

Les trajectoires d'utilisation de services des usagers et leur perception des services reçus

Karine Bertrand, Ph. D., Université de Sherbrooke

Natacha Brunelle, Ph.D., Université du Québec à Trois-Rivières

Serge Brochu, Ph.D., Université de Montréal

Michel Landry, Ph.D., Centre Dollard-Cormier – IUD

Catherine Patenaude, M.Sc., Université de Montréal

Jorge Flores-Aranda, M.Sc., Université de Sherbrooke

Sion, 5 juin 2013

Trajectoires addictives et trajectoires de services : les personnes toxicomanes au carrefour de réseaux de prise en charge

ARUC 2009-2014

Trajectoires addictives et trajectoires de services : mieux comprendre les trajectoires addictives en lien avec les trajectoires de vie

- ❖ **Objectif** : Connaître et comprendre le point de vue des personnes toxicomanes face à ...
 - ❖ Leurs usages de SPA
 - ❖ Leurs besoins de services
 - ❖ L'évaluation qu'ils font des services offerts

Population à l'étude

- ❖ n = 127 participants
- ❖ Adultes
- ❖ Consommation d'alcool et/ou de drogues problématique
- ❖ 2 régions :
 - ❖ Montréal et Mauricie/Centre-du-Québec
- ❖ Âge moyen : 38 (18-66)
- ❖ 66,1%♂ 33,9%♀
- ❖ 32,2 % en couple
- ❖ Scolarité : 81,1% secondaire ou -
 - ❖ Dont 29,1% primaire
- ❖ Revenu annuel : 59,5% < de 20 000\$
 - ❖ Dont 48,4% < de 12 000\$
- ❖ Enfants : 57,5% au moins 1



n=55



n=60



n=12

Méthode de collecte des données

❖ **Un entretien qualitatif semi-directif** (Boutin, 1997)

- ❖ Trajectoires addictives

- ❖ Trajectoires d'utilisation de services

❖ **Période de collecte des données :**

- ❖ Détection dans les services (recrutement)

- ❖ Suivi 12 mois

Stratégies d'analyse

- ❖ Perspective phénoménologique
- ❖ Analyse de contenu thématique – grille de codification mixte (Miles & Huberman, 2003)
- ❖ Analyses transversales comparatives par porte d'entrée (urgences, Cour, CSSS)

Résultats

A. Les références

B. Les demandes d'aide

C. Les services en toxicomanie

D. La collaboration entre les services

A.1. « Le corridor » : une occasion de référence

CSSS	Urgences	Cour
Liens entre référent et services en toxicomanie < fréquemment rapporté	Liens clairs entre référent et services en toxicomanie	Liens clairs entre référent et services en toxicomanie
Personnes clés : agent de relations humaines, travailleurs sociaux	Personnes clés: infirmières, urgentologues, psychiatres	Personnes clés : avocats, juges
Situation : rarement crise ou urgence, demande d'information en toxicomanie ou consultation sur problèmes interreliés	Situation : problèmes de santé physique, crise suicidaire, accident...	Situation : problèmes judiciaires

A 1. Le « corridor » : une occasion de référence (suite)

- ❖ Pour plusieurs ≠ 1^{ère} référence en toxicomanie
 - ❖ Référents variés
 - ❖ Référence(s) passée(s) sans demande de service
 - ❖ Épisodes répétés de services

A 2. Contexte de la référence

- ❖ Référence pour leur problème de consommation suite à :
 - ❖ Une **demande d'aide (volontaire)** pour problèmes de santé physique ou mentale

« Ben, l'hôpital A [...] les ambulanciers pis la police, c'est eux autres qui m'ont amené là [...] pis là on m'a envoyé à l'aile psychiatrique où j'ai vu un autre médecin pis c'est lui qui m'a référé au centre de réadaptation D. » (Charles, urgences hospitalières)
 - ❖ Une **demande d'aide (volontaire)** pour problèmes de consommation
 - ❖ Une **prise en charge par le système de justice (involontaire)**

A 3. Vécu entourant les références (actuelles ou passées)

- ❖ Vécu + : se sentir soutenu, soulagé, accueilli, écouté, respecté, compris, non jugé, en confiance

« Bien, moi j'étais plutôt contente dans le fond d'avoir enfin quelqu'un qui m'disse « Bon, regarde, on t'ouvre les portes là ... si tu veux avoir des services, on te les offre » J'avais eu vraiment de la difficulté à en avoir au début, puis là ça s'ouvrait. Fait que j'tais bien contente d'avoir autant de portes qui s'ouvraient [...] » Debbie, Urgences hospitalières).

- ❖ Vécu - : sentir de la pression, se sentir non soutenu, incompris, rejeté, stressé, insatisfait

- ❖ Absence de réaction / indifférence

A 4. Impacts de la référence

❖ Demande de traitement

- ❖ **La majorité** a donné suite à au moins une référence, peu importe la porte d'entrée
- ❖ Système correctionnel comme levier d'intervention:
- ❖ Suite à une référence = plus grand accès aux services (multiples, selon les multiples besoins)

« Donc la T.S. [du département de psychiatrie ...] a dit : « [...] si t'es d'accord je te ferais voir une personne du Centre de traitement 1) [...] » bon j'ai accepté, tout le kit pis ainsi de suite. Là ça a commencé à débouler [...] Bien moi j'étais prête à prendre tout ce qui était offert, regarde pour une fois que j'avais enfin des services que j'attendaient depuis longtemps, depuis 10 ans que je me bat pour [en] avoir. Enfin j'ai des services, j'ai quelqu'un qui me dit [que] je vais avoir enfin du soutien. » (Debbie, Urgences hospitalières).

A 4. Impacts de la référence (suite)

❖ Ne pas donner suite à la référence :

- ❖ **Plusieurs** n'ont pas donné suite à au moins une référence
 - ❖ Souvent à la 1^{ère} référence
- ❖ Parfois : impact de la référence sans demande de service

« ...Quelques jours avant de sortir de l'hôpital...je me suis rendu compte... c'est là que c'est vraiment rentré [...] C'était à cause de l'alcool que j'étais rendu à l'hôpital... » (Billy, Urgences hospitalières).

B 1. Éléments déclencheur d'une demande d'aide


- ❖ Pour modifier la consommation / changer de mode de vie / suite à des conséquences de la consommation

« Oui, j'ai perdu ma blonde [...] J'ai perdu ma job. C'était quand même un gros coup. [...] C'est parce que de passer en cour, tu sais, c'est jamais quelque chose qu'on aime bien gros...Je me sentais un peu comme un moins que rien [...] fait que j'ai décidé d'essayer de reprendre ma vie en main » (Émile, urgences)

- ❖ Pour régler un problème de santé / suite à une rechute
- ❖ Pour satisfaire quelqu'un d'autre / l'entourage

B 1. L'élément déclencheur d'une demande d'aide (suite...)

❖ Stratégique :

- ❖  temps de prison (cour)
- ❖ Accéder + rapidement au service
- ❖ Rechercher de l'information ou des ressources

❖ Problèmes de santé

❖ Malaise physique suite à consommation abusive

*« [...] Quand je suis rentré là [à l'hôpital], j'allais là juste parce que j'étais gonflée, c'est tout. Moi, j'ai pas pensé que j'avais vraiment un gros problème, pis que ça avait attaqué mon foie [...] »
(Cassandra, Urgences hospitalières).*

❖ Prévenir conséquences néfastes sur la santé

❖ Accidents/tentatives de suicide

❖ Problèmes judiciaires

❖ Problèmes d'emploi

B 2. Résultats des demandes d'aide en toxicomanie

- ❖ Référence vers le service adéquat
 - ❖ En milieu judiciaire : implication professionnel de ce milieu

- ❖ Obtention du service demandé

- ❖ Non obtention du service demandé

En contexte montréalais, plus marqué en CSSS et aux urgences (services passés)

« [...] Je me dis peut-être que j'étais pas à la bonne place pour faire la demande, je sais pas. C'est où qu'il faut faire la demande? Même à l'hôpital 6, j'ai fait la demande, tu sais. J'ai demandé au psychiatre à l'hôpital 6, je lui ai dit : moi, j'aimerais ça rencontrer un psychologue aussi. Pas des nouvelles. Fait que là, j'ai dit : criss ! Même à l'hôpital 6 j'ai pas eu des nouvelles. Où il faut y aller, tu sais. »
(Bernard, Urgences hospitalières).

B 3. Impacts de la demande d'aide sur la consommation

- ❖ Diminution / arrêt de la consommation
- ❖ Prise de conscience / augmentation de la motivation pour : changer consommation ou entreprendre un traitement

« J'ai réfléchi beaucoup. Depuis que je suis avec lui [intervenant d'un CLSC], j'essaie de trouver des solutions, j'ai essayé plusieurs fois. Je me suis mis des limites, j'essaie de diminuer [la consommation]. » (Christian, CSSS).

- ❖ Absence de changement

B 4. Raisons pour ne pas demander d'aide auprès de services

- ❖ Plus fréquent au T1
- ❖ Malgré connaissance des ressources et références reçues
- ❖ Raisons fréquemment invoquées :
 - ❖ Éloignement géographique
 - ❖ Aprioris sur approches thérapeutiques
 - ❖ Orgueil

« [...] Ils [professionnels vus] m'ont dit : hésites pas à nous appeler quand t'es en détresse parce que c'est important. C'est que j'ai pas fait parce que je me disais : ce n'est pas grave, j'y vais demain, tu sais. Fait que... j'aurais eu les services si je les avais demandés expressément la journée où je me suis sentie pas bien » (France, Urgences hospitalières)

C 1. L'engagement en traitement

- ❖ Raisons de l'engagement :
 - ❖ Stratégiques
 - ❖ Obligation, pression de l'entourage
 - ❖ Modifier consommation / changer mode de vie
 - ❖ Régler un problème de santé / après une rechute
 - ❖ Satisfaire quelqu'un d'autre
 - ❖ Être encadré

« [...] J'ai rechuté pis ça a mal été, fait que j'ai été à l'hôpital [...] J'avais le choix : prendre un rendez-vous avec le centre de traitement 1 ou me faire hospitaliser [...] J'ai décidé de rencontrer le centre de traitement 1 le lendemain » (Adrien, Urgences hospitalières).

C 1. L'engagement en traitement (suite...)

- ❖ Raisons du non engagement :
 - ❖ Ne considère pas avoir de problème
 - ❖ N'est pas prêt / ambivalent
 - ❖ Traitement proposé ne convient pas
 - ❖ Modalités d'accès au traitement
 - ❖ Statut judiciaire / incarcération
 - ❖ Abstinent / en attente de services lors de la référence
 - ❖ Coût de la thérapie

*« [...] Je sais pas si je manquais de confiance en moi ou je me disais : « Ah, je le fais pour faire plaisir au monde ». On dirait que c'était comme si en quelque part, je n'étais pas vraiment prête à le faire pour moi. C'était pour mon entourage que je le faisais. »
(Anaïs, urgences hospitalières)*

C 2. Les impacts des services en toxicomanie

Sur la consommation

- ❖ Diminution / arrêt
- ❖ Prise de conscience
- ❖ Absence d'impact
- ❖ Désir de consommer
- ❖ 1 an après : ↓, arrêt, changement SPA, rechute

Sur la santé physique

- ❖ Meilleure santé
- ❖ Réduction des méfaits
- ❖ Prendre une pause de la consommation / du style de vie associé

« Bien, c'est sûr que j'ai fait des bons bouts de temps sans boire. La confiance qu'ils [le personnel impliqué dans les services] ont mis en moi et que moi j'ai mis en eux a fait que j'ai été... j'ai eu des années d'abstinence et puis ma santé relevait pendant ce temps-là. J'étais bien. » (Amanda, urgences hospitalières).

C 2. Les impacts des services en toxicomanie

Sur la santé psychologique et bien-être personnel

- ❖ ↑ connaissance de soi
- ❖ ↑ estime de soi, confiance, affirmation
- ❖ Travailler sur différents aspects de la personnalité / gestion des émotions

Sur le réseau social

- ❖ Rétablir relations avec proches
- ❖ Éloignement réseau de consommation / création d'un nouveau réseau
- ❖ Le traitement → rencontre de pairs , réapprendre à socialiser...

« J'ai beaucoup travaillé avec l'intervenante. J'ai sorti beaucoup de choses de mon enfance et puis tout ce qui s'était passé dans ma vie et puis, sincèrement, en sortant de là, c'est comme s'il y avait un poids qui était ôté de mes épaules » (Amanda, Urgences hospitalières).

C 2. Les impacts des services en toxicomanie (suite...)

Sur la réponse à autres besoins

- ❖ Obtention de références
- ❖ Augmentation de la motivation pour demander de l'aide

Impacts services répétés

- ❖ Chaque service apporte un résultat
- ❖ Plusieurs services utilisés : + participants de la Cour
- ❖ Parfois impression de « déjà vu »

« Oui, ça serait cumulatif aussi. Quand je suis allé au centre de traitement O, j'ai vécu une expérience assez spéciale [...] ça a été un moment déclencheur pour ma sobriété, mais j'ai rechuté quand même. Pourquoi j'ai rechuté ? I don't know [...] Mais aujourd'hui tous ces petits moments que j'ai passés dans des maisons de thérapie, surtout la dernière m'a fait décider [d'arrêter]. » (Amina, CSSS).

C 2. Les impacts des services en toxicomanie (suite...)

- ❖ Absence d'impact en général (non uniquement liés à la consommation)
 - ❖ Surtout les 1^{ers} services reçus
 - ❖ Caractéristiques personnelles
 - ❖ Manque de compréhension des thèmes abordés en thérapie
 - ❖ Approches employées dans les thérapies

« Ben, j'ai eu des thérapies du genre : tu parles, tu parles, tu parles. Mais ça n'a rien donné. Fait que moi, j'ai décidé d'abandonner parce que ça donne rien [...] ». (Amélie, Urgences hospitalières).

C 3 Raisons de l'arrêt du traitement

- ❖ Raisons liées aux ressources (arrêt volontaire ou expulsion)
 - ❖ Normes et règlements : interdiction de consommer, couvre-feux ...
 - ❖ Modalité du traitement : Groupes de soutien , durée du traitement
 - ❖ Intervenants : Manque de respect, jugements de valeur, roulement de personnel

« Je suis arrivé là-bas [aux groupes de soutien], j'ai rencontré le monde. Je n'ai pas parlé devant le monde... je voulais juste savoir ça ressemblait à quoi. J'ai passé une session, puis quand il y a eu la pause cigarette, j'ai pris mes claques et je suis parti de là. Ce n'était juste pas pour moi [...] C'était tout le discours... on dirait que tout le monde là-bas était brainwashé là [...] » (Émile, Urgences hospitalières)

C 3 Raisons de l'arrêt du traitement (suite)

❖ Raisons liées aux individus

❖ Émotions vécues en thérapie

« [...] À chaque fois que j'allais la voir, je sortais de là j'étais agressive. Je sortais du bureau, je t'avais une boule dans l'estomac, ... ah je m'en allais, je ne me sentais pas bien. [...] À un moment donné, j'ai arrêté. » (Anaïs, urgences)

❖ Troubles psychologiques concomitants

❖ Croyances, intentions, comportements

C4. Impact des autres services lorsque la toxicomanie est spécifiquement abordée

❖ Prise de conscience de l'impact de la consommation sur la santé

« [...] Il [le médecin] m'avait dit que mon foie était magané, que si je recommençais à consommer, que la cirrhose du foie était pas loin. Ça, m'a saisie un peu. Ça m'a aidée à dire : ben coudonc, je suis rendue là. Il faut que je fasse attention ». (Amanda, Urgences hospitalières)

❖ Prévention, dépistage (VIH, VHC, autres ITSS)

❖ Références pour services appropriés

D 1. La collaboration entre les services

❖ Ses facettes

- ❖ Continuum : référence → suivi → accompagnement → travail en concertation
- ❖ Milieu juridique : la prise en charge des centres de thérapie = + globale
- ❖ Milieu hospitalier : corridor de services dans certains milieux

« En sevrage, j'ai fait des convulsions à l'ouvrage. Puis, je me suis fait ramasser par l'ambulance puis ils m'on amené à l'hôpital A. De l'hôpital a, c'est une personne qui fait le lien entre le Centre de traitement D [et l'hôpital A] [...] C'est une personne qui m'a approché là-bas : « serais tu prêt à aller au Centre de traitement D2? » [...] J'ai dit : « oui, oui » puis j'ai embarqué dans le centre de traitement D. » (Derek, Urgences hospitalières).

D 2. Les avantages de la collaboration

- ❖ Les avantages

- ❖ Gestion efficace du dossier

- ❖ Rapidité d'accès aux services

- ❖ Évite de raconter son histoire à chaque fois

- « Bien, ça [le fait d'avoir plusieurs intervenants] m'évite de répéter [...] En plus, avant ça [d'être pris en charge par plusieurs intervenants] j'avais l'impression de parler pour rien. » (Antoine, Urgences hospitalières).*

- ❖ Qualité des services reçus

D 4. La collaboration vécue par les participants

- ❖ La collaboration rassure, soutient, encourage, donne le sentiment d'être impliqué
- ❖ La collaboration rend parfois confus, méfiant
- ❖ Résignation

« Moi, ça [la collaboration] me dérange pas. Ça me dérange pas du tout parce que...depuis que j'ai six ans, c'est les docteurs, les psychiatres, puis tout. Puis de toute façon, tout le monde la connaît ma vie. Tout le monde a dit : ah oui, telle fille a tel problème... nanana» [...] Je n'ai plus d'intimité à ce niveau-là. J'en ai aucune. Puis ça me fait chier, mais ... je l'ai jamais eue, je l'ai perdue. Je n'aurai pas d'intimité. Fait qu'au point où j'en suis, ça me passe six pieds au-dessus de la tête. Vraiment. » (Barbara, Urgences hospitalières)

D 3. Les désavantages de la collaboration entre les services

❖ Les désavantages

- ❖ Gestion des rendez-vous

- ❖ Aspects émotionnels

- ❖ Raconter des événements douloureux à différents professionnels

« Tout raconter ça brassait tout le temps des affaires. J'avais pas pardonné à mes parents, puis tout ça puis... ça brassait tout le temps des affaires. Déjà là que t'es à l'hôpital, il faut que tu la compte [ton histoire] au moins à trois personnes pendant que t'es là-bas. » (Antoine, Urgences hospitalières).

- ❖ Référence non immédiate

D 4. La collaboration vécue par les participants

❖ Perception de l'absence de collaboration

- ❖ Absence de collaboration non souhaitée
- ❖ Absence de collaboration souhaitée par les participants

« C'est correct aussi que ce soit séparé parce que ce n'est pas nécessaire que les mêmes choses soient parlées d'un service à l'autre. S'il y a un besoin d'informations entre les deux je peux très bien la fournir si elle me pose la question » (Debbie, urgences)

❖ Ne pas être informé de la collaboration

Conclusions: en général

- ❖ Traitements = effets favorables perçus
 - ❖ même si motivation initiale au changement = faible et/ou externe
- ❖ Détection et référence = interventions significatives
 - ❖ Toutes les portes sont bonnes... *No wrong door*
 - ❖ Bonne relation thérapeutique lors de détection/référence
 - ❖ Corridor de services clairement identifié (surtout pour la Cour et l'urgence)
 - ❖ Accompagnement / soutien lors de la référence
- ❖ La collaboration
 - ❖ Largement perçue comme +++
 - ❖ Mais parfois perçue exigeante, intrusive... ou insuffisante

Conclusions: particularités

- ❖ Urgence: crise = moment propice au changement
 - ❖ Levier d'intervention
- ❖ CSSS : porte d'entrée qui pose le plus de défi pour la détection/référence...
 - ❖ Demande d'aide en toxicomanie directe plus rare
 - ❖ Pas de crise ou de pressions importantes liées à la toxico
 - ❖ Besoins d'informations ou de référence souvent non comblés
- ❖ Judiciarisation et incarcération: pressions
 - ❖ Peuvent être associées à une aggravation des problèmes
 - ❖ Aussi un moment propice au changement pour plusieurs
 - ❖ Levier d'intervention

Références

- Babor, T.F., McRee, B.G., Kassebaum, P.A., Grimaldi, P.L., Ahmed, K., Bray, J. (2007) Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): Toward a Public Health Approach to the Management of Substance Abuse. *Substance Abuse*, 28:3, 7-30
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Miles, M. B. & Huberman, M. (2003). *L'analyse des données qualitatives* (2^e éd.). Paris : de Boeck.
- Tremblay, J., Bertrand, K., Landry, M., Ménard, J.M. (2010) *Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance*. Montréal : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec.