005.pdf](http://www.domremymcq.ca/devrecherche/publications/Evaluation_du_reseau_integre_de_services_en_desintoxication-mai_2005.pdf)

Cannon-Bowers, J.A., Salas, E., Blickensderfer, E., Bowers, C.A. (1998) The impact of cross-training and workload on team functioning: A replication and extension of initial findings. *Human Factors*,40, 92-101.

Cooke, N.J., Salas, E., Cannon-Bower, J.A. & Stout, R.J. (2000) Improving teams' interpositional knowledge through cross training. *Proceedings of the human factors and ergonomics Society Annual Meeting*.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Edlund, M. J., Frank, R. G., & Leaf, P. J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders : implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 17-31.

Lecompte, T. & Leclerc, C. (2000) Questionnaire Compétence perçue et souhaitée en réadaptation psychiatrique.

Lehman, W.E.K., Greener, J.M. & Simpson, D.D. (2002) Assessing organisation readiness for change. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22, 197-209.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002) *Motivational interviewing: Preparing people to change*. (2nd Eds). New-York. Guilford Press.

Ménard, J.M. (2001) Proposition d'un modèle régional d'organisation de services simultanés et intégrés pour les personnes présentant une double problématique toxicomanie et problème de santé mentale. Trois-Rivières : Domrémy MCQ. [http://www.domremymcq.ca/devrecherche/publications/Modele\\_Reg\\_Org\\_Serv\\_ASM.pdf](http://www.domremymcq.ca/devrecherche/publications/Modele_Reg_Org_Serv_ASM.pdf)

Ménard, J.M. & Boucher, J. (2005) Les pratiques prometteuses en lien avec les troubles concomitants en Mauricie / Centre-du-Québec. Rond Point 2005. Congrès national en toxicomanie organisé par la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCPRAT), Montréal, avril 2005.

Ménard, J.M. & Dumont, M. (2002) Le développement d'un réseau de services simultanés et intégrés pour les personnes présentant une double problématique toxicomanie et problème de santé mentale. Forum mondial Drogues et dépendances – Enjeux pour la société. Montréal, septembre 2002.

Ménard, J.M., Picher, F., Bertrand, K., Gagnon, M. (2007) L'apport des stratégies de formation croisée par rotation positionnelle à l'implantation de services intégrés pour les troubles concomitants en Mauricie/Centre-du-Québec. *Le partenaire*. Association québécoise pour la réadaptation psychosociale.

Moyers, T.B., Martin, T., Manuel, J.K. & Miller, W.R. (2003) The motivational interviewing treatment integrity (MITI) Code: Version 2.0 University of New Mexico. Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions (CASAA)

Mueser, K.T., Fox, L., Bond, G.R., Salyers, M., Yamamoto, K., Williams, J. (2003) Dual-disorder treatment fidelity scale. In Mueser et al. (Eds.) Integrated treatment for dual disorders. A guide to effective practice. New York: Guilford Press.

Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. & Fox, L. (2003). Integrated Treatment for dual disorders. A guide to effective practice. New York: Guilford Press.

Pepper, B. & Hendrickson, E. (2000) Developing a cross training project for substance abuse, mental health and criminal justice professionals working with offenders with coexisting disorders. <http://www.toad.net/arcturus/dd/cttoc.html>

Perreault, M., Bonin, J.P., Veilleux, R., Alary, G., Ferland, I. (2005) Experience in cross training within the context of integration of patient care team services in southeast Montreal. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 24:35-49.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986) Toward a comprehensive model of change. In W.R. Miller & N. Heather (Eds.) : *Treating addictive behaviors : process of change* (pp.3- 27). New York : Plenum Press.

Ridgely, M.S., Goldman, & Willenbring, M. (1990). Barriers to the care of persons with dual diagnosis: Organizational and financing issues. *Schizophrenia Bulletin*, 16(1), 123- 132.

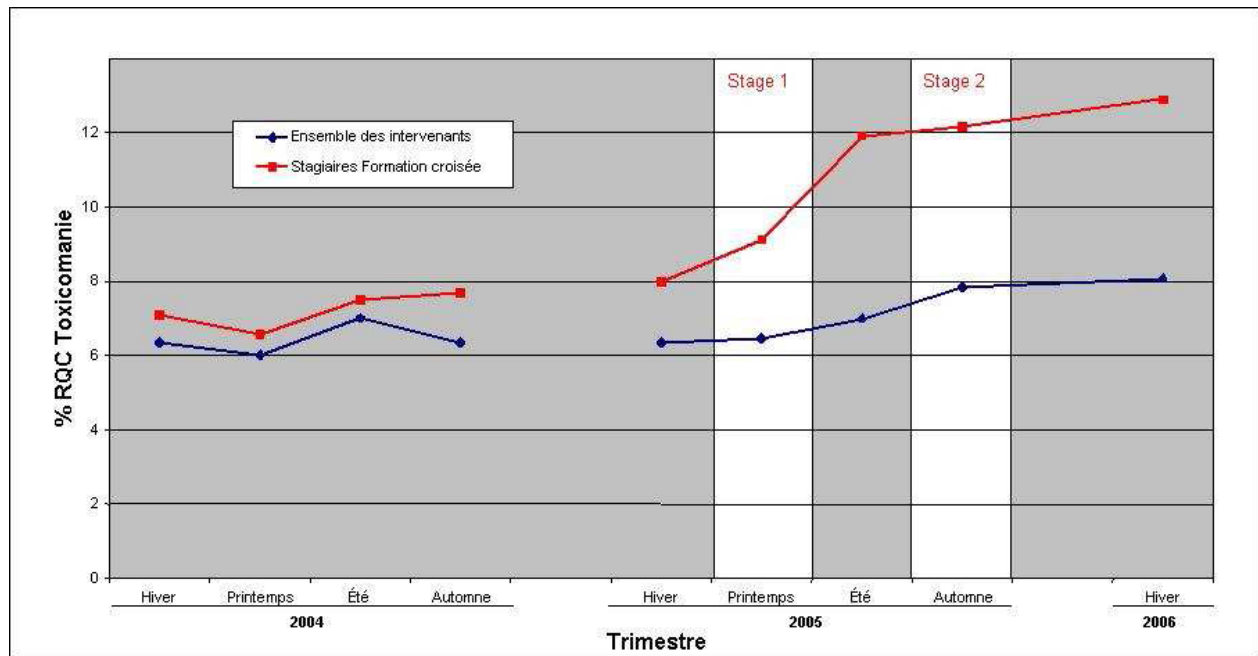
Santé Canada (2002) *Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa : Santé Canada.

Simmonds, M. (2003) Substance abuse and infectious disease: Cross-training for collaborative systems prevention, treatment and care. CSAT. <http://www.treatment.org/topics/infectious.html>

Volpe, C.E., Cannon-Bowers, J.A., Salas, E. & Spector, P.E. (1996) The impact of crosstraining on team functioning: an empirical investigation. *Human Factors*, 38, 87-100.

**Tableau 1 : Cibles d'apprentissage en fonction des types de savoir et de l'origine des Stagiaires**

Au niveau du :	Intervenants CIC	Intervenants Domrémy
Savoir (connaissances)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effets des psychotropes</li> <li>▪ Diagnostic d'abus et de dépendance</li> <li>▪ Phénomène de l'assuétude</li> <li>▪ Connaissance des troubles concomitants</li> <li>▪ Modalités d'intervention en toxicomanie</li> <li>▪ Étapes et processus de changement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Connaissance générale des troubles mentaux</li> <li>▪ Connaissances des troubles concomitants</li> <li>▪ Dépistage des troubles mentaux</li> <li>▪ Modalités d'intervention vs troubles mentaux</li> </ul>
Savoir être (attitudes)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Attitudes propres à l'entretien motivationnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Attitudes appropriées vs hallucinations, idées délirantes et symptômes négatifs</li> </ul>
Savoir faire (habiletés)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dépistage et évaluation à partir de grilles spécifiques (AUS, DUS, SATS)</li> <li>▪ Analyse fonctionnelle des comportements de consommation</li> <li>▪ Élaboration de plans d'intervention</li> <li>▪ Actualisation des plans d'intervention en toxicomanie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Évaluation psychosociale des troubles mentaux</li> <li>▪ Élaboration de plans d'intervention</li> <li>▪ Actualisation des plans d'intervention en santé mentale</li> </ul>



**Figure 1 : Évolution des interventions sur la toxicomanie au sein de deux équipes de suivi intensif (CIC) entre l'hiver 2004 et l'hiver 2006**