

**1. Chercheur principal :**

Thomas G. Brown

Centre de recherche de l'Hôpital Douglas

**2. Cochercheure :**

Marianne Saint-Jacques

Université de Sherbrooke

**3. Partenaires du milieu:**

David Ross, Pavillon Foster;

Rachel Perreault, Centre de réadaptation Le Virage;

John Topp, Pavillon Foster.

**4. Établissement gestionnaire de la subvention :**

Centre de recherche de l'hôpital Douglas

**5. Titre du projet :**

Le profil de compétences des intervenants de première ligne pour la détection, l'intervention précoce et la référence auprès des clientèles aux prises avec des problèmes de dépendances.

**6. Numéro du projet de recherche :**

2008-TO-120341

**7. Titre de l'action concertée :**

L'intervention dans le secteur des dépendances.

**8. Partenaire de l'action concertée :**

Ministère de la santé et des services sociaux.



**Le profil de compétences des intervenants de première ligne pour la détection, l'intervention précoce et la référence auprès des clientèles aux prises avec des problèmes de dépendances.**

## **Rapport final au FQRSC**

Marianne St. Jacques<sup>1</sup>, Sarah Filion-Bilodeau<sup>2,3</sup>, Lucie Legault<sup>2</sup>,  
Rachel Gregoire<sup>2,6</sup>, John Topp<sup>4</sup>, Thomas G. Brown<sup>2,4,5,\*</sup>

<sup>1</sup>Université de Sherbrooke; <sup>2</sup>Douglas Mental Health University Institute; <sup>3</sup>Université de Montréal;  
<sup>4</sup>Pavillon Foster Addiction Rehabilitation Centre; <sup>5</sup>McGill University; <sup>6</sup>Université du Québec à  
Montréal

Août 2009

\* Adresse de correspondance : Programme de recherche sur les addictions, Institut universitaire en santé mentale Douglas, 6875 boul. Lasalle, Perry 4118, Verdun, Québec, Canada H4H1R3;  
Tel.: (514) 761-6131, poste: 3415; courriel: thomas.brown@mcgill.ca

## Table des matières

<b>AVANT-PROPOS.....</b>	<b>6</b>
<b>Principales conclusions et recommandations .....</b>	<b>9</b>
<b>Le Rapport.....</b>	<b>13</b>
<b>Recension.....</b>	<b>14</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>14</b>
<b>Stratégie de recension de la documentation .....</b>	<b>14</b>
<b>Conceptualisation.....</b>	<b>15</b>
b) Autres concepts reliés à la consommation .....	17
c) Types de pratique.....	17
d) Propriétés des interventions .....	19
e) Propriétés des instruments .....	20
<b>La consommation et le jeu: un aperçu de la situation .....</b>	<b>21</b>
<b>Organisation des services de première ligne au Québec et traitement des "dépendances" .....</b>	<b>23</b>
<b>Modèles connus de repérage, détection et intervention brève (RDIB) .....</b>	<b>27</b>
<b>Critères permettant l'évaluation des modèles de RDIB .....</b>	<b>27</b>
<b>Trois modèles de pratiques précoces d'intervention en première ligne ...</b>	<b>29</b>
Modèle d'intervention minimale ou modèle de la maladie .....	29
Modèle universitaire ou Modèle efficace.....	30
Modèle efficient de pratiques précoces d'intervention.....	31
<b>Application des modèles de pratiques précoces d'intervention en fonction des types d'ÉPLS .....</b>	<b>34</b>
<b>Soins primaires .....</b>	<b>34</b>
Centres de trauma .....	41
Soins prénataux.....	44
Milieu scolaire.....	46
Pédiatrie .....	50
Résidences pour personnes âgées (privées, centres de soins de longue durée) .....	52
<b>Problématiques spécifiques .....</b>	<b>55</b>
Jeu problématique.....	55
Aspects culturels.....	57

<b>Enjeux pour l'implantation des modèles de RDIB.....</b>	<b>60</b>
Barrières.....	60
Facilitateurs.....	62
<b>Modèles québécois de repérage, détection et intervention brève (RDIB)...</b>	<b>66</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>66</b>
<b>Programme de repérage, détection et intervention brève - Centre de recherche de l'hôpital Douglas / Pavillon Foster (RDIB-HDPF) .....</b>	<b>67</b>
Contexte général.....	67
Énoncé de la problématique.....	67
Le modèle .....	68
Formation .....	70
Démonstration de son efficacité .....	70
Conclusion .....	75
<b>Le programme du RISQ pour la détection et l'intervention motivationnelle brève.....</b>	<b>76</b>
Le modèle .....	76
Démonstration de son efficacité .....	76
Conclusion .....	77
<b>Bibliographie.....</b>	<b>81</b>
<b>Résultats du sondage .....</b>	<b>83</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>83</b>
<b>Méthodologie .....</b>	<b>83</b>
<b>Compétences en matière de repérage, de détection, d'intervention brève (RDIB) et de référence.....</b>	<b>88</b>
Connaissances.....	88
Attitudes.....	91
Habilités.....	95
<b>Modèles en place et pratiques actuelles des intervenants.....</b>	<b>96</b>
Modèles en place.....	96
Pratiques actuelles des intervenants.....	97
Sommaire des pratiques actuelles selon le milieu .....	99
<b>Bilan sur les pratiques précoces d'intervention en première ligne: un discours confus .....</b>	<b>102</b>
<b>Enjeux pour l'implantation de modèles de pratiques précoces d'intervention .....</b>	<b>105</b>

Barrières.....	105
Facilitateurs.....	107
<b>Conclusions.....</b>	<b>108</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE THÉMATIQUE.....</b>	<b>111</b>
<b>Informations générales sur les pratiques précoces d'intervention.....</b>	<b>111</b>
<b>Interventions brèves.....</b>	<b>112</b>
<b>Drogues illicites.....</b>	<b>114</b>
<b>Pratiques précoces d'intervention en matière de consommation.....</b>	<b>114</b>
<b>Soins primaires.....</b>	<b>115</b>
<b>Urgence et trauma.....</b>	<b>116</b>
<b>Prénatal.....</b>	<b>118</b>
<b>Scolaire et adolescence.....</b>	<b>119</b>
<b>Personnes âgées et résidences.....</b>	<b>122</b>
<b>Jeux de hasard et d'argent.....</b>	<b>124</b>
<b>Culture.....</b>	<b>124</b>
<b>Implantation des pratiques précoces d'intervention.....</b>	<b>124</b>
<b>Instruments de repérage et de détection.....</b>	<b>126</b>

## AVANT-PROPOS

Au Canada, le coût social global de l'abus de SPA, incluant le tabac, s'élève à près de 40 milliards de dollars en 2002. En ce qui a trait à l'alcool, les coûts sociaux proviennent principalement des individus non-dépendants qui consomment occasionnellement de façon excessive. Ces individus non-dépendants consultent très rarement pour des problèmes liés à leur consommation, bien qu'ils puissent en éprouver des conséquences néfastes. Par ailleurs, les interventions traditionnelles développées auprès des personnes dépendantes ne répondent pas aux besoins des personnes présentant des problèmes moins graves de consommation. Les établissements de première ligne (EPL) représentent la porte d'entrée dans le système de soins et des services sociaux et représentent donc un milieu de choix pour les pratiques précoces d'intervention – qu'on nomme communément l'intervention précoce.

Au Québec, en 2006, 80% de la population générale a consulté un médecin de famille ou un autre EPL. On estime que plus de 40% des joueurs et des consommateurs à risque ou problématiques d'alcool ou de drogues illicites font partie de cette clientèle. En 2002, selon un rapport gouvernemental, à Montréal seulement, 3000 hospitalisations liées à la consommation de SPA ont été enregistrées, dont 73 % étaient consécutives à un abus d'alcool. Les EPL sont susceptibles de capter de nombreux consommateurs qui souffrent de problèmes graves de consommation ou de jeu, soit l'abus ou la dépendance, mais qui ne font pas de demande d'aide dans les services spécialisés en dépendances. Les modèles de pratiques précoces d'intervention (le repérage, la détection, l'intervention brève et la référence) ont été conçus afin de répondre aux besoins d'intervention des consommateurs et joueurs à risque ou problématiques non dépendants en plus de motiver l'entrée en traitement des consommateurs et joueurs dépendants. Ainsi, ce type d'intervention vise à la fois à diminuer les conséquences négatives reliées aux consommateurs à risque qui ne cheminent pas nécessairement vers une dépendance, à empêcher le développement d'une dépendance en devenir chez certains individus et à ouvrir la porte au traitement dans les cas de dépendance. Un programme de pratiques précoces d'intervention est donc une approche de santé publique visant la réduction des conséquences néfastes liées au mésusage de SPA et de pratiques de jeu

problématique et l'amélioration du pronostic. En comparaison des programmes d'intervention traditionnelle, ces pratiques précoces permettent d'intervenir de façon brève et moins intrusive au moyen d'interventions qui tiennent compte des ressources de l'ÉPL.

Le gouvernement du Québec, via le Fonds de recherche sur la société et la culture Québec (FQRSC), a identifié quatre axes de développement des connaissances scientifiques en regard d'interventions spécifiques au secteur des dépendances (alcool, drogues et jeu d'argent et de hasard) et ce, pour appuyer l'implantation du Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011. Ce rapport s'inscrit dans le développement des connaissances de l'Axe I de l'appel d'offre du FQRSC qui vise la documentation des pratiques et des compétences requises des intervenants des Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) en matière de détection et d'intervention précoce auprès des personnes dites à risque de développer une dépendance. Plus spécifiquement, notre rapport sera constitué des parties suivantes :

1. Une synthèse de la documentation sur les modèles de pratiques précoces d'intervention au regard de la consommation de substances psychoactives (SPA) et des jeux de hasard et d'argent et des facteurs limitant ou facilitant leur implantation. Cette synthèse porte sur deux questions spécifiques : i) Quels sont les modèles de repérage, détection et d'intervention brève (RDIB), fondés sur des données probantes, dans les établissements de première ligne au regard des habitudes de consommation et du jeu? ii) Quelles compétences (connaissances, habiletés et attitudes) sont associées, dans les EPL, aux modèles efficaces (expérimentaux) et efficaces (appliqués) de RDIB?

Ce document vise aussi à informer les intervenants, les décideurs, les administrateurs et les gestionnaires quant aux connaissances fondées sur les données scientifiques actuelles et se veut un outil de travail et de discussion entre les divers acteurs sur les pratiques et les compétences requises en matière de pratiques précoces d'intervention en première ligne. Il constitue donc la première étape d'un processus qui devrait mener à la formulation de recommandations fondées sur des données probantes en matière de repérage, détection, intervention brève et référence dans le réseau québécois des services de santé de première ligne;

2. Un résumé des modèles de RDIB qui ont été implantés au Québec. Nous avons voulu, dans ce chapitre, tenter une analyse critique des deux principales approches de RDIB proposées par des équipes de recherche différentes du Québec, le RISQ et le Programme de recherche sur les addictions de l'Institut Douglas. Nous nous sommes principalement intéressés à l'efficacité de ces approches, tant en termes de résultats que d'implantation, en nous basant sur les données probantes disponibles;
3. Les résultats d'une étude qualitative visant à déterminer les facteurs d'implantation spécifiques à la structure québécoise caractérisée notamment par les CSSS. Suite à des entrevues menées auprès de cliniciens et de gestionnaires du réseau des CSSS, nous avons tenté, dans ce chapitre, d'identifier les forces et les faiblesses, telles que perçues par nos répondants, au regard de la RDIB dans leurs établissements ainsi que de mettre à jour les conditions favorisant l'implantation d'une technologie de RDIB. Ce volet avait principalement pour but de répondre à la question suivante : Quels modèles, de même que les connaissances, habiletés et attitudes nécessaires, seront plus adaptés à la réorganisation des services de santé au Québec?
4. Une bibliographie thématique qui regroupe des références choisies sur les thèmes abordés dans la synthèse de la documentation.

## Principales conclusions et recommandations

Dans ce chapitre, les données et résultats des différents chapitres de ce rapport ont été intégrés en une série de recommandations que nous jugeons importantes pour mener : i) au développement de modèles de RDIB qui pourraient être implantés dans le réseau québécois des services de santé de première ligne; ii) à la création du contenu de ces programmes; iii) à des stratégies en vue d'optimiser le transfert efficace et efficient de connaissances et de compétences en première ligne.

### **Conclusion 1: Manque de clarté et d'uniformité dans la terminologie**

Il existe une grande confusion en première ligne quant au nouveau rôle que cette dernière est appelée à jouer en matière de mésusage de substances psychoactives (SPA). Les concepts et pratiques clés comme le repérage, la détection, l'intervention brève, l'intervention précoce demeurent vagues et sujets à de multiples interprétations. Il en est de même des directives gouvernementales en ce qui concerne la cible principale des interventions en première ligne, c.-à-d. le stade précoce de mésusage de SPA versus la dépendance. Ce manque de clarté dans la terminologie et les concepts fait en sorte que les établissements de première ligne tardent à reconnaître qu'ils doivent s'engager activement dans le domaine du mésusage de SPA.

#### **Recommandations:**

- a. Clarté, cohérence et leadership : trois mots-clés essentiels dans la transmission aux différents acteurs – gestionnaires, intervenants - des positions gouvernementales en matière d'intervention liée au mésusage de SPA en première ligne;
- b. Il est nécessaire, pour décrire les concepts clés, d'utiliser un vocabulaire commun aux divers documents, directives, lignes directrices gouvernementaux et au discours clinique et administratif.

## **Conclusion 2: Hétérogénéité de la clientèle, des services et des structures organisationnelles en première ligne**

Il y a beaucoup de variabilité entre les établissements pour ce qui est des caractéristiques de la clientèle desservie, de la structure organisationnelle et des ressources humaines. Comme dans le traitement de la toxicomanie en général, on ne peut s'attendre à ce qu'une seule approche de RDIB soit tout aussi efficace ou appropriée pour répondre aux besoins de toutes les clientèles dans tous les types d'établissements. On ne peut donc se limiter à un seul ensemble de procédures de repérage et de détection et à une même approche d'intervention brève.

### **Recommandations:**

- a. On doit pouvoir identifier, en fonction des divers types d'établissements de première ligne, des objectifs spécifiques, concrets et réalisables;
- b. Chaque type d'établissement doit pouvoir choisir, entre les différents modèles de RDIB fondés sur des données probantes, celui qui lui convient le mieux en fonction de ses objectifs, de sa clientèle et de ses ressources humaines;
- c. Il faut faire preuve de flexibilité dans le choix des méthodes et des technologies si le processus d'implantation pose des défis particuliers qui pourraient mettre en péril son succès.

## **Conclusion 3: Un défi complexe à niveaux multiples**

Le déploiement en première ligne de pratiques de RDIB en matière de consommation de SPA et des habitudes de jeu implique des processus complexes et à niveaux multiples. Les tentatives passées d'implantation de programmes de RDIB en première ligne – à l'étranger comme au Québec – se sont soldées par des succès mitigés

et de courte durée lorsque des changements importants étaient requis dans les pratiques et les organisations en place (p. ex. le programme d'intervention en violence conjugale, Alcochoix). Les raisons de ces insuccès de même que des pistes de solutions ont été mises en lumière dans notre recension des écrits et corroborées par notre sondage dans les milieux québécois.

**Recommandations:**

- a. Le modèle de RDIB le plus susceptible d'être implanté avec succès sera le plus efficient en termes du temps, des efforts et des ressources requis pour sa mise en œuvre;
- b. La planification d'un programme de RDIB doit tenir compte de toutes les vocations d'un établissement donné. On doit s'efforcer le plus possible d'harmoniser toutes les pratiques du même ordre ou ayant un lien entre elles pour éviter les redondances, la perte de temps et la perception d'une surcharge de travail;
- c. On doit penser à une stratégie de durabilité viable pour soutenir non seulement l'introduction du programme de RDIB mais aussi sa survie et les ajustements nécessaires à long terme;
- d. Il est souhaitable de gérer l'implantation du programme de RDIB par un processus d'amélioration continue de la qualité (Continuous Quality Improvement). Les éléments essentiels de ce type de gestion sont les mêmes dans tous les systèmes de santé et comprennent une structure et une culture organisationnelles prônant l'utilisation généralisée de méthodes objectives et scientifiques pour comprendre les processus en jeu et pour améliorer le programme.

## Conclusion 4: Transfert des connaissances

Le transfert des connaissances est une composante déterminante du succès de l'implantation de tout programme requérant des changements importants dans les pratiques organisationnelles et cliniques. Faire fi de cette base essentielle en voulant déployer un modèle de RDIB, c'est avoir une attitude réductionniste quant à sa diffusion qui met en danger ses chances de succès.

### Recommandations:

- a. Avant même la phase d'implantation, on doit aborder et régler les problèmes persistants de stigmatisation associée au mésusage de SPA et la méconnaissance des différentes avenues qu'il peut emprunter;
- b. L'évaluation de la disposition au changement organisationnel renseignera les agents de changement sur la probabilité qu'un site adopte et intègre bien les nouvelles pratiques ou sur la nécessité, plutôt, d'une meilleure préparation et d'ajustements à l'échéancier;
- c. Il est important de désigner au niveau local et au niveau régional des "champions" dont les responsabilités incluent la planification, la coordination, l'exécution et le maintien de tous les aspects du processus d'implantation;
- d. Il peut être approprié d'utiliser des technologies naissantes qui ont fait leurs preuves pour encourager des pratiques fondées sur des données probantes, par exemple l'utilisation en médecine de systèmes d'aide à la décision assistée par ordinateur. Ces technologies permettent d'accroître la faisabilité et la durabilité des programmes de RDIB et d'autres activités du même ordre qui sont continuellement ajoutées à la mission des établissements de première ligne.

## Le Rapport



**Le profil de compétences des intervenants de première ligne pour la détection, l'intervention précoce et la référence auprès des clientèles aux prises avec des problèmes de dépendances.**

### Remerciements

Deux membres de l'équipe initiale ont dû mettre un terme à leur collaboration dans ce projet à cause de nouvelles responsabilités professionnelles; il s'agit de madame Rachel Perreault, du Centre de réadaptation Le Virage, et de monsieur David Ross, anciennement du Centre de réadaptation Pavillon Foster. Nous tenons à les remercier de leur importante contribution en début de projet.

Pour la réalisation de notre sondage, de nombreuses personnes ont été mises à contribution. Nous tenons à remercier les directeurs des Centres de réadaptation qui ont bien accueilli notre demande, le personnel de ces Centres qui ont bien voulu identifier en première ligne les personnes qui seraient à même de faciliter notre recrutement, et bien entendu tous ceux qui ont pris part au sondage. Sans eux, une bonne partie de ce rapport n'existerait pas. Nous avons apprécié leur franchise, leur ouverture, nous les remercions d'avoir consacré un « précieux » temps à la lecture des documents et à l'entrevue.

Nous souhaitons également exprimer notre reconnaissance à mesdames Catherine Gagnon et Jennifer Gill Wilson qui ont travaillé à la recension des écrits avec un grand souci du détail.

Finalement, nous voulons remercier le Comité de suivi du Programme d'actions concertées – L'intervention dans le secteur des dépendances. Les activités de suivi nous ont permis non seulement de faire le point sur le déroulement du projet mais aussi de recueillir des commentaires fort pertinents et utiles.

## Recension

### Introduction

Le présent chapitre est une recension narrative de la documentation et des meilleures pratiques de RDIB au regard des comportements dits à risque de problèmes ou de dépendances à l'alcool, aux drogues ou aux jeux de hasard et d'argent. Il permet de faire le point sur les modèles efficaces de pratiques précoces d'intervention tout en tenant compte des enjeux liés à leur implantation dans les services de première ligne. En ce sens, plusieurs questions ont alimenté nos recherches et notre réflexion : Quels sont les modèles existants de RDIB? Comment répondent-ils aux critères scientifiques et pratiques? Comment permettent-ils de répondre aux besoins des populations desservies et aux caractéristiques des EPL qui fournissent ces soins ? Quelles recommandations pouvons nous faire au regard des enjeux importants d'implantation de ces modèles dans les divers EPL ?

Le chapitre se divise en cinq sections : 1) L'introduction qui couvre la stratégie de recension de la documentation, la conceptualisation, ainsi qu'un aperçu des statistiques de consommation; les sections suivantes font le point sur 2) les modèles de pratiques précoces d'intervention connus en première ligne; 3) l'application des modèles en fonction des types d'établissements de première ligne; les outils de repérage et de détection; 4) les problématiques spécifiques; 5) les enjeux liés à l'implantation.

### Stratégie de recension de la documentation

La recension a été effectuée à l'aide des bases de données *ETOH*, *Medline*, *PsychInfo* et *PubMed*. Trois domaines ayant trait aux pratiques précoces d'interventions ont été explorés soit : 1) les dépendances, 2) les interventions et 3) le contexte (social et physique). Plusieurs mots clés ont été utilisés soit, en ce qui concerne les dépendances (*subject or disorder*) : *alcoholism*, *addiction*, *alcohol drinking*, *abuse*, *alcohol-related disorders*, *substance-related disorders*, *drinking behavior*, *drinking*, *gambling*, *problem gambling*, *pathological gambling*, *patterns*; en ce qui a trait aux interventions : *patient education*, *educational*, *counseling*, *psychotherapy*, *behavior*

*therapy, patient-centered care, patient acceptance of health care, physician-patient relations, attitudes to health, "knowledge, practice, attitudes", health behavior, patient compliance, life style, prevention, advice, brief intervention, short-term, screening, detection, services, competence, early, rehabilitation, motivational ; et en ce qui concerne le contexte social et physique (setting) : family practice, primary health care, frontline, physicians, nurse practitioners, general practice, community health care, emergency rooms, trauma, psychologist, therapist, public.* En plus des recherches sur les bases électroniques, les listes de références des recensions et des articles extraits de la recherche précédente ont été vérifiées. Finalement, les journaux et les écrits des auteurs reconnus dans le domaine ont été examinés.

## **Conceptualisation**

Nous définissons ici quelques concepts relatifs à la toxicomanie qui sont utilisés dans le présent document.

### **a) Critères diagnostiques**

Tel que définis dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> édition (DSM-IV)* :

#### **Abus de substances**

L'abus et la dépendance aux substances sont les principaux diagnostics des troubles liés aux substances. L'abus se définit non pas par des quantités mais par les conséquences de la consommation, par exemple des difficultés dans les relations sociales ou interpersonnelles, une incapacité de remplir des obligations importantes au travail, à l'école, ou à la maison, des problèmes judiciaires répétés ou la consommation dans des situations où cela peut être physiquement dangereux. Un seul de ces problèmes, persistant pendant au moins un an, est suffisant pour poser un diagnostic d'abus.

#### **Dépendance aux substances**

La dépendance à une substance peut être psychologique ou physique. Les critères de dépendance psychologique incluent la soif ou l'envie irrésistible de consommer la substance (c.-à-d. *craving*), la perte de contrôle sur la quantité consommée, la fréquence ou la durée des épisodes de consommation, l'abandon d'activités importantes afin de consommer et la persistance à consommer malgré l'existence

d'un problème causé par la substance. Les critères de dépendance physique incluent le besoin d'augmenter la quantité de substance consommée pour ressentir le même effet ou le fait de ressentir nettement moins d'effets qu'avant avec la même quantité de la substance (ce qu'on appelle aussi la tolérance) ou encore le fait d'éprouver des symptômes de sevrage (tels que des tremblements dans le cas du sevrage de l'alcool) lorsque la consommation est réduite. Plusieurs consommateurs découvrent alors que le fait de consommer atténue les symptômes de sevrage.

Le diagnostic de dépendance nécessite qu'au moins trois des sept critères énumérés dans le DSM-IV soient présents au cours d'une période continue de douze mois. L'existence d'une dépendance physique telle qu'indiquée par les symptômes de tolérance et de sevrage doit être spécifiée dans le diagnostic.

Il est à noter que le diagnostic de dépendance prévaut sur celui d'abus, c'est-à-dire qu'un individu dépendant est nécessairement aux prises avec un problème d'abus alors que l'inverse n'est pas vrai.

## Jeu pathologique

Le jeu pathologique a initialement été introduit dans le DSM comme un trouble du contrôle des impulsions non spécifié. Le trouble demeure dans la catégorie des troubles de contrôle des impulsions, mais plusieurs critères sont similaires aux critères des troubles liés aux substances.

Le jeu pathologique se définit comme la pratique inadaptée, persistante et répétée du jeu comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes : 1) préoccupation par le jeu; 2) besoin de jouer avec des sommes d'argent croissante pour atteindre l'état d'excitation désiré; 3) efforts répétés, mais infructueux pour contrôler, réduire ou arrêter la pratique du jeu; 4) agitation ou irritabilité lors des tentatives de réduction ou d'arrêt de la pratique du jeu; 5) jouer pour échapper aux difficultés ou pour soulager une humeur dysphorique; 6) après avoir perdu de l'argent au jeu, retourne souvent jouer un autre jour pour recouvrer ses pertes; 7) ment à sa famille, à son thérapeute ou à d'autres pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu; 8) commet des actes illégaux, tels que falsifications, fraudes, vols ou détournement d'argent pour financer la pratique du jeu; 9) met en danger ou perd une relation affective importante, un emploi ou des possibilités d'étude ou de carrière à cause du jeu; 10) compte sur les autres pour obtenir de l'argent et se sortir de situations financières désespérées dues au jeu.

Il est à noter que dans le présent document, quand nous parlerons d'habitudes nocives, il sera autant question de consommation de SPA que du jeu.

## **b) Autres concepts reliés à la consommation**

### Consommation nocive de substances

On entend par *consommation nocive de substances* une consommation qui engendre ou qui est susceptible d'engendrer des problèmes dans les domaines personnel, social ou de la santé.

### Consommation standard

Une consommation standard est une boisson alcoolisée contenant environ 14 grammes d'alcool absolu (à 100 degrés). Ainsi, une bouteille de bière de 341 ml à 5 % d'alcool, un verre de vin de 142 ml (cinq onces) à environ 12 % d'alcool et 43 ml (une once et demie) de spiritueux à 40 % représentent tous une consommation standard selon les normes établies par l'Organisation mondiale de la Santé.

### Consommation d'alcool à risque

Chez les hommes, une consommation d'alcool à risque élevé consiste en cinq consommations standard ou plus en une seule occasion alors que chez les femmes, elle consiste en quatre consommations standard ou plus par occasion (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2004). Ces niveaux de consommation augmentent significativement les risques d'atteinte à la santé physique ou mentale. Une autre façon d'évaluer la consommation consiste à prendre en compte la consommation hebdomadaire. Afin d'être considérée à faible risque, la consommation d'alcool chez les hommes ne devrait pas dépasser 14 consommations standard par semaine alors qu'on conseille aux femmes de ne pas boire plus de neuf consommations par semaine.

En ce qui a trait aux drogues, aucun critère précis n'existe pour ce qui est des quantités qui constituent une consommation à risque.

## **c) Types de pratique**

### Repérage

Le repérage est une procédure sommaire qui permet l'identification des individus qui présentent des troubles liés aux SPA ou au jeu, des conséquences négatives de leur consommation ou de leurs habitudes de jeu, ou qui sont à risque d'en développer. Le repérage est donc une pratique de routine et brève administrée à tous les usagers, peu importe l'objet de la demande de consultation. Lorsque positif, l'intervenant devrait se questionner quant à la possibilité de poursuivre vers une évaluation plus approfondie.

### Détection

La détection est une procédure plus élaborée que le repérage qui permet quant à elle de situer le niveau de risque des habitudes de consommation ou de jeu, de valider les hypothèses soulevées lors du repérage quant à la présence possible d'habitudes nocives et d'aiguiller les interventions appropriées dans les milieux non-spécialisés. Comme le repérage, la détection est utilisée dans des contextes d'intervention où le motif de consultation n'est pas directement relié à des problèmes de consommation ou de jeu pathologique.

### Évaluation

L'évaluation fait référence à une procédure permettant de déterminer la nature et la gravité des difficultés et/ou d'établir un diagnostic de troubles liés aux substances ou de jeu pathologique. Contrairement au repérage et à la détection qui sont des procédures qui permettent d'identifier de façon sommaire les individus à risque et le niveau de risque de leur consommation, l'évaluation telle que conceptualisée dans le présent document permet de statuer quant à la nature et à la gravité du problème de consommation ou de jeu dans le but de guider un traitement individualisé spécialisé. L'évaluation requiert généralement une entrevue diagnostique qui permet de statuer quant à la présence des critères diagnostiques du trouble.

## Interventions brèves

Le vocable d'intervention brève fait appel à un ensemble d'interventions psychosociales qui s'appuient sur des approches différentes dont les approches motivationnelles qui se sont avérées particulièrement efficaces. Elles ont en commun d'être circonscrites dans le temps – typiquement, une à quatre rencontres suffisent, d'une durée variant entre 10 et 60 minutes selon le type d'IB utilisé.

Les interventions brèves adoptent plusieurs formats différents, brochure, entretiens téléphoniques occasionnels, entrevues en face à face, format Internet. L'objectif est de fournir de l'information ou des conseils, de motiver l'individu à diminuer sa consommation (p.ex. en mettant en relief les liens possibles entre la consommation de l'individu et les problèmes de santé et sociaux qui en découlent) ou d'enseigner des habiletés permettant le changement. L'emphase est mise sur le travail par le patient avec peu d'implication de l'intervenant. Elles sont conçues pour les patients qui présentent des habitudes à risque ou nocives (vivent des conséquences négatives associées à leurs habitudes). Les principales composantes des interventions brèves sont : 1) l'évaluation des habitudes de consommation ou de jeu et la rétro-information à partir des résultats; 2) l'établissement d'un contrat avec le client et la sélection des objectifs de consommation; 3) l'intervention à l'aide de techniques de modification du comportement, et 4) la transmission d'information sur les ressources disponibles.

### **d) Propriétés des interventions**

#### Efficacité d'une intervention

Rapport entre les résultats obtenus et les objectifs fixés. L'efficacité d'une pratique d'évaluation ou d'intervention sera évaluée dans le cadre d'un essai clinique permettant d'établir que la procédure étudiée, lorsque implantée dans des conditions contrôlées permet d'atteindre l'objectif visé.

#### Effizienz d'une intervention

Rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées pour les atteindre. Ce rapport influencera la décision d'implanter ou non une méthode selon que l'on possède ou non les moyens physiques, financiers et humains de l'implanter, et ce, indépendamment de l'efficacité démontrée de cette même méthode. Ainsi, une

méthode de travail est efficace si elle permet de réaliser entièrement l'objectif initial et elle est efficiente si un minimum de ressources est utilisé pour l'atteinte de cet objectif.

Dans le présent document, nous traitons de différents modèles, outils et interventions en termes d'efficacité, mais également en tenant compte de leur efficience qui jouera sans doute un rôle déterminant dans la probabilité qu'ils soient implantés.

### **e) Propriétés des instruments**

#### Validité

Capacité de l'instrument à mesurer réellement ce qu'il doit mesurer. En d'autres termes, il s'agit de déterminer dans quelle mesure l'instrument remplit son objectif.

#### Fidélité

Capacité de reproduire des résultats chez un même individu. Ainsi, il s'agit de déterminer dans quelle mesure les résultats obtenus au moyen de l'instrument ne varient pas aléatoirement d'une passation à l'autre.

#### Sensibilité

Désigne la capacité avec laquelle un outil ou un instrument de mesure parvient à mesurer avec exactitude le phénomène lorsque présent. C'est donc dans le cas présent la capacité d'un instrument à identifier correctement les individus à risque ou les consommateurs problématiques (vrais positifs). Une sensibilité parfaite permet d'éviter les faux négatifs, c'est-à-dire de classer faussement un individu comme étant non à risque ou non problématique.

#### Spécificité

Désigne la capacité d'un instrument à éliminer la possibilité de présence du phénomène mesuré lorsque absent. C'est donc, en ce qui a trait aux SPA, la capacité de l'instrument à identifier correctement les individus ayant une consommation modérée ou étant abstinents (vrais négatifs). Une spécificité parfaite résulte en l'absence de faux positifs, c'est-à-dire de classer faussement un individu comme étant à risque ou problématique.

## La consommation et le jeu: un aperçu de la situation

### Alcool

L'alcool est sans contredit la SPA la plus consommée au Québec comme au Canada, après le café et le tabac. Selon l'Enquête sur les Toxicomanies au Canada (ETC), au cours de l'année 2004, 83 % des Québécois âgés de 15 ans et plus étaient des buveurs. Bien que la majorité des individus n'éprouvent aucune conséquence néfaste liée à la consommation d'alcool, une proportion significative de consommateurs développera des problèmes liés à celle-ci.

Au Canada, pour éviter ces conséquences néfastes et profiter des effets bénéfiques liés à la consommation, le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) recommande un maximum de deux consommations par jour pour les hommes et les femmes, mais un maximum de neuf consommations par semaine pour les femmes et de 14 pour les hommes. Ces normes diffèrent pour les personnes âgées de 65 ans et plus, pour lesquelles une consommation par jour, sept par semaine et jamais plus de deux par occasion est recommandée par le *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* aux États-Unis.

Par ailleurs, toujours selon les données de l'ETC, environ 23% des Québécois dépassent ces recommandations de consommation. Ils sont plus à risque de développer des conséquences néfastes au plan psychosocial et de leur santé et devraient, idéalement, réduire leur consommation et la maintenir à l'intérieur des limites proposées. Ce sont surtout les intoxications – soit la consommation de grandes quantités de substance par occasion – qui entraînent les problèmes psychosociaux les plus fréquents : perte de productivité au travail, accidents d'automobile, violence conjugale, négligence et abus des enfants. Chez les Québécois, 6% boivent plus de cinq consommations de boisson alcoolisée ou davantage plus d'une fois par semaine et ils sont 21% à le faire au moins une fois par mois. À l'autre extrémité du spectre, près de 2 % de la population québécoise présente un diagnostic de dépendance à l'alcool (12 derniers mois) selon l'Enquête de 2002 sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC). Plusieurs études montrent que les hommes sont surreprésentés dans tous les indicateurs de consommation présentés. Ainsi, la consommation peut-être envisagée sur un continuum : l'abstinence, la consommation modérée, la consommation nocive et le diagnostic d'abus ou de dépendance. L'intervention a généralement visé la prévention primaire (avant que les problèmes n'apparaissent) et le traitement des individus

présentant un diagnostic, laissant en plan les consommateurs à risque et problématiques.

## **Drogues**

Pour de multiples raisons, dont leur caractère illicite, il est difficile d'établir avec précision l'ampleur des problèmes liés à la consommation de drogues. Le cannabis est la substance illicite privilégiée par les Canadiens. En 2004, selon l'ETC, 46% des Québécois rapportaient avoir déjà consommé du cannabis dans leur vie et 16% au cours des 12 derniers mois. Excluant le cannabis, 4% des Québécois rapportent avoir consommé une drogue illicite dans les 12 derniers mois. Bien qu'il soit difficile d'établir la proportion d'individus qui consomment modérément, qui sont à risque ou sont dépendants, les données de 2004 indiquent que ce ne sont pas tous les consommateurs de drogues illicites qui rapportent des conséquences néfastes et qui présentent des problèmes nécessitant une intervention. Par ailleurs, les données semblent indiquer que la majorité des consommateurs de drogues illicites présentent des conséquences néfastes liées à leur consommation. Comme pour l'alcool, l'usage de drogue illicite est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes; chez les jeunes (moins de 25 ans) – et en particulier les adolescents (12-18 ans)- que chez les personnes âgées.

## **Jeu**

En 2002, 81% des Québécois âgés de plus de 18 ans ont pris part à des jeux de hasard et d'argent. La grande majorité de ceux-ci présentent des comportements de jeu dits responsables. Par ailleurs, selon des études, 1,7 % des Québécois présenteraient des problèmes de jeu et 0,9% auraient des comportements dits à risque. Bien qu'en général, les jeunes soient moins nombreux que les adultes à prendre part aux jeux d'argent et de hasard, ils représentent un groupe plus vulnérable. Ainsi, selon une étude, 10 à 15 % des adolescents seraient à risque de développer des problèmes et entre 4 et 8 % seraient des joueurs pathologiques probables. Il semble donc que la prévalence de jeu problématique soit plus élevée au sein de ce groupe.

Les données sur la consommation de drogues illicites et les comportements de jeu pathologique indiquent une cooccurrence de ces problèmes et de ceux liés à la consommation d'alcool. Dans le reste du document, nous discuterons principalement de la consommation d'alcool puisque la majorité des individus qui seront repérés ou pour lesquels la détection sera positive pour le jeu ou les drogues seront aussi captés par un outil de repérage positif au regard de l'alcool. Par ailleurs, la majorité des études ont à ce

jour porté sur la consommation d'alcool et très peu d'information est accessible quant à l'efficacité des interventions précoces chez les joueurs à risque.

### **Organisation des services de première ligne au Québec et traitement des « dépendances »**

Depuis la révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux avec le projet d'intégration des services en 2004, le système de santé québécois a été organisé de façon à limiter les barrières entre les établissements et les professionnels de façon à offrir des services plus accessibles, mieux coordonnés, plus personnalisés et sans rupture et ce, peu importe le lieu de résidence. Principalement, cette réorganisation se traduit par la création de réseaux locaux de services caractérisés par la création de nouveaux territoires de services et la fusion d'un ou plusieurs centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et CLSC regroupés sous un même conseil d'administration qui forme une même instance locale.

*Cette instance locale agira comme assise de cette nouvelle organisation, en assurant l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à la population du territoire local. Pour réaliser son mandat, elle coordonnera les activités des producteurs de services (établissements ou professionnels) qui sont destinées à la population de son territoire, en créant des liens au moyen d'ententes ou d'autres modalités. Ces liens devront principalement être établis avec deux groupes de producteurs de services :*

- 1) les producteurs de services de première ligne du territoire local*
- 2) les producteurs de services de deuxième et de troisième lignes présents au niveau local, régional ou suprarégional, selon le cas.*

Selon cette réorganisation, au Québec, les services de première ligne comprennent : 1) les services offerts par l'instance locale, c'est-à-dire le CSSS (CLSC, CHSLD, CH) soit les services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement institutionnel public; 2) les services offerts par les médecins généralistes, soit les services médicaux généraux; 3) les services offerts par les ressources d'hébergement institutionnelles (établissements privés conventionnés) et non institutionnelles (ressources intermédiaires et ressources familiales gérées par les centres de réadaptation, les centres jeunesse, l'instance locale

ou d'autres alternatives de logement); et 4) les services offerts par les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies communautaires et les autres ressources privées du territoire, notamment les résidences pour personnes âgées en perte d'autonomie.

Compte tenu des objectifs de la réorganisation des services tels que décrits précédemment et de prise en charge, l'instance locale assume désormais la responsabilité d'assurer l'accessibilité à bon nombre de services dont les services spécifiques destinés aux clientèles particulières incluant les services aux personnes faisant mésusage d'alcool ou de drogues ou ayant des habitudes de jeu à risque.

Ainsi, afin de remplir ce mandat, les services de première ligne doivent assumer la prévention, le repérage, la détection, l'intervention brève et la référence en matière de mésusage par le biais des différentes institutions qui composent l'instance locale ou y sont associées. Dans le cas où une intervention spécialisée en toxicomanie est requise, l'instance locale assurera donc le relais vers des services de deuxième ou de troisième ligne. Il est donc essentiel d'implanter les meilleurs modèles de RDIB dans les services de première ligne afin de permettre de bien desservir la clientèle aux prises avec des difficultés de consommation ou de jeu, une population qui s'avère particulièrement difficile à rejoindre.

Les EPL tels que les CLSC, les centres périnataux, les cliniques de pédiatrie, les services offerts dans les écoles, les centres de soins de longue durée pour personnes âgées (CHSLD), les urgences médicales, les bureaux de médecins de famille et les centres de trauma, constituent la porte d'entrée dans le système de soins et des services sociaux et représentent donc un milieu de choix pour les pratiques précoces d'intervention. Chacun de ces milieux comporte une clientèle qui lui est relativement propre et les variations à ce niveau doivent être prises en compte dans l'élaboration de lignes directrices en matière de pratiques précoces d'intervention. Le **Tableau 1** présente les établissements qui constituent la première ligne au Québec, de même que la clientèle qui s'y retrouve. Ainsi, les différents modèles existants pourraient s'avérer plus ou moins pertinents en fonction de l'institution et/ou de la population visée par ce modèle.

En résumé, les données sur la consommation et le jeu suggèrent que les diverses populations (enfants, adolescents, femmes, aînés, femmes enceintes, etc.) présentent

des profils de consommation ou de jeu qui nécessitent des pratiques précoces d'intervention différentes les unes des autres. De plus, la lecture du tableau 1

Clientèles EPL	Adultes (population générale)	Femmes enceintes	Adolescents	Aînés	Communautés ethniques	Populations spécifiques (Démunis, itinérants, femmes violentées, délinquants, etc.)
CLSC	X	X	X	X	X	X
CHSLD et résidences privées				X	X	
Salles d'urgence	X	X	X	X	X	X
Bureau privé (médecine familiale)	X	X	X	X	X	
Établissements scolaires			X		X	
Cliniques périnatales		X	X		X	
Centre de Trauma	X		X		X	
Cliniques de pédiatrie	X		X		X	
Organismes communautaires		X	X	X	X	X
Centres jeunesse			X		X	X

Tableau 1 : Distribution de la population dans les établissements de première ligne.

met en lumière la diversité à la fois des établissements qui ont à effectuer le RDIB et des populations qui les fréquentent. Lorsque l'on croise les populations aux établissements qu'elles fréquentent, il est apparent qu'un seul modèle de RDIB ne peut convenir à tous

les individus et tous les milieux d'intervention. C'est dans cette optique que le présent chapitre a été élaboré et les caractéristiques et besoins des différents milieux en termes de pratiques précoces d'intervention seront mis en perspective plus loin dans le document.

À titre d'exemple, les cliniques de pédiatrie desservent une clientèle plutôt homogène (les enfants et les adolescents) dont les besoins et le rapport aux substances et au jeu sont très différents de ceux des adultes. Ainsi, les outils de repérage et les pratiques précoces d'intervention doivent être adaptés spécifiquement à cette clientèle. Par ailleurs, les intervenants travaillant dans un CLSC se voient confrontés à des enjeux différents de ceux des pédiatres. La clientèle très hétérogène desservie aura une influence certaine sur les pratiques précoces d'intervention qui devront permettre de repérer, détecter et d'intervenir auprès des jeunes, des aînés, des femmes, etc. Ces exemples sommaires illustrent qu'un modèle universel de RDIB ne puisse probablement pas convenir à toutes les populations ni à tous les établissements de première ligne. Dans la section qui suit, nous présentons certains modèles de RDIB connus et utilisés à ce jour.

## **Modèles connus de repérage, détection et intervention brève (RDIB)**

L'introduction de ce document permet d'apprécier la complexité que constitue la mise en œuvre d'un programme de RDIB au regard de la consommation et du jeu. Pour assurer son succès, l'implantation d'un modèle de RDIB doit tenir compte de l'appariement entre les outils de repérage et les techniques d'IB (fonction de l'instrument, longueur, coûts, qualités psychométriques, etc.), les caractéristiques des usagers (genre, âge, motifs de consultation, problématiques associées) et les caractéristiques de l'environnement (type d'établissement, profession et formation des intervenants, structure de l'organisation, etc.).

Dans la section qui suit, nous présentons des modèles de RDIB recensés dans la documentation, de même que leurs avantages et leurs limites. Préalablement, nous présentons brièvement certains critères susceptibles d'influencer le choix d'un modèle mais aussi d'en juger la valeur en fonction du contexte d'implantation.

### **Critères permettant l'évaluation des modèles de RDIB**

La revue des études sur l'implantation de programmes de repérage, de détection et d'intervention brève en première ligne permet d'identifier certaines caractéristiques des outils et des pratiques précoces d'intervention qui font soit obstacle à l'implantation ou au contraire peuvent la faciliter.

Du point de vue scientifique, il est préférable de cibler les outils ayant les meilleurs indices psychométriques en termes de validité et de fidélité, de bien apparier les techniques et les outils aux populations ciblées et de porter attention aux indices de spécificité et de sensibilité.

En ce qui a trait aux concepts mesurés, dans la mesure du possible on choisit les instruments les plus récents qui permettent d'identifier les individus qui présentent une problématique d'abus ou de dépendance, de même que les individus qui présentent une consommation nocive ou à risque. Les outils de repérage et détection plus anciens - qui sont par ailleurs utilisés actuellement (p.ex. CAGE, MAST) - permettent l'identification des cas les plus sévères, soient les individus présentant des signes ou des symptômes d'abus ou de dépendance. Les instruments ayant été validés à grande échelle sur des

populations variées (p.ex. l'AUDIT) seront préconisés lorsque la population cible est hétérogène (p. ex. clientèle d'un CLSC). À l'inverse, lorsque la population ciblée est homogène (p.ex. clientèle périnatale), nous opterons pour un instrument qui a été validé pour une population spécifique (p. ex. le TWEAK). En ce sens, nous avons tenté de recommander des pratiques d'intervention efficaces, c.-à-d. dont la valeur expérimentale est démontrée tout en tenant compte des ressources du milieu d'implantation.

En effet, du point de vue de la faisabilité, on rapporte souvent que le manque de temps qu'ont les intervenants lors des contacts avec les usagers, le manque de ressources financières, de connaissances et de confort des intervenants en matière de consommation ou d'habitudes de jeu et le peu de temps disponible pour se former sont des embûches majeures à la dissémination de pratiques d'interventions reconnues comme efficaces. Une intervention, aussi bonne soit-elle au plan scientifique, ne vaudra rien si elle n'est pas mise en œuvre par les intervenants.

Dans le choix d'un modèle de RDIB, il faudra donc privilégier des pratiques efficaces tout en considérant la faisabilité de leur mise en œuvre, c'est-à-dire l'efficacité. Ceci implique qu'il faudra parfois sacrifier des outils ou des interventions meilleurs au plan scientifique parce que les autres sont :

- plus simples à retenir, à administrer, à coter et à interpréter;
- moins dispendieux;
- moins exigeants en termes de formation ou plus cohérents quant aux compétences des intervenants des diverses professions qui devront offrir ces services (p.ex. médecins et infirmières *versus* intervenants psychosociaux);
- valides et accessibles dans les deux langues officielles;
- moins vulnérables face aux menaces à la durabilité de leur application dans l'établissement (roulement de personnel, réorganisation institutionnelle, etc.).

On choisira de préférence des pratiques ou des modèles efficaces si le succès de l'implantation est probable. Dans le cas contraire, on optera pour un modèle peut-être un peu moins robuste, mais qui est efficace. Ceci étant dit, quels sont les modèles de RDIB connus et comment répondent-ils à ces critères ?

## Trois modèles de pratiques précoces d'intervention en première ligne

Il existe plusieurs pratiques précoces d'intervention au regard de la consommation et des habitudes de jeu qui répondent soit à des besoins liés à la faisabilité, soit à la rigueur exigée par la démarche scientifique et parfois aux deux. Elles peuvent sommairement être regroupées en trois modèles que nous présentons ci-dessous. Nous les abordons sous l'angle des caractéristiques d'efficacité et d'efficience.

### Modèle d'intervention minimale ou modèle de la maladie

Repérage (une question) → Référence en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne

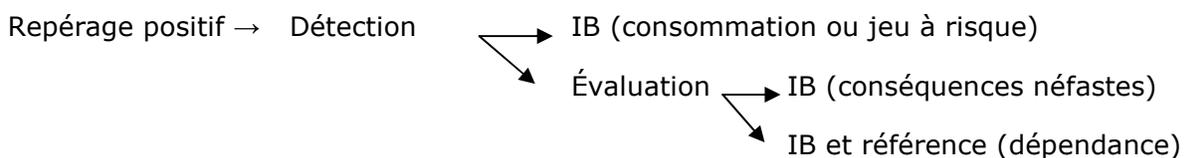
Le modèle de pratiques précoces d'intervention le plus répandu actuellement en première ligne est basé sur le modèle de la maladie, soit l'absence ou la présence d'un problème de consommation. Traditionnellement, les intervenants de première ligne posent une question et réfèrent ensuite le patient à des services spécialisés ou à un expert en dépendance localisé dans le milieu de première ligne. Dans ce modèle, les intervenants présupposent que les milieux de deuxième ou de troisième ligne répondent mieux aux besoins de tout individu ayant un test de repérage positif et que ces derniers sont tous prêts à changer et à s'engager dans un traitement intensif. Or, pour plusieurs raisons, les usagers référés ne font que rarement une demande de traitement subséquente. Il faut garder en mémoire que dans les EPL, les usagers consultent le plus souvent pour des raisons non reliées à la consommation et au jeu. Ils sont donc peu susceptibles, en l'absence d'intervention lors du premier contact, de se présenter à un spécialiste ou même à une deuxième séance avec le même intervenant afin de poursuivre une évaluation plus poussée de la consommation et une intervention à court ou à long terme. On observe dans ce modèle des lacunes importantes puisque les individus à risque ne reçoivent pas des interventions qui correspondent à leurs attentes et leurs besoins.

Notons par ailleurs qu'il existe plusieurs variations de ce modèle qui sortent même du spectre des pratiques précoces d'intervention. Ainsi, il est fréquent de ne poser des questions sur la consommation que lorsque des signes ou des symptômes sont apparents, ce qui exclut le repérage des risques et ne capte que les cas les plus avancés

de dépendance. On passe à côté d'un objectif du repérage, soit d'identifier les individus alors qu'ils sont au début d'une trajectoire potentiellement problématique afin d'éviter la progression vers la dépendance. D'autres intervenants évitent systématiquement de poser les questions sur la consommation et le jeu, jugeant ce type d'intervention hors de leur champ de pratique ou de compétences.

Ce modèle comporte plusieurs avantages qui expliquent la résistance importante des structures et des intervenants à l'implantation de modèles plus récents. Les pratiques actuelles d'intervention minimale sous forme de référence sont peu coûteuses pour l'intervenant et l'établissement puisqu'elles n'exigent que très peu de temps de contact avec l'utilisateur, demandent peu de formation et de connaissances en matière de consommation et ne requièrent pas d'équipement ou d'outils (questionnaires ou matériel pour des tests biologiques). Ces pratiques d'intervention sont également cohérentes pour les intervenants qui disent se sentir peu confortables d'aborder le sujet la consommation et du jeu parce qu'ils ne se sentent pas assez compétents ou informés dans ce domaine ou parce qu'ils craignent la réaction des usagers (sujet tabou ou qui n'est pas le motif de consultation primaire).

### Modèle universitaire ou Modèle efficace



Ce modèle porte ce nom parce que depuis plus de vingt ans, les universitaires ont démontré l'efficacité d'une démarche systématique de RDIB. Or, la dissémination de ce modèle dans les milieux cliniques est encore, à ce jour, limitée.

La séquence de ce modèle implique qu'en EPL, tout patient est systématiquement questionné sur sa consommation d'alcool et de drogues, de même que sur ses habitudes de jeu. Lorsque le repérage et la détection sont positifs, il est suggéré de poursuivre avec une évaluation approfondie. Ainsi, le spectre complet des comportements de consommation et de jeu est adressé, de l'abstinence à la dépendance. Ceci permet d'intervenir avec succès auprès des individus à risque, avant qu'ils ne progressent vers la pathologie. De plus, étant donné la quantité d'informations colligées lors de la détection

et l'évaluation, les interventions sont spécifiques à chaque type de consommateur ou de joueur. Dans ce modèle, lorsque les résultats de l'évaluation indiquent que l'individu ne présente pas de diagnostic d'abus ou de dépendance aux SPA ou aux jeux de hasard et d'argent, une intervention brève est alors menée par l'intervenant. Si le diagnostic est posé, une intervention brève est menée afin de motiver l'entrée en traitement en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne. En première ligne, l'intervention brève se déroule généralement au cours d'une séance de 15 à 60 minutes.

Malgré l'efficacité démontrée de ce modèle, certains obstacles en ont limité l'implantation. Il requiert de l'intervenant une bonne connaissance des outils de repérage, de détection et des critères permettant de distinguer la consommation modérée, à risque et nocive de l'abus et la dépendance. C'est donc un modèle relativement complexe pour des néophytes. De plus, les intervenants doivent être en mesure d'effectuer une intervention brève. Ceci exige du temps et des coûts considérables pour des intervenants médicaux, par exemple, pour lesquels le temps de contact usager-intervenant est de l'ordre de quelques minutes. En outre, il n'est pas rare que les intervenants doivent être formés et même supervisés quant à ces pratiques. Finalement, même lorsque les intervenants sont formés et en mesure d'effectuer ce type de RDIB, le roulement de personnel et les changements de structures dans l'organisation sont d'autres facteurs qui fragilisent l'implantation de ce modèle.

### **Modèle efficient de pratiques précoces d'intervention**

Repérage → IB → Suivi

Afin de pallier les obstacles du modèle universitaire, un modèle alternatif qui est simple, rapide et peu coûteux a été développé. Ici, une IB est offerte immédiatement suite à un repérage positif. L'ensemble des interventions prendra quelques minutes (10 à 30) et l'outil de repérage est facilement mémorisable (une à cinq questions). Lors des suivis, si l'IB échoue, alors l'intervenant de première ligne poursuit son investigation, intensifie ou ajuste les interventions en fonction des besoins de l'utilisateur.

Généralement, on pose d'abord les questions sur la consommation d'alcool. Si ce repérage est positif, alors on abordera l'usage de drogues illicites et les comportements de jeu. En effet, la cooccurrence de consommation de drogues et de comportement de jeu problématique avec la consommation à risque ou nocive d'alcool est très élevée. Il

est donc raisonnable de penser que les risques de ne pas capter une consommation de drogue ou des problèmes de jeu en l'absence de consommation d'alcool nocive sont faibles<sup>1</sup>.

L'ensemble de cette démarche s'inspire donc de l'approche par paliers (*Stepped Care Approach*), notamment introduite par Sobell et Sobell, qui stipule que le traitement initial de choix devrait être celui qui est le moins intrusif pour l'utilisateur, le plus rentable en termes de ressources et dont on peut raisonnablement penser qu'il apportera des changements positifs (diminution de la consommation ou des conséquences néfastes).

Ce modèle et le modèle universitaire ne sont donc pas mutuellement exclusifs. On procède plutôt de façon itérative selon les besoins de l'utilisateur et le contexte de soins. Lors des suivis, si l'utilisateur ne peut rencontrer les objectifs fixés, l'intervention s'intensifie et progresse par la détection, l'évaluation, des interventions brèves plus élaborées puis finalement vers la référence dans le cas où le problème nécessite une intervention au-delà des compétences de l'intervenant de première ligne ou requiert une intervention plus spécialisée. L'intervenant référera donc si l'utilisateur nécessite des interventions telles qu'une désintoxication, une stabilisation de la consommation en milieu sécurisé ou un traitement intégré de la consommation et de troubles concomitants (p.ex. cooccurrence d'un trouble psychotique). Ainsi, du modèle d'intervention très brève, l'intervenant peut évoluer vers le modèle universitaire.

Le fait d'introduire l'IB plus tôt dans la séquence comporte des avantages importants. Cela permet d'assurer qu'une intervention minimale aura été faite, évitant la perte des suivis discutée dans le modèle d'intervention minimale à laquelle le modèle universitaire est également vulnérable puisque l'utilisateur doit s'investir en se présentant à plus d'une séance d'IB. D'autre part, il a été démontré que, dans plusieurs cas, l'IB permettait à elle seule de provoquer un changement dans la consommation de l'individu. Ce modèle est efficient puisqu'il est simple, rapide, peu coûteux, demande peu de formation et permet d'obtenir des résultats positifs en termes de diminution de la consommation. Il est intéressant mais comporte toutefois certaines lacunes. Bien qu'il

---

<sup>1</sup> Le *U.S. Prevention Services Task Force* est un organisme gouvernemental américain dont la mission est de faire des recommandations cliniques quant aux services de prévention auprès des usagers qui ne présentent pas de symptômes ou syndromes clairs de toxicomanie. Ainsi, suite à une synthèse de la documentation scientifique, cette équipe d'experts a convenu qu'il n'y avait pas assez d'informations disponibles à ce jour afin de déterminer si le repérage, la détection et l'IB auprès des usagers de drogues illicites présentent des risques ou des bénéfices. En ce sens, il semble avisé de centrer les efforts de repérage systématique sur la consommation d'alcool.

permette de capter le spectre complet des consommateurs et des joueurs, tous reçoivent l'IB suite au repérage. C'est donc un modèle moins riche parce que l'intervenant possède moins d'informations sur l'utilisateur et sa consommation et l'intervention est donc moins bien appariée que dans un modèle universitaire. Ainsi, il représente en quelques sortes, le compromis entre l'efficacité et la faisabilité lorsque l'implantation du modèle universitaire est menacée dans certains EPL.

Cet aperçu des principaux modèles implantés ou documentés nous permet de conclure que l'implantation du modèle universitaire est souhaitable en termes d'efficacité et devrait primer, mais qu'il n'est pas viable dans tous les ÉPL en termes d'efficacité ou de probabilité de succès d'implantation. Certains milieux auraient avantage à l'implanter, d'autres ne devraient pas. On peut illustrer ainsi le défi que pose le choix d'un modèle de RDIB : les instruments plus brefs de repérage ont l'avantage de ne pas exiger beaucoup de ressources en termes de temps et de connaissances, s'implantant plus facilement dans une séance médicale par exemple. Par contre, les instruments plus longs ont l'avantage d'offrir plus d'informations et une meilleure compréhension du problème. Ils pourraient par exemple convenir aux spécialistes en santé mentale. Dans la section qui suit, nous avons donc choisi de présenter les particularités et les recommandations pour divers types d'ÉPL. La division par type d'ÉPL a pour but de permettre une utilisation concrète du matériel présenté, selon les besoins spécifiques (population et environnement) de chaque établissement et de formuler des recommandations ciblées en termes d'outils et d'interventions.

## Application des modèles de pratiques précoces d'intervention en fonction des types d'ÉPL

### Soins primaires

Les études sur l'implantation de modèles de repérage sont nombreuses, particulièrement en soins primaires généraux.

**Population** Les intervenants en soins primaires desservent la presque totalité de la population et donc, des hommes et des femmes de tous les groupes d'âge, de diverses origines ethniques et présentant parfois des particularités spécifiques telles que la grossesse. Les pratiques précoces d'intervention doivent donc tenir compte de l'hétérogénéité de la clientèle. Les intervenants retrouveront tous les types de consommateurs.

**Environnement** Les omnipraticiens et les infirmiers sont les intervenants de première ligne qui sont généralement en contact avec l'ensemble des usagers. Les pratiques précoces d'intervention seront également faites par les intervenants psychosociaux qui sont présents en grand nombre dans les CLSC et les CSSS en général, mais moins dans les cliniques médicales privées.

Étant donné le temps de contact limité des médecins et des infirmiers, et même des intervenants psychosociaux, il est peu probable que les intervenants s'engagent dans une démarche d'intervention de plus de quelques minutes alors que le motif de consultation n'est pas la consommation. Du moins, c'est ce que les études d'implantation du modèle universitaire dans ces établissements ont démontré. Il faudra donc miser sur le **modèle très bref d'intervention**. Les études en soins primaires indiquent qu'il s'agit en effet d'un modèle efficient et potentiellement durable.

**Outils** *L'Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)*, développé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), est un questionnaire qui cible les individus ayant une consommation à risque ou nocive. Il offre ainsi de l'information sur les patrons de consommation (fréquence, quantité, intensité), sur les symptômes de dépendance et les problèmes associés à la consommation. Il s'agit d'un instrument auto administré (de type papier-crayon) auquel le patient répond par lui-même, comportant 10 questions,

facile à administrer et à interpréter. En comparaison avec d'autres instruments plus anciens, il représente un compromis intéressant pour ce qui est de la durée de passation, de la sensibilité et de la spécificité des informations colligées. De plus, il est centré sur la consommation actuelle (12 derniers mois), ce qui limite la possibilité de faussement identifier des individus dont la consommation a été à risque ou problématique dans le passé. Cet instrument a été validé en anglais, en français et dans plusieurs autres langues. Son utilisation est gratuite et donc facilement accessible. Au plan scientifique, cet instrument a largement fait ses preuves et constitue la référence en termes de détection.

L'AUDIT a été conçu pour le repérage et la détection auprès d'adultes au sein de la population générale dans le but de maximiser la généralisation linguistique et culturelle. Il s'est toutefois avéré efficace pour la détection dans plusieurs groupes spécifiques, notamment les femmes, les minorités ethniques, les adolescents et les jeunes adultes. Ainsi, bien qu'on lui préfère parfois des questionnaires spécifiquement conçus pour ces populations, son usage convient auprès de ces groupes. Cependant, son utilisation serait moins appropriée auprès des personnes âgées. L'AUDIT est donc un instrument très utile pour l'intervenant qui pratique auprès de clientèles hétérogènes.

L'AUDIT est très répandu parce qu'il a l'avantage d'être bref pour un outil de détection et qu'en ce sens, il peut et devrait servir pour le repérage lorsque possible. En effet, il génère des informations pouvant servir à une IB ultérieure et représente donc une option riche. Cependant, le repérage doit généralement être très bref (une à cinq questions) et préférablement mémorisable pour qu'il fasse partie des pratiques d'intervention de routine systématique auprès de tous les usagers, au même titre que la prise de la pression artérielle par exemple. De plus, la passation de questionnaires de type papier crayon ne semble pas être une pratique privilégiée par les médecins. Ces derniers préfèrent généralement les questions de type entrevue en face à face qui s'harmonisent davantage à leurs pratiques. Un compromis intéressant est l'utilisation de l'une des versions abrégées de l'AUDIT<sup>2</sup>, soit l'AUDIT-C (3 questions) et l'AUDIT-PC (5 questions). Ces versions abrégées sont des outils de repérage susceptibles d'être utilisés. Dans le même ordre d'idées, une autre option intéressante pourrait être le TWEAK (c.-à-d. *Tolerance, Worry, Eye opener, Amnesia, Kut down*). Il s'agit d'un instrument

---

<sup>2</sup> Il existe plusieurs versions abrégées de l'AUDIT dont l'AUDIT-C, l'AUDIT-FAST, l'AUDIT-3 l'AUDIT-4 et l'AUDIT-PC qui se centrent essentiellement sur les indicateurs de quantité et de fréquence, soit les patrons de consommation. Or, l'AUDIT-C et l'AUDIT-PC sont les versions abrégées qui performant le mieux au plan psychométrique, ayant des taux de spécificité et de sensibilité très similaires à l'AUDIT.

comportant cinq questions qui peut être administré en format papier-crayon, entrevue ou informatisé. Son administration requiert environ deux minutes et son utilisation est gratuite. Développé initialement pour les femmes enceintes, cet instrument semble bien performer auprès des hommes et des femmes de la population générale, des patients alcooliques, de la clientèle des ÉPL et de certaines minorités ethniques.

Le CAGE est un instrument de repérage qui comporte quatre questions (c.-à-d. Cut Down, Annoyed, Guilty, Eye opener) . Son utilisation est très répandue dans les ÉPL. Il a démontré de bonnes propriétés auprès des hommes caucasiens d'âge moyen. Toutefois, il semble que son utilisation ne soit pas optimale auprès des femmes, des minorités ethniques et des personnes âgées. De plus, ce questionnaire vise le repérage des individus alcooliques et non des individus à risque. Ainsi, la question développée par le *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) «*On any single occasion during the last 3 months, have you had more than 5 drinks (for males; 4 for females) containing alcohol?* » permet d'identifier adéquatement la grande majorité des individus à risque et ceux présentant de l'abus ou de la dépendance. Toutefois, cette question ne permet pas d'obtenir une quantité intéressante d'informations, ce qui rend difficile l'IB. D'autres questions devront alors être posées. Conséquemment, mieux vaut opter d'emblée pour un outil un peu plus long.

Il existe peu de mesures auto révélées en ce qui concerne les drogues. Pour les adultes, l'instrument le plus utilisé, étudié et répandu est le *Drug Abuse Screening Test* (DAST). Il s'agit d'un instrument qui permet de détecter la consommation problématique de drogues dans les 12 derniers mois. Dans sa version originale, ce questionnaire comprend 28 items. Des versions abrégées de 20 et 10 items existent également. Il peut être administré sous forme papier, entrevue ou informatisée. L'outil est disponible en anglais et en français. Par contre, il ne s'agit pas d'un questionnaire du domaine public, il en coûte 12,95\$ par paquet de 100 questionnaires. Bien que la version originale anglaise présente des propriétés psychométriques satisfaisantes, il n'a pas été validé en version française. Les autres mesures de la consommation à risque et problématique de drogues sont très longues et auront peu de chances d'être implantées dans les EPL. Ceci étant dit, nous n'avons pu identifier aucune mesure de repérage la consommation de drogues illicites.

Par contre, il existe des mesures brèves de détection et très brèves de repérage d'alcool et de drogues, dites mesures combinées. En ce sens, on relève le CAGE-AID qui est une version modifiée du CAGE. Il s'agit d'un outil de quatre questions permettant de

repérer rapidement (2 minutes) les individus aux prises avec un problème de consommation d'alcool ou de drogue. Il peut être administré en version papier, sous forme d'entrevue ou sur ordinateur. Il est disponible gratuitement en français et en anglais. Il n'a cependant pas été validé en français et les validations anglaises montrent des taux de sensibilité et de spécificité satisfaisants, mais parfois faibles. Cependant, il est répandu et apprécié dans le milieu médical. Il semble qu'il permet d'identifier les individus dépendants, mais identifie moins les consommateurs problématiques non-dépendants. Aussi, comme le CAGE, les questions ciblent la consommation à vie. Chez les adolescents et les jeunes adultes on peut utiliser le CRAFFT (ADOSPA) qui est une mesure de repérage brève de la consommation abusive d'alcool et de drogue durant toute la vie. Il est composé de six questions portant sur les thèmes : **A**uto/ moto-**D**étente- **O**ubli- **S**eul- **P**roblèmes- **A**mis. Il est disponible et validé en français et en anglais, il présente une spécificité satisfaisante et une excellente sensibilité.

En détection, l'ASSIST (Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test), conçu par l'OMS, semble prometteur quoique trop complexe pour être mémorisé. Il comporte huit questions et couvre la consommation des trois derniers mois d'une myriade de substances, dont le tabac, l'alcool, les drogues illicites et licites. Il a été traduit en plusieurs langues et les études de validation et d'efficacité en cours sont nombreuses.

**Interventions.** Les études d'efficacité des IB ont été surtout menées en soins primaires auprès des consommateurs à risque et problématiques puisque c'est pour ce type de population qu'elles ont été conçues. Dans cette population, il est confirmé que l'IB a fait ses preuves, tant au plan expérimental qu'appliqué.

Il existe un amalgame d'interventions entrant sous ce vocable, d'intensité variable. Les études sur les IB n'ont pas permis de dégager des approches ou types d'IB en fonction des contextes d'implantation ou des usagers. Il semble que dans les études sur les IB, les chercheurs ont utilisé diverses techniques ou stratégies qui dans l'ensemble, constituaient l'IB. En général, on dégage certaines composantes communes aux IB, qui ont été identifiées par l'acronyme anglais FRAMES ; la rétroaction (*feedback*), la responsabilisation du buveur (*responsibility*), les avis ou conseils du thérapeute (*advice to change*), les choix ou le menu des traitements offerts (*menu of options*), l'empathie (*empathy*) et l'autoefficacité (*self-efficacy*). Des recherches devront être conduites afin de déterminer les composantes actives dans l'IB. Néanmoins, il semble que pour constituer une IB, deux des composantes soient nécessaires : la rétroaction sur

la consommation à partir des résultats du repérage et les conseils sur la diminution de la consommation.

Ceci étant dit, certains types d'IB ont fait leur marque dans le monde clinique comme scientifique. Il y a d'abord les IB basées sur les principes de l'Entretien Motivationnel (EM) conçu par William Miller et Stephen Rollnick. L'EM est un *style* d'intervention directive et centrée sur l'utilisateur et n'équivaut pas à un ensemble de techniques qui formeraient ce que l'on nomme l'EM. Par contre, les concepteurs de ce style d'intervention ont conçu plusieurs formes d'IB respectant les principes de l'EM. Ainsi, en soins primaires, l'Entretien Motivationnel Bref (traduction libre de *Brief Motivational Interviewing*) est utilisé afin de motiver les usagers à changer leurs habitudes de consommation nocive. C'est une intervention qui dure généralement 40 minutes, mais elle a été adaptée pour les soins primaires afin d'être offerte en 10 à 15 minutes. Cette IB a démontré des résultats positifs quant au changement sur plusieurs indicateurs de consommation.

L'IB motivationnelle s'appuie sur les travaux de Prochaska et DiClemente de sorte que les stratégies d'interventions sont choisies en fonction de la motivation initiale de l'utilisateur au changement (ou stade de changement). Par exemple, au stade de précontemplation : l'intervenant exprime, sans porter de jugements, que l'usage de SPA pose problème; il explore les perceptions de l'utilisateur ; il exprime du souci pour ce dernier. Au stade de contemplation, il utilisera la balance décisionnelle, pesant les pour et les contre quant au fait de consommer, de s'abstenir ou de changer, et ainsi de suite pour chacun des stades de changement.

Ce qui distingue les IB motivationnelles des autres IB est l'exclusion de stratégies visant à offrir des conseils. Bien qu'il s'agisse d'une stratégie efficace, elle ne correspond pas au style de l'EM. En ce sens, plusieurs IB se sont inspirées de certains aspects de l'EM malgré qu'elles ne puissent à proprement parler être considérées comme des IB motivationnelles. On peut d'ailleurs noter que l'on retrouve des traitements plus intensifs qui utilisent des stratégies clairement en contradiction avec les principes de l'EM, telles que les confrontations de l'individu et de ses mécanismes de défense. Nous n'avons pas observé ou documenté ce style de confrontation dans les IB que nous avons revues. C'est dire que depuis son apparition, l'EM a fortement influencé les concepteurs des IB élaborées subséquemment.

D'autres types d'IB ont été conçues principalement à partir de stratégies cognitivo-comportementales. Au Canada anglais, Martha Sanchez-Craig a ainsi développé une IB destinée aux consommateurs non-dépendants auto référés en traitement. Dans

ce format, l'IB se déroule en quatre séances, incluant une séance d'évaluation, de la biblio-thérapie et des exercices à faire à la maison. Une version adaptée pour les soins primaires, en format de 30 minutes en face à face et de la biblio-thérapie existe également et a démontré des résultats prometteurs. D'autres IB similaires ont été utilisées auprès des usagers de cannabis et d'amphétamines également avec succès. En général, ces IB incluent l'identification des situations à risque, la fixation d'objectifs clairs et atteignables à court et moyen termes et l'utilisation d'éléments de la prévention des rechutes de Marlatt.

Plus récemment, on a vu l'apparition des IB cognitivo-comportementales motivationnelles. On retrouve ainsi le *Self-Guided Change* conçu à Toronto par Mark et Linda Sobell pour les consommateurs non-dépendants auto-référés. Cette IB semble être fortement inspirée de l'IB développée par Sanchez-Craig avec laquelle les Sobell ont collaboré. Outre l'emphase mise sur l'esprit de l'EM, le respect d'une démarche par paliers et le libre choix du consommateur entre le boire modéré ou l'abstinence, il est difficile de distinguer les deux types d'IB qui ne semblent différer que par leur nom.

Ceci étant dit, l'IB développée par le groupe de travail de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dirigé par Thomas Babor est une IB motivationnelle qui a emprunté certaines stratégies cognitivo-comportementales. C'est fort probablement l'IB manualisée la plus utilisée et la mieux documentée. Cette IB est basée sur l'évaluation du risque lié à la consommation suite à la passation de l'AUDIT ou de l'ASSIST et du stade de changement de l'utilisateur (de la précontemplation au maintien). Ainsi, s'il s'agit d'un consommateur à risque modéré, des conseils simples seront offerts. L'intervenant devra offrir de la rétroaction sur les résultats (AUDIT ou ASSIST) et de l'information, établir des buts, donner des conseils quant aux normes de consommation, éduquer l'utilisateur quant à ce que constitue une consommation standard et fournir de l'encouragement. Pour les consommateurs qui vivent des conséquences néfastes liées à leur consommation, une intervention plus longue de 20 minutes est recommandée. Similaire aux conseils simples décrits ci-haut, l'intervention de 20 minutes permettra de couvrir les mêmes thèmes mais d'approfondir chacun d'entre eux et de les ajuster en fonction du stade de changement. Finalement, une version plus élaborée de trois séances a aussi été testée pour les consommateurs ayant un diagnostic probable de dépendance à l'alcool.

À la lecture de la documentation scientifique, il nous apparaît difficile de recommander l'une ou l'autre de ces IB. Elles se sont toutes montrées efficaces en soins primaires et parfois dans d'autres contextes cliniques. Cependant, elles sont rarement comparées entre elles de sorte qu'il est futile de tenter d'identifier celle qui serait

supérieure aux autres. Généralement, elles sont similaires parce qu'elles ont été adaptées sous diverses formes pour les autres milieux cliniques. La majeure partie des IB constituent un amalgame de ce qui a été présenté ci-haut sous des formats variables en longueur, en contenu et en type d'administration (brochure, ordinateur, entrevue, etc.). On retient que l'acronyme FRAMES illustre les éléments essentiels d'une IB typique.

Par ailleurs, on peut se questionner quant au lien entre l'efficacité des IB et leur intensité. Les études démontrent que les IB moins intensives (plus brèves et moins élaborées en contenu) menées auprès d'individus ayant une consommation à risque ou nocive, entraînent une diminution significative de la consommation et probablement même des conséquences néfastes, telles que les accidents de la route, la violence conjugale ou les traumatismes. En outre, les études démontrent tout de même des changements plus importants de la consommation (en quantité à court et moyen termes) lorsque les patients en soins primaires reçoivent une IB plus élaborée en comparaison de simples conseils ou d'une brochure d'information. Les études récentes nous amènent à suggérer des séances de rappel afin de préserver à moyen et long termes – au-delà de 6 à 12 mois – les gains obtenus en termes de diminution de la consommation.

L'IB s'est avérée efficace dans divers contextes et auprès de diverses populations. Bien que l'IB soit souvent utilisée chez les individus aux prises avec des problèmes d'abus ou de dépendance afin de les motiver à entrer en traitement, les résultats des recherches sont mitigés sur ce point. Paradoxalement, dans certaines études, lorsque l'IB est comparée à un traitement traditionnel intensif auprès d'individus dépendants, l'IB s'avère être aussi efficace. Il semble également que les individus dépendants qui entrent en traitement suite à l'IB sont plus nombreux à rester en traitement que ceux n'ayant pas reçu d'IB.

En soins primaires, la tendance actuelle semble limiter l'IB à une (parfois deux) séance, afin d'optimiser l'implantation de cette pratique. Un suivi ou des séances de rappel sont recommandés afin de maintenir les changements à plus long terme.

## Centres de trauma

**Populations** Les usagers recevant des soins dans les centres de trauma et les urgences sont susceptibles d'être des deux genres et de tous les âges. Par ailleurs, les hommes et les jeunes (fin de l'adolescence, début de l'âge adulte) sont surreprésentés, particulièrement lorsqu'ils consultent pour des problématiques associées directement (surdose) et indirectement à la consommation de SPA (accidents d'automobile, violence, etc.). Dans les urgences, le tiers des usagers qui consultent et la moitié de ceux qui ont subi des blessures graves présenteraient une consommation nocive. C'est de 1,5 fois à 3 fois plus qu'en soins primaires. On retrouve une moins grande proportion de buveurs dits à risque - qui représentent généralement la majorité des cas repérés - et de problèmes plus graves de la consommation. Aussi, on y observe que la consommation de drogue est plus prévalente que dans d'autres types d'ÉPL. On choisira donc de faire un repérage systématique pour l'alcool et les drogues illicites.

En outre, l'intervention auprès des usagers des urgences et des centres de trauma doit tenir compte de la possibilité que l'état de conscience ou la capacité de recevoir une intervention soit altéré en raison d'intoxication aux SPA, de la médication reçue, de trauma affectant les fonctions cognitives et de la douleur ressentie.

**Environnement** L'urgence et les centres de trauma sont des milieux où la crise est au cœur du motif de consultation et caractérise les soins reçus. On observe des interruptions fréquentes dans les soins prodigués à un même usager, soit parce que le soignant doit traiter rapidement un autre patient ou parce que plusieurs soignants différents interviennent au même moment et parfois sans préavis. Le temps de contact entre le soignant et l'usager est donc bref. On peut même envisager que de faire une intervention brève sans interruption pose un défi. Il est aussi parfois difficile de préserver la confidentialité étant donné la proximité des autres usagers, des membres de la famille et des autres soignants. Dans ce milieu, plusieurs intervenants du domaine médical sont susceptibles de faire systématiquement du RDIB; infirmières, médecins urgentistes, résidents et internes en médecine. Il est possible que lorsque appelés à intervenir pour d'autres motifs, certains intervenants psychosociaux présents, tels les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes, soient également impliqués. Ces caractéristiques d'un environnement parfois chaotique suggèrent qu'un modèle d'intervention très bref sera plus approprié pour ces établissements.

**Outils** Encore une fois, les outils de repérage qui sont utilisés dans ce milieu doivent être très brefs et facilement mémorisables pour qu'ils soient implantés. Plusieurs instruments ont été validés ou même conçus pour cette population : AUDIT et version abrégées, RAPS4, CAGE et CAGE-AID, CRAFFT (ADOPSA) et RUFT-Cut. Les qualités psychométriques de l'AUDIT et du RAPS4 en font les deux meilleurs instruments pour le repérage des individus à risque au regard de l'alcool. Le RAPS4 (Remorse, Amnesia, Performance, Starter drinking behavior) est un court instrument de quatre questions permettant de repérer la présence d'une dépendance à l'alcool dans les 12 derniers mois. Il s'est montré efficace auprès d'hommes et de femmes de différents groupes ethniques. Il s'est avéré plus efficace que le CAGE. Or, le RAPS4, à notre connaissance, n'a pas été traduit ou validé en français.

Par ailleurs, puisqu'il faut aussi ajouter une mesure de repérage pour les drogues, ce qui allonge l'ensemble de la procédure, des mesures combinées sont préférables. Chez les adolescents et les jeunes adultes, on utilisera le CRAFFT (ADOSPA). Pour les adultes, nous recommandons le CAGE-AID. Le fait qu'il cible principalement la consommation nocive et identifie moins bien les consommateurs à risque est moins problématique étant donné que ces derniers sont sous-représentés à l'urgence. Enfin, le RUFT-Cut est un outil de repérage de cinq items qui a été élaboré à partir de deux questions du CRAFFT, deux questions de l'AUDIT et une question du CAGE. Il s'est montré aussi efficace que les dix questions de l'AUDIT pour identifier les troubles liés à l'alcool chez de jeunes adultes, mais n'a pas été validé auprès de jeunes adolescents.

**Interventions** Plusieurs études ont démontré l'efficacité d'IB d'une durée de 30-60 minutes. Ainsi, la consommation semble diminuer significativement, mais on rapporte également une baisse des conséquences néfastes. D'autres études observent des résultats plus modestes, soulignant que les IB sont susceptibles de fonctionner auprès des individus dont la consommation est moins grave.

Par ailleurs, les usagers sont susceptibles d'être ouverts et motivés à recevoir de l'aide en lien avec leur consommation puisque l'entrée à l'urgence y est souvent liée et que la déstabilisation qu'elle engendre permet la remise en question. Les conséquences de la consommation étant apparentes, l'IB de type motivationnelle sera à privilégier.

Malgré le manque de temps des urgentistes et les recommandations de réduire l'intervention à une séance brève, les distractions importantes du milieu, la douleur et la possibilité que l'individu ne soit pas sobre doivent être prises en compte. Une séance

additionnelle, un suivi téléphonique ou un support informationnel (documentation) sont garants d'une plus grande efficacité.

## Soins prénataux

**Population** Les femmes enceintes sont plus nombreuses à rapporter être abstinentes de tout type de substances. Si elles consomment une substance, il s'agit généralement de l'alcool. La prévalence de consommation de drogues illicites est moindre que dans la population générale, or la cooccurrence avec la consommation d'alcool est quant à elle plus élevée chez les femmes consommant de la drogue. On pourra donc miser sur le repérage systématique de la consommation d'alcool et faire un repérage des autres problématiques lorsque celui de l'alcool est positif.

Par ailleurs, les normes de consommation d'alcool diffèrent de celles présentées pour les femmes de la population générale étant donné l'incertitude quant au seuil de consommation à partir duquel on observe des effets nocifs sur la santé de l'embryon, du fœtus et de l'enfant. En Amérique du Nord, on considère que toute consommation pendant la grossesse est à proscrire et pose des risques. Bien entendu, les risques augmentent avec la quantité et la fréquence de consommation d'alcool. Cette position aura une influence certaine sur le repérage et la détection. Ainsi, plusieurs questionnaires ont donc été conçus ou ajustés spécifiquement pour cette clientèle.

**Environnement** Le suivi des femmes lors de la grossesse se fait principalement dans des cliniques médicales. Les intervenants interpellés par cette clientèle très homogène sont des médecins de famille ou des spécialistes en obstétrique/gynécologie et les infirmières. Dans certains cas, on retrouve également des accompagnantes et des sages femmes. Dans ces cliniques médicales comme dans les autres, il sera plus viable d'implanter une pratique précoce d'intervention très brève, du type repérage et IB.

**Outils** Le TWEAK (c.-à-d. *Tolerance, Worry, Eye opener, Amnesia, Kut down*), conçu initialement pour cette clientèle, est fréquemment utilisé et constitue la meilleure option au plan scientifique et en termes d'implantation puisqu'il est bref, facile à mémoriser et à interpréter. Un score de deux sur cette échelle signifie une consommation d'alcool à risque chez les femmes enceintes. Lorsque les ressources le permettent, on peut ajouter au TWEAK l'analyse de marqueurs biologiques.

L'AUDIT est un autre instrument qui performe particulièrement bien auprès de cette population. Il est cependant plus long à administrer et les seuils doivent être ajustés. Malgré le manque de consensus à cet égard, l'OMS recommande d'utiliser un

seuil de un comme indicateur de risque alors que le seuil pour les femmes qui ne prévoient pas concevoir est de six.

En ce qui concerne l'utilisation de drogues chez les femmes enceintes, le DAST peut être utilisé, mais il s'agit d'un outil de détection et il est donc plus long. Ainsi, l'emploi du 4P-Plus, un outil combiné spécialement conçu pour utilisation prénatale qui est destiné à estimer le risque lié à l'utilisation d'alcool et de drogues en quatre questions est répandu. Cet instrument n'a toutefois pas été soumis à une validation complète.

Interventions            Au niveau des IB, bien que le seuil soit l'abstinence, on travaille à la réduction des méfaits. Attention aux besoins spécifiques : garderie, stigma femme et double stigma enceinte, etc. Par ailleurs, malgré le stigma associé à la consommation de substances lors de la grossesse, les femmes enceintes sont souvent très ouvertes aux recommandations, à l'information et à la rétroaction quant à leurs comportements de santé. Cette ouverture est propice aux IB utilisant des approches motivationnelles.

*N.B. Pour une analyse complète des enjeux d'implantation de stratégies d'intervention précoce dans le milieu spécifique de la périnatalité, vous pouvez demander le document suivant aux auteurs : La consommation de substances psychoactives pendant la grossesse et chez les mères et les pères d'enfants de 0 à 5 ans : une revue de la littérature (Couture, Fillion-Bilodeau, Kokin, Legault & Brown, 2008 – thomas.brown@mcgill.ca)*

## Milieu scolaire

**Population** Les intervenants des établissements d'enseignement primaire, secondaire, collégial et universitaire sont concernés par l'identification précoce des problèmes de consommation de la pré-adolescence jusqu'à l'adolescence tardive (jeunes adultes). La consommation de substances augmente de façon dramatique au début de la période d'adolescence et semble atteindre un sommet entre l'âge de 15 et de 25 ans. Par ailleurs, l'adolescence est une période charnière et complexe du développement. Des changements profonds s'organisent tant au plan neurobiologique que psychologique. S'ensuivent une vulnérabilité physiologique accrue aux substances psychoactives (SPA) et un rapport social très différent aux SPA. Par rapport aux adultes, la consommation des adolescents diffère quant aux patrons de consommation, aux motivations à consommer, à la nature des SPA consommées et aux conséquences neurotoxiques de celles-ci. Ainsi, les adolescents sont moins susceptibles que les adultes de consommer de l'alcool, mais plus susceptibles de consommer de la marijuana et d'autres drogues en même temps que l'alcool. Lorsqu'ils consomment de l'alcool, les adolescents sont plus susceptibles de consommer avec excès jusqu'à intoxication aiguë. L'expérimentation est la norme et l'influence des pairs est cruciale dans les comportements de consommation et de jeu.

Le repérage et les interventions de tout type (prévention, IB, traitement intensif) doivent tenir compte de ces particularités. Par ailleurs, en raison du manque d'études et de résultats contradictoires, la documentation ne permet pas d'affirmer que les pratiques précoces d'intervention telles que développées auprès des adultes soient bénéfiques ou dommageables pour les adolescents. On sait par ailleurs que certains types d'interventions sont à proscrire alors que d'autres semblent être prometteurs. En ce sens, une panoplie de questionnaires ont donc été élaborés spécifiquement pour évaluer la consommation des adolescents et repérer les individus à risque (voir Winters, 2003 pour une synthèse des instruments de repérage, d'évaluation et de diagnostic pour l'alcool et les drogues). En effet, les effets neurotoxiques des SPA sur le cerveau et les autres systèmes du corps sont potentiellement plus néfastes, même à long terme, que chez les adultes. De même, la dépendance aux SPA est difficile à distinguer de l'abus et même de la consommation nocive parce que les critères établis ne correspondent pas à ceux observés chez les adultes. Les pratiques précoces d'intervention au regard de la

consommation sont complexes chez cette population et requièrent possiblement une expertise en toxicomanie et en développement.

Il est à noter qu'étant donné les limites actuelles des données sur les pratiques précoces d'intervention chez les adolescents de la population générale, nous n'aborderons pas ici les interventions auprès des populations adolescentes spécifiques, comme les jeunes en difficultés.

**Environnement** Les intervenants dans les établissements scolaires sont d'abord les professeurs, et ensuite tout professionnel qui intervient chez des jeunes qui présentent diverses difficultés (psycho-éducateurs, conseillers en orientation, psychologues, travailleurs sociaux, orthophonistes, etc.). L'infirmière, si présente dans l'établissement, est également susceptible d'agir en ce sens. Outre les professeurs, peu de ces intervenants sont présents à temps plein dans les établissements scolaires, et ce, en raison des contraintes budgétaires des gouvernements. Le coût des interventions est donc un élément à considérer dans le choix d'un modèle, tout comme la pauvreté des expertises (ressources humaines). De plus, le roulement de personnel est important, particulièrement au primaire et secondaire. Or, au collégial et à l'université, le contact avec les étudiants permet rarement l'établissement d'une relation de confiance entre étudiants et professeur ou autre intervenant, relation qui est plus propice aux pratiques précoces d'intervention.

Ainsi, une des difficultés du repérage est que cette population est difficile à rejoindre. Les intervenants n'ont pas accès systématiquement à tous les jeunes, dans un cadre qui permet le repérage et l'IB personnalisée, dans la confidentialité. Par ailleurs, chez les adolescents et les jeunes adultes, l'utilisation de l'internet s'avère un moyen intéressant de préserver la confidentialité tout en rejoignant une grande majorité d'entre eux, et ce, via un médium qui les interpelle. Qu'il s'agisse de sites web permettant de passer les questionnaires en ligne et de recevoir de la rétroaction personnalisée ou même d'accéder à une intervention en ligne, cette approche pourrait être prometteuse.

**Outils** En termes de repérage, le CRAFFT est un instrument qui comporte plusieurs avantages par rapport aux autres. C'est un outil très court, facile à mémoriser et interpréter. C'est une mesure combinée d'alcool et des autres drogues, qui repère les adolescents à risque, problématiques et dépendants, qui est conçue spécifiquement pour les adolescents et qui est sensible culturellement et entre les genres. Il a été traduit et validé en France sous l'acronyme ADO SPA. Il est solide au plan psychométrique

(validité, fidélité, sensibilité et spécificité) et il performe mieux que le CAGE, le CAGE-AID et le RUFT-Cut qui n'est par ailleurs par traduit en français.

En termes de détection de la consommation à risque et nocive d'alcool, l'AUDIT est un bon choix, mais il ne permet pas de détecter la consommation de drogues. Au Québec, on lui préfère donc souvent le DEP ADO dans les milieux pratiques. Il s'agit d'un instrument de détection de sept questions permettant d'identifier la consommation abusive d'alcool et de drogues chez les adolescents dans le but de les orienter vers des services appropriés. Il est disponible et validé en anglais et en français en format papier, entrevue ou informatisé. Les scores seront répartis en trois catégories : un feu vert correspond à l'absence de problème évident de consommation, un feu jaune signifie un problème en émergence qui suggère une intervention brève et un feu rouge témoigne d'un problème évident qui commande une intervention spécialisée. Cet instrument requiert un temps de passation de 10 à 15 minutes. Il a l'avantage d'avoir été développé et validé au Québec, d'être gratuit et facile à interpréter. La validation a été effectuée auprès de jeunes de 14 à 17 ans et a montré des propriétés psychométriques très satisfaisantes. Une validation est en cours auprès des 11-13 ans.

**Interventions** Les études menées auprès des adolescents ont identifié certaines stratégies permettant d'optimiser l'IB. Il semble que pour augmenter le dévoilement, les média écrits, tels que les questionnaires papier crayon ou internet, soient préférables à l'entretien en face à face. Lorsque c'est sous forme d'entretien, il est alors préférable que l'intervenant soit déjà connu de l'adolescent. En ce sens, la question de la confidentialité et même l'anonymat s'imposent. Les études démontrent que les adolescents sont beaucoup plus susceptibles de dévoiler leur consommation problématique et de s'engager dans un IB si la confidentialité est préservée. Paradoxalement, les interventions systémiques, qui incluent les parents et des pairs supportant la diminution de consommation sont plus efficaces. On comprend qu'un parent inclus dans l'IB peut soutenir un objectif de réduction des méfaits alors que celui exclu risque d'adopter une attitude qui entre en contradiction avec les objectifs de l'IB. On recommande ainsi d'impliquer l'entourage lorsque possible, mais de prioriser la confidentialité lorsque ce besoin est exprimé.

L'adolescence étant une période où l'individu développe son autonomie, les IB basées sur les approches motivationnelles sont particulièrement bien adaptées à cette période. Les études démontrent que la rétroaction doit être très concrète et explicite pour qu'elle soit bien comprise par les adolescents. Il faut briser les mythes et offrir une

information factuelle. L'exagération des risques et la surinformation à propos de substances non connues par l'adolescent sont à proscrire. Ces stratégies ont pour effet d'augmenter la curiosité des jeunes quant aux SPA. De même, les techniques d'affirmation de soi contre la pression par les pairs - dire non - laissent présumer que la consommation des pairs est plus répandue et la banalise. Par ailleurs, il faut offrir des stratégies alternatives afin de réduire la consommation - éduquer et développer un inventaire de comportements adaptatifs.

Il est difficile de se positionner sur un modèle dans cette population et pour ce type d'établissements. Nous l'avons dit, l'évaluation de la consommation nocive et de la dépendance est complexe et requiert des connaissances et compétences en toxicomanie. Il est plus réaliste de penser à un modèle de repérage et d'IB qui s'accompagne d'un système de référence à des services ou des intervenants spécialisés.

## Pédiatrie

Les pratiques précoces d'intervention en pédiatrie partagent plusieurs similitudes avec le milieu scolaire, mais également avec les soins primaires et il est suggéré au lecteur de revoir ces deux sections avant de lire celle-ci.

**Population** L'une des similitudes les plus évidentes est bien entendu la clientèle partagée par le milieu médical pédiatrique et le milieu scolaire. La clientèle principale du pédiatre est âgée de 0-18 ans et est donc particulièrement homogène. Toutefois, cette clientèle sera fort probablement plus jeune qu'en milieu scolaire où les efforts cibleront principalement les jeunes adolescents jusqu'aux jeunes adultes. La clientèle pédiatrique est constituée en majorité des jeunes enfants et des adolescents. Par ailleurs, ceux-ci sont le plus souvent accompagnés de leurs parents auprès desquels le pédiatre doit parfois intervenir au regard de la consommation ou du jeu, et ce, particulièrement pour les enfants en bas âge.

**Environnement** Le pédiatre est un spécialiste qui détient des compétences et des connaissances certaines sur le développement infantile et adolescent, tant au plan physiologique que psychologique. Étant appelé à participer à des programmes de prévention et de formation - particulièrement pour des problématiques telles la maltraitance, les agressions à caractère sexuel, les divorces et autres situations socio-juridiques - on comprend que cet intervenant est particulièrement bien formé et placé pour effectuer le RDIB en matière de consommation. La détection et l'IB ne divergent pas considérablement des pratiques actuelles des médecins pédiatres. Les pratiques précoces d'intervention semblent viables et moins vulnérables à certains enjeux d'implantation (longueur des consultations, compétences et pratiques actuelles axées vers la prévention, etc.) dans ce contexte médical qu'en centre de trauma, par exemple. Bien qu'en général les pédiatres soient peu formés en matière de consommation et, comme tous les autres médecins, se sentent peu équipés pour gérer ce type de situation, ils représentent un des meilleurs choix pour l'implantation des pratiques précoces d'intervention auprès des enfants et de leurs proches. On peut donc recommander le modèle universitaire dans ces milieux cliniques.

Outils            Pour les adolescents, nous recommandons les mêmes outils que dans le milieu scolaire. Pour les adultes, il semble que les outils de repérage et de détection suggérés en soins primaires soient de bons choix à considérer.

Interventions            Pour les particularités des IB auprès des enfants, voir les IB décrites en milieu scolaire. Pour les parents, on peut se référer aux IB décrites en soins primaires.

## Résidences pour personnes âgées (privées, centres de soins de longue durée)

**Population** Les personnes âgées constituent un groupe, comme les adolescents, qui a des rapports différents aux dépendances et à la consommation en général, en raison de vulnérabilités biologiques et des représentations sociales qu'ils ont des SPA. Ainsi, les normes de consommation d'alcool sont plus basses que chez les moins de 65 ans (voir introduction), ce qui implique qu'un homme qui continue de consommer entre 9 et 14 verres d'alcool par semaine passé 65 ans devient un consommateur à risque qui vivra possiblement des conséquences néfastes. Outre l'alcool, des problèmes risquent de se présenter à cause des interactions entre l'alcool et les médicaments ou entre les divers médicaments prescrits. Prise séparément, chaque SPA ne pose pas nécessairement problème, mais ensemble elles peuvent mener à la surconsommation.

Il convient d'intervenir de façon précoce chez ce groupe parce que les effets néfastes sont difficiles à distinguer des autres problèmes survenant à ce stade de la vie : isolement, altération des fonctions cognitives, anxiété, dépression, étourdissements, chutes, problèmes financiers, etc. De plus, la consommation accélère la détérioration des fonctions cognitives, par exemple chez les patients atteints d'Alzheimer. Par ailleurs, on ne connaît pas la prévalence exacte de la consommation à risque, de l'abus et de la dépendance chez les personnes âgées, mais tout indique que celle-ci est fortement sous-estimée. De plus, ce groupe d'âge est de plus en plus important et les aînés ne seront que plus nombreux dans le futur.

Les individus de ce groupe d'âge, particulièrement lorsqu'ils sont en résidence et même s'ils sont autonomes, sont généralement facilement accessibles et disponibles. Ils préféreront les contacts en face à face, mais le repérage et la détection en format papier ou sur ordinateurs se sont avérés valides et efficaces. Une faible scolarisation et la présence plus élevée d'analphabètes dans ce groupe militent toutefois en faveur d'interventions verbales.

**Environnement** Cette population a été peu étudiée et dans les milieux pratiques, on pose rarement les questions aux aînés en raison des stigmas qui y sont associés (dénier de l'existence du problème, croyance que l'intervention est futile, etc.) et de la méconnaissance des intervenants de la problématique de consommation dans ce groupe d'âge (normes de consommation, critères diagnostiques et interventions disponibles).

Or, contrairement aux centres de trauma par exemple, les résidences pour personnes âgées sont des milieux relativement stables. Les intervenants qui interagissent de façon régulière avec les usagers proviennent de plusieurs professions et ont des compétences variées. Il n'est pas rare que ceux-ci fonctionnent en équipes interdisciplinaires. Ils ont souvent développé avec les usagers et leurs familles des relations de confiance, parfois depuis plusieurs années.

Étant donné la qualité et la stabilité de l'environnement, mais aussi la complexité que constituent le repérage, la détection et l'évaluation de la consommation dans ce groupe, le modèle universitaire est fortement recommandé. On misera si possible sur les diverses compétences des intervenants (le médecin évalue, l'intervenant psychosocial fait l'IB, etc.) et la communication entre eux dans les diverses étapes de l'intervention. Il serait avisé d'arrimer ces milieux avec des services spécialisés qui permettraient la consultation d'experts en dépendances et gérontologie lorsque nécessaire.

Outils            Peu d'outils de repérage et de détection ont été conçus pour ce groupe d'âge et même validés. Pour le repérage, le CHARM (c.-à-d. Cut down, How (do you drink), Annoyed, Relieve, More (drink more than expected)) qui contient cinq items a été conçu spécialement pour les besoins de cette population, abordant sous forme d'entrevue les symptômes ou conséquences de la consommation pouvant être faussement attribués au processus normal de vieillissement. L'acronyme CHARM vise également à souligner l'importance d'utiliser une approche non menaçante avec les personnes âgées. À notre connaissance, il n'a pas été traduit officiellement ou validé en français. Le CAGE est l'un des meilleurs outils de repérage dans ce groupe, mais il capte mal les consommateurs à risque. En outre, ces deux outils ne prennent pas en compte les interactions médicamenteuses.

Pour la détection, une version adaptée du MAST, le MAST-G, a été développée pour tenir compte des conséquences néfastes de la consommation qui sont spécifiques aux aînés. Une version abrégée existe également, mais nous n'avons pu trouver de validation en français. Comme pour le MAST, cette adaptation ne cible pas spécifiquement la consommation actuelle et ne tient pas compte des interactions médicamenteuses. Afin de contrer ces limites, un nouvel outil, le *Alcohol-Related Problem Survey* (ARPS) a été développé. Il comporte 60 items portant sur les patrons de consommation d'alcool, la consommation de tabac, les interactions entre médicaments, la comorbidité psychiatrique, les troubles de santé, le genre, et les conséquences

néfastes liées à la consommation. Bien que prometteur, cet outil est plus long, a été peu étudié et n'a pas été traduit ou validé en français à notre connaissance.

**Interventions** Il est difficile de se positionner sur l'efficacité des IB chez cette population, mais quelques études suggèrent qu'elles peuvent être bénéfiques. Les individus ayant participé à ces études ont en général diminué leur consommation et étaient ouverts à ce type d'intervention. Par contre, les IB seraient plus efficaces chez les aînés pour lesquels la consommation est un nouveau problème et fonctionneraient moins bien chez ceux pour qui il s'agit d'un problème de longue date. Ceci explique en partie les résultats mitigés obtenus dans ce groupe d'âge.

En raison des facultés cognitives parfois altérées (p. ex. perte de mémoire), de l'état de fatigue possible et du stigma lié à la consommation (sentiment de honte), on recommande un contact court mais répété, ce qui est conforme au modèle universitaire.

## Problématiques spécifiques

### Jeu problématique

Le taux de prévalence du jeu au Québec a grandement augmenté dans les dernières années. Tel que mentionné précédemment, ce taux se situe présentement à 1,7%, ce qui équivaut à une augmentation de 75 % depuis 1989. La détection du jeu pathologique dans les services de première ligne permet l'évaluation du niveau de risque associé aux problèmes de jeu pathologique, ainsi que l'orientation des individus à risque de présenter des problèmes de jeu vers des ressources appropriées.

Il semble que moins de 8 % des joueurs pathologiques aient recours à de l'aide professionnelle, ainsi il est davantage commun de les rencontrer lorsqu'ils viennent consulter pour un autre motif. Par exemple, il semble que les individus évalués comme présentant un problème de jeu en première ligne soient plus susceptibles de rapporter des problèmes liés à la nicotine, à l'alcool, aux drogues récréatives, à la dépression, à l'anxiété et au contrôle des impulsions. Ainsi, les intervenants doivent demeurer vigilants au fait que le jeu pathologique survient souvent simultanément à ces difficultés. Il est cependant difficile d'évaluer à quel moment il est pertinent de questionner les habitudes de jeu.

**Outils** Un outil de repérage très bref pouvant s'avérer utile est le Lie/Bet Screen qui comporte les deux questions suivantes: 1) Avez-vous déjà senti le besoin de miser de plus en plus d'argent ? et 2) Avez-vous déjà menti à des personnes importantes pour vous au sujet de vos habitudes de jeux ? Une réponse affirmative à l'une ou l'autre de ces questions suggère fortement la nécessité d'approfondir l'évaluation. Ce questionnaire est très bref, il est donc facile à insérer dans un contexte où des professionnels ne disposent que de très peu de temps. De plus, ce questionnaire présente une bonne validité et une bonne sensibilité. En outre, le Lie/Bet Screen suscite peu de résistance et permet une ouverture de la part du client.

En ce qui concerne la détection, le South Oaks Gambling Screen (SOGS) est un instrument de 20 items utilisé pour détecter les joueurs compulsifs qui permettrait également une évaluation sommaire. Il est disponible gratuitement, en français et en anglais. La version originale anglophone présente une excellente

sensibilité et spécificité, de même qu'une fidélité et une validité satisfaisantes. Toutefois, la version francophone n'a pas été validée. Il peut être administré en version papier ou sous forme de questions posées par l'intervenant. Le temps de passation est d'environ 15 minutes, ce qui peut constituer un désavantage pour certains professionnels de la santé. Ainsi, des auteurs ont dérivé une version abrégée de six items du SOGS qui permettrait de cerner efficacement les individus présentant un problème de jeu et les individus à risque. Ces items permettraient d'obtenir cinq niveaux de discrimination dans l'interprétation des scores : un score de 1 révèle la possibilité de problèmes; un score de 2 révèle un jeu problématique probable; un score de 3 ou 4 signifie un niveau significatif de problèmes notables pour autrui; et un score de 5 ou 6 représente des problèmes graves associés à des considérations financières significatives. Les auteurs suggèrent que ces six items permettent de discriminer adéquatement entre les niveaux de gravité du jeu et qu'ils représentent une amélioration par rapport au seuil arbitraire qui distingue généralement les joueurs pathologiques. Par contre, la version actuelle de cet instrument ne permet pas de classer précisément les individus sous le seuil de niveau pathologique qui présentent un risque.

Enfin, le Massachusetts Adolescent Gambling Screen (MAGS) est un instrument de détection valide et efficace qui permet d'identifier les individus à risque de développer un problème de jeu pathologique, ainsi que les individus étant aux prises avec un problème de jeu pathologique au sein de la population adolescente. Le MAGS est un outil bref dont le temps de passation se situe entre 5 et 10 minutes.

**Interventions** À ce jour, le savoir est limité concernant les interventions efficaces et efficientes relativement au jeu pathologique. Ce problème est dû notamment au nombre insuffisant de joueurs pathologiques qui acceptent de recevoir une intervention. Toutefois, les résultats de certaines recherches indiquent que les interventions motivationnelles, ainsi que la remise d'une brochure d'information, pourraient être efficaces dans le traitement du jeu pathologique. Suite à ces interventions, une diminution significative du temps accordé au jeu et des sommes dépensées est observée.

Il ne semble pas exister d'intervention brève spécifiquement élaborée pour le jeu. On peut penser qu'en dépit des instruments utilisés, qui seront évidemment

spécifiques au problème de jeu, l'intervention brève peut être effectuée en suivant les mêmes principes que l'IB pour les problèmes liés aux substances.

## Aspects culturels

### Alcool

La société québécoise actuelle est composée de multiples groupes ethniques. Depuis 2004, le Québec accueille plus de 40 000 immigrants par année. La prévalence de la consommation d'alcool problématique chez les immigrants se situe entre 8 et 9 % et il est à noter que ces derniers ont moins tendance à aller chercher de l'aide spécifique concernant leur consommation abusive. Ainsi, les minorités ethniques seraient plus susceptibles de recevoir de l'aide relativement à leur consommation quand ils se présentent dans les différents établissements de soins de santé avec des problèmes médicaux reliés à leur consommation d'alcool. De plus, il est aussi important de prendre en considération que le type de consommation, les normes, les habitudes de consommation, les conséquences ainsi que la prévalence et l'incidence de la consommation problématique d'alcool varient nettement d'une minorité culturelle à une autre. Ainsi, les différences marquées qui existent entre les groupes culturels limitent la possibilité d'adapter les critères diagnostiques descriptifs des troubles liés aux SPA, ce qui rend parfois très difficile la détection d'une consommation nocive pour plusieurs minorités ethniques. Ce problème est dû notamment aux différences qui proviennent entre autres d'une absence de correspondance dans le vocabulaire qui définit et décrit les comportements liés à l'alcool et aux critères culturels utilisés qui ne sont souvent pas applicables d'une culture à une autre. Qui plus est, des différences considérables liées à l'accès à certaines substances, ou encore la variation du degré de tolérance à l'alcool, ont un impact considérable sur les manifestations de la dépendance ou de l'abus d'alcool.

**Outils** Les instruments de détection d'une consommation abusive d'alcool ont majoritairement été validés auprès d'une population d'hommes blancs d'origine caucasienne. Le savoir est donc actuellement très limité concernant l'efficacité de ces instruments auprès des autres populations et des groupes minoritaires. Par ailleurs, les propriétés psychométriques du CAGE ne semblent pas différer à travers les différents groupes ethniques. En outre, L'AUDIT qui a été traduit en plusieurs langues s'est avéré efficace auprès des minorités ethniques. Ainsi, le CAGE et

l'AUDIT sont les deux options les plus flexibles, puisque les autres instruments (p. ex. TWEAK) ont été adaptés à un groupe minoritaire en particulier, mais pas validés auprès de tous.

## Jeu

Le taux de prévalence du jeu pathologique chez les immigrants et les minorités ethniques reste encore aujourd'hui très difficile à évaluer. Il existe plusieurs problèmes liés à l'évaluation et au traitement du jeu pathologique au sein de la population immigrante. D'abord, les données concernant les problèmes de jeu pathologique chez les différentes minorités ethniques sont assez rares. Toutefois, malgré le manque d'information, les quelques études réalisées dénotent un haut taux de problème de jeu pathologique chez ces différents groupes. Cependant, certaines failles méthodologiques importantes existent à l'intérieur même de ces études. L'une de ces lacunes est causée par la difficulté de généraliser l'utilisation des instruments servant à l'évaluation du jeu pathologique d'une culture à une autre. Entre autres, les instruments utilisés pour évaluer les troubles de jeu pathologique ont été validés auprès d'une culture dominante. Ainsi les données recueillies au moyen de ces instruments (p.ex. SOGS) sont susceptibles d'engendrer des biais importants auprès de minorités ethniques. Par exemple, les items des différents instruments peuvent être systématiquement mal interprétés et mal codés à cause notamment de problèmes d'ordre linguistique. En outre, il est très difficile de généraliser les conclusions d'une culture à une autre puisque les normes et les habitudes relatives au jeu varient selon les cultures. Pour ce qui est des traitements, ils ont été élaborés auprès de la culture dominante et ne sont ainsi pas adaptés de façon adéquate aux minorités ethniques.

**Interventions** Aux États-Unis, le Social Works Code of Ethics préconise d'acquérir et d'adopter des compétences culturelles dans l'intervention auprès des minorités ethniques. Ces compétences incluent notamment de la part de l'intervenant une ouverture d'esprit et une compréhension de la culture, du langage ainsi que de l'histoire de l'individu. Cette approche requiert aussi la prise en considération des préférences et des habiletés de l'individu ainsi que le respect des normes culturelles. À ce jour, quoique le savoir soit limité concernant un modèle d'IB efficace et efficient à adopter avec les minorités ethniques, les résultats de recherche permettent d'inférer que la thérapie motivationnelle est appropriée pour les minorités

culturelles étant donné que celle-ci s'est montrée efficace dans une grande variété de populations.

## Enjeux pour l'implantation des modèles de RDIB

Nous présentons ici différents éléments qui ont été relevés dans la documentation selon qu'ils entravent ou au contraire facilitent l'implantation de modèles de RDIB.

### Barrières

Malgré que l'efficacité des pratiques précoces d'intervention ait été démontrée lors d'essais cliniques, leur implantation semble difficile. À titre d'exemple, seulement le tiers des fumeurs identifiés en soins primaires se font offrir une IB. Pour l'alcool, le quart des consommateurs à risque sont identifiés et parmi ceux-ci, 72% sont référés à une ressource spécialisée. Plusieurs barrières semblent donc limiter l'implantation des pratiques précoces d'intervention à l'intérieur des divers services de première ligne. Certaines d'entre elles proviennent des professionnels de la santé et d'autres sont d'ordre organisationnel.

#### *Barrières humaines*

Parmi les barrières identifiées chez les intervenants, particulièrement chez les omnipraticiens et les médecins urgentologues, notons le manque de temps pour les pratiques précoces d'intervention, les priorités qui entrent en compétition avec ce type d'intervention, le manque de soutien institutionnel et le manque d'expertise ou de formation. Ainsi, la majorité des études auprès de ces médecins et des étudiants en médecine soulignent que ces derniers estiment ne pas avoir les connaissances nécessaires - par exemple, ils rapportent souvent éprouver des difficultés à identifier ce qu'est une consommation dangereuse ou à risque. Ceci s'applique également à plusieurs intervenants psychosociaux. Or, la formation sur la consommation et les problèmes associés et une plus grande expérience professionnelle sont liées à des pratiques précoces d'intervention plus fréquentes. C'est dire que la formation peut avoir un effet bénéfique sur le sentiment de compétence des intervenants et améliorer leurs pratiques au regard des habitudes de consommation et de jeu.

Par ailleurs, les médecins sont nombreux à se dire inconfortables de poser des questions sur la consommation alors que ce n'est pas le problème de consultation. La perception que les patients ne souhaitent pas discuter de leur consommation et de

leurs habitudes de jeu est en effet élevée chez les médecins en soins primaires. Il semble par ailleurs que le repérage ne se fait pas de façon systématique et que les médecins ont plus tendance à poser des questions aux hommes, aux sans-emploi et aux travailleurs manuels. De même, ils auraient moins tendance à poser les questions sur la consommation aux femmes, aux individus détenant un emploi et aux personnes âgées.

Une barrière quant à la formation des médecins et résidents en médecine est l'adhésion au modèle moral de la toxicomanie; on note aussi une confusion quant au domaine d'inclusion de la toxicomanie (s'agit-il d'un problème psychiatrique ou médical), l'absence de modèles de médecins qui interviennent en toxicomanie, l'ambiguïté quant à la responsabilité du repérage et de l'IB (à qui revient ce rôle) et le manque de matériel d'information. Les programmes visant l'implantation de pratiques précoces d'intervention devront prendre en considération ces barrières et viser à éduquer les intervenants en ce sens.

Parmi les barrières importantes on retrouve également les attitudes des intervenants. Les enquêtes sur les attitudes et les croyances des intervenants indiquent que leur perception des individus présentant des addictions est négative. Ces patients sont perçus comme étant difficiles, agressifs, manipulateurs, peu motivés et résistants au changement. Ces attitudes sont souvent utilisées comme raisons pour ne pas intervenir. En outre, plusieurs intervenants disent se sentir mal à l'aise d'adopter une position non autoritaire que requiert la pratique de l'IB. L'une des barrières communes à tout type de repérage est l'oubli. Cette barrière peut être contournée efficacement par des rappels systématiques générés par ordinateur ou inclus dans le dossier médical.

### *Barrières organisationnelles*

Il semble que l'arrimage entre la première et la deuxième ligne au niveau de la référence de cas puisse constituer un obstacle à l'implantation. Il apparaît difficile pour les intervenants de déterminer quand ils doivent référer, de quelle façon ils doivent s'y prendre et quel est le rôle de chacun aux différents paliers.

Au plan organisationnel, il y a également une confusion sur le rôle des médecins dans les pratiques précoces d'intervention et la perception que la responsabilité de ce type de pratiques ne leur revient pas. Plusieurs sont d'avis que

les infirmières et les intervenants psychosociaux sont mieux formés en prévention et que les ressources seraient optimisées s'ils étaient en charge des pratiques précoces d'intervention. Les études à ce sujet indiquent que les modèles de RDIB offerts par les infirmières et les intervenants psychosociaux sont au moins aussi efficaces, sinon plus, que lorsque ce sont des omnipraticiens qui doivent les offrir. Au plan de la rentabilité, cette alternative est intéressante. Par contre, si les intervenant psychosociaux et paramédicaux sont de bons choix pour les pratiques précoces d'intervention, il semble que lorsque l'on transfère ces pratiques vers le personnel administratif (secrétaire), les coûts liés à l'implantation diminuent, mais l'efficacité en est elle aussi affectée, et ce, à la baisse. En outre, dans certains milieux comme les bureaux privés de médecins familiaux, les intervenants psychosociaux et paramédicaux ne sont pas nécessairement présents.

Plusieurs études d'implantation indiquent que s'il y a instabilité au niveau de l'organisation, de l'institution – budgétaire, roulement du personnel formé ou des gestionnaires, etc. – l'implantation est fortement compromise. Aussi, si l'implantation requiert une formation extensive, le modèle ne sera pas viable. Les remplaçants ne pourront prendre la relève. Le modèle doit être simple et exiger une formation facilement accessible et peu coûteuse en temps et en argent. Plus le modèle utilisé sera exigeant pour le personnel, moins ceux-ci seront formés et le modèle ne pourra être mis en pratique. En ce sens, il serait préférable d'opter pour un modèle bref et simple.

## **Facilitateurs**

Les études d'implantation sont unanimes ; les pratiques précoces d'intervention, même si elles sont efficaces, dépendent de l'organisation dans laquelle elles sont implantées. À titre d'exemple, dans le domaine de la violence conjugale, la consommation est perçue comme une excuse au comportement violent, permettant à l'agresseur et à la victime de déresponsabiliser l'agresseur. Dans cette perspective, aucune intervention ne peut être faite au regard de la consommation et de fait, les milieux pratiques ont été très réticents à intervenir en ce sens. Il y a donc très peu d'études sur le repérage et encore moins sur l'IB dans ces milieux. Ce sont des barrières importantes et le travail d'implantation devra miser sur le changement des attitudes et des connaissances avant d'aborder la mise en pratique.

L'implantation est facilitée par des stratégies à composantes multiples. C'est dire qu'il faut attaquer le problème sous plusieurs angles, par l'enseignement à l'université et la formation continue, par un soutien institutionnel, des incitatifs financiers, etc. Il semble également que l'implantation fonctionne mieux lorsque l'on restructure l'organisation à sa base, c'est-à-dire, directement dans la pratique des intervenants, par exemple en adaptant les dossiers médicaux ou les canevas de rapports d'évaluation, en ajoutant une feuille mémoire sur la première page du dossier, etc. Parmi les facilitateurs, certains relèvent des professionnels et d'autres sont des facteurs organisationnels.

### *Facilitateurs humains*

Les études démontrent que les étudiants, les omnipraticiens et les urgentologues perçoivent qu'il est faisable d'implanter des pratiques précoces d'intervention. D'ailleurs, les formations reçues par les médecins amènent une hausse de ces pratiques. En effet, ces formations ont un effet positif sur le sentiment d'auto efficacité des praticiens et ceux-ci perçoivent moins d'obstacles aux pratiques précoces d'intervention après leur formation. Cette observation s'applique d'autant plus aux intervenants psychosociaux et aux infirmières qui se sentent mieux équipés que les médecins pour intervenir auprès des individus présentant des problèmes de consommation.

Les praticiens apprennent et établissent des pratiques d'intervention pendant leur formation universitaire qui semblent peu se modifier plus tard. Il est donc souhaitable que l'implantation se fasse pendant la formation initiale et soit maintenue par des audits, de la rétroaction et des rappels spécifiques de repérage des patients lors de la formation continue ou sous forme de supervision.

Plusieurs types de formation ont été testés : télémarketing, formation didactique, information reçue par la poste, format interactionnel axé sur la pratique, supervision. Ces modalités sont toutes efficaces puisqu'elles influencent les connaissances, mais elles ne se traduisent pas toutes en un changement des attitudes et des comportements. Les rares études sur la formation des praticiens, son influence sur l'implantation et l'efficacité des pratiques d'intervention rapportent que la formation est plus efficace quand :

- Elle comprend des mises en pratique et de la rétroaction plutôt qu'un enseignement statique et traditionnel qui ne s'attaque qu'aux connaissances et pas aux attitudes et comportements;
- Il y a des intervenants seniors bien formés en matière de consommation et de jeu qui peuvent servir de facilitateurs dans le milieu et de modèles dans la pratique;
- Le programme de formation est spécifique à l'alcool, aux drogues et au jeu plutôt qu'un programme de formation général sur les pratiques précoces d'intervention.

### *Facilitateurs organisationnels*

Le développement des technologies actuelles a mené certains chercheurs à évaluer l'efficacité de pratiques précoces d'intervention virtuelles. En effet, l'administration d'interventions par le biais de matériel audio-visuel ou de programmes informatiques installés sur des ordinateurs en salle d'attente, allège les tâches des intervenants de première ligne. Ce médium est intéressant puisqu'il accroît l'accessibilité aux interventions précoces et exige peu de formation pour les intervenants. De plus, certains biais sont éliminés, tels que les oublis. Les études indiquent que les questions et les interventions peuvent être systématiquement et mieux ajustées aux réponses des patients que lors des entretiens avec les intervenants. Par contre, les usagers doivent être aptes à utiliser ces technologies, ce qui pose un défi pour certains groupes, comme les personnes âgées ou peu éduquées. C'est aussi un attrait pour d'autres, tels les adolescents. Cette avenue est prometteuse et bien que les études indiquent que les usagers préfèrent le contact direct, l'efficacité ne semble pas compromise.

Les études sur les IB effectuées via des sites Internet semblent indiquer que ce mode de transmission est lui aussi prometteur. Peu d'études ont été faites, mais elles soulignent les avantages certains de cette pratique qui permet une plus grande dissémination dans les populations qui sont difficiles à atteindre, soit parce qu'elles ne consultent pas - les jeunes adultes - ou parce qu'il n'y a pas d'expertise dans le milieu. En outre, les études démontrent que les joueurs et consommateurs à risque sont interpellés par ce médium et consultent en grand nombre ces sites.

Certains facteurs permettent de faciliter l'implantation des pratiques précoces d'intervention. Ainsi, plusieurs études d'implantation indiquent que l'institution ou l'organisation doit soutenir ces pratiques à tous les niveaux. Ce soutien passe par la reconnaissance des pratiques précoces d'intervention dans les tâches de chaque type d'intervenants de première ligne que l'on choisit d'impliquer dans le processus d'implantation. Par exemple, plusieurs médecins se disent réticents à effectuer des IB qui prennent plus de leur temps, ce qui n'est pas rémunéré. Aussi, plus il y a d'intervenants dans un établissement qui mettent de l'avant ces pratiques, plus ces derniers sont susceptibles de les adopter. L'approbation des pairs en ce sens semble aussi jouer un rôle sur la mise en pratique. Il est donc préférable de former le plus grand nombre d'intervenants et de valoriser les pratiques précoces d'interventions dans les professions qui les mettent en application.

## **Modèles québécois de repérage, détection et intervention brève (RDIB)**

### **Introduction**

Nous avons voulu, dans ce chapitre, présenter les modèles québécois de RDIB au regard de la consommation de substances. Deux critères nous ont amenés à déterminer quels modèles seraient présentés; nous avons tenu compte de la pertinence du programme par rapport aux objectifs visés par le FQRSC auxquels ce document tente d'apporter des réponses; nous avons aussi sélectionné des modèles dont le développement était suffisamment avancé pour qu'ils puissent être implantés dans les milieux québécois tant en français qu'en anglais.

À notre connaissance, il n'existe actuellement au Québec que deux modèles qui répondent à ces critères : le Programme de détection et d'intervention brève conçu par le Centre de recherche de l'hôpital Douglas / Pavillon Foster et le programme conçu par le RISQ, pour la détection et l'intervention motivationnelle brève.

Nous ferons, dans ce chapitre, un survol de ces deux approches. Nous nous intéresserons à leurs fondements conceptuels et scientifiques de même qu'à leur efficacité en milieu expérimental et leur efficacité sur le terrain.

Il va de soi que nous avons une connaissance exhaustive du premier programme puisque nous en sommes les auteurs. Pour ce qui est du deuxième programme, nous nous sommes basés sur la documentation et le matériel de formation que nous a gracieusement fournis monsieur Gilles Cuillerier, Coordonnateur à la Direction de la mission universitaire (DMU) au Centre Dollard-Cormier- Institut universitaire sur les dépendances. Il se peut, dès lors, que notre description, notre analyse de ce dernier soient moins étayées et s'éloignent quelque peu du point de vue du RISQ, ou qu'elles ne tiennent pas compte de leurs intentions ou des révisions qui ont pu être apportées au programme depuis que ce matériel nous a été fourni (Janvier 2009).

## **Programme de repérage, détection et intervention brève - Centre de recherche de l'hôpital Douglas / Pavillon Foster (RDIB-HDPF)**

### **Contexte général**

Le programme RDIB-HDPF s'inspire des travaux de l'Organisation mondiale de la Santé visant à ce que l'abus d'alcool soit reconnu comme un important problème de santé publique dans lequel les services de santé de première ligne devraient jouer un rôle déterminant. En s'inspirant des travaux de Babor et ses collaborateurs (Babor et al., 1994, Babor et Higgins-Biddle, 2000) menés durant les années 80 et 90, notre équipe a voulu développer un modèle de RDIB fondé sur des données probantes qui serait bien adapté aux réalités du réseau québécois des services de santé de première ligne. Diverses subventions nous ont permis de développer et d'évaluer objectivement notre programme de RDIB. Ces subventions et diverses sources de financement sont énumérées à l'annexe 1, à la fin de ce chapitre, de même qu'une liste de références des rapports de recherche de ces études.

Voici ce que ce corpus de recherche expérimentale et appliquée nous a permis de réaliser: i) évaluer la volonté et la capacité de différents établissements de première ligne à s'engager dans une pratique de RDIB, ii) comprendre ce qui fait obstacle au succès et à la viabilité de tels programmes dans ces établissements, iii) développer du matériel pédagogique et une technologie visant à surmonter ces obstacles, iv) évaluer les résultats de notre approche de RDIB, v) évaluer notre stratégie d'implantation. La section suivante présente un exposé de la situation, une description du modèle RDIB-HDPF, les preuves de son efficacité de même que quelques résultats sur nos projets d'implantation.

### **Énoncé de la problématique**

Dans le cadre de nos travaux préliminaires de recherche-action menés à la fin des années 90, nous avons réalisé que l'intervention en matière d'abus de substances n'était pas considérée, au Québec, comme faisant partie de la mission des CLSC ou d'autres types d'établissements de première ligne (par ex. les refuges pour femmes victimes de violence conjugale, les centres prodiguant des soins prénataux, les centres communautaires, les hôpitaux ou les services d'urgence offrant des services psychiatriques). Plusieurs pratiques cliniques en cours

décourageaient en fait les usagers de révéler leur consommation (par ex. en les excluant de programmes s'ils mentionnaient qu'ils consommaient). C'est donc dire qu'il y avait très peu de repérage de cas ou de détection

Au moment où nous pensions introduire en première ligne des pratiques de détection validées et fondées sur des données probantes, d'autres éléments nous sont apparus importants. Nous avons réalisé qu'il ne faisait pas partie de la culture de ces établissements d'utiliser des protocoles objectifs ou des questionnaires validés en matière de consommation de substances. Ce n'était pas non plus un domaine d'expertise pour la plupart des professionnels œuvrant dans ces milieux (par ex. les travailleurs sociaux, infirmiers, agents de relations humaines). Qui plus est, l'administration, la cotation et l'interprétation de tests étaient perçues comme des tâches peu familières, chronophages, lourdes et comme un ajout indésirable à d'autres procédures d'évaluation issues de la recherche.

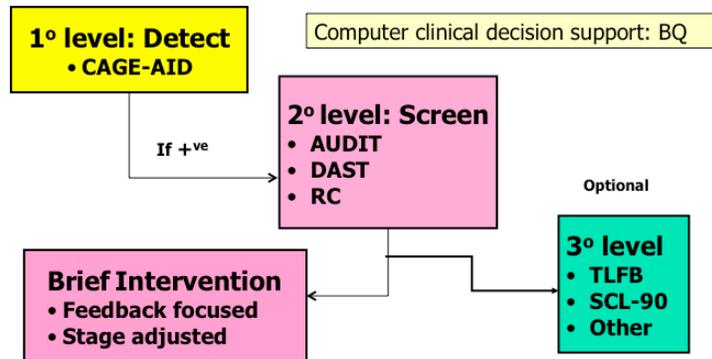
Il nous est donc apparu que dans ces établissements, l'intervention en matière de consommation de substances, même brève, n'était pas nécessairement bienvenue. On ne croyait pas que les problèmes de consommation faisaient partie de la mission de l'institution, de son champ de compétences; les connaissances sur les meilleures pratiques étaient boiteuses; on dénotait beaucoup d'anxiété face au possible ajout de cette problématique à toutes les autres priorités et la plupart des cliniciens préféraient de beaucoup référer les usagers qui auto-révélaient leurs problèmes de consommation aux services spécialisés de deuxième ligne. On observait également un important roulement de personnel dans la plupart des établissements ce qui mettait en péril la viabilité de tout nouveau programme impliquant de former les cliniciens. Finalement, il est devenu évident qu'aucun protocole de RDIB ne pourrait être généralisé et qu'on devait prévoir de l'adapter en fonction du type d'établissement, de ses cliniciens et de la clientèle desservie. Il est à remarquer que ces différents constats et défis ont été observés à travers le monde lorsque des projets de RDIB en première ligne ont été mis de l'avant (Babor et Higgins-Biddle, 2000).

## **Le modèle**

Après discussion avec nos collaborateurs de la première ligne, nous avons conçu un modèle générique décrit à la Figure 1. Sa première caractéristique est de mettre l'accent sur la détection systématique. Cela signifie de soumettre à une

procédure de détection tous les clients qui sont évalués, sauf dans des cas exceptionnels (par ex. une urgence médicale), en vue d'identifier des cas qui autrement passeraient inaperçus – soit parce qu'ils ne se sont pas auto-révéler, soit parce qu'ils ne sont pas suffisamment graves pour que le clinicien les remarque d'emblée – mais qui sont d'autre part suffisamment problématiques pour bénéficier d'un RDIB. Pour que ce soit réalisable, nous avons compris qu'il fallait absolument réduire au minimum le nombre de questions et les intégrer au protocole existant d'évaluation préliminaire. Dès lors, pour les établissements de première ligne desservant la population générale (par ex. les CLSC), nous avons opté pour le CAGE-AID, un questionnaire du domaine public internationalement validé comprenant quatre questions, disponible en plusieurs langues autres que l'anglais, y compris le français. Si une réponse est positive, le clinicien doit en discuter avec son client et, s'il le juge bon, procéder à une évaluation de détection de deuxième niveau à l'aide de l'AUDIT, du DAST et du Questionnaire sur la disposition au changement Alcool et/ou Drogues (Readiness to Change Questionnaire ou RC). Ces questionnaires brefs, comportant entre 10 et 20 questions, prennent peu de temps à remplir. En vue d'en faciliter l'administration, la cotation et l'interprétation, et pour contourner le problème de roulement de personnel, des obstacles fréquents au succès et à la viabilité de l'implantation, nous avons développé *Batterie Quest* (BQ), un programme informatique permettant d'automatiser l'administration, la cotation et la production de bilans individualisés. Les cliniciens ont donc en main un bilan comprenant les résultats des tests, des recommandations sur le plan de traitement et des instructions pour mener une intervention brève adaptée à la gravité des problèmes de leurs clients. L'intervention brève s'inspire d'une forme abrégée de l'Entretien motivationnel (EM - une séance). BQ met aussi à la disposition des cliniciens d'autres outils pour une éventuelle évaluation de troisième niveau (p. ex. Timeline Followback - TLFB - pour la consommation, SCL-90 pour la détresse psychiatrique) si nécessaire. Les lecteurs sont invités à consulter la synthèse de la documentation, chapitre 1 de ce rapport, pour plus d'informations à propos de l'adaptation des programmes de RDIB selon les établissements de première ligne visés.

Figure 1. Schéma du Programme de repérage, détection et intervention brève du Centre de recherche de l'hôpital Douglas / Pavillon Foster (RDIB-HDPF)



## Formation

Le protocole de formation du personnel de première ligne comprenait une séance de trois heures d'introduction au modèle de RDIB, deux journées de cours sur l'abus de substances, la détection et les techniques de base de l'EM et quatre séances de supervision. Pour évaluer l'acquisition des habiletés requises et promouvoir l'auto-efficacité, les cliniciens étaient invités à apporter lors des séances de supervision des enregistrements audio des interventions qu'ils avaient menées auprès de leurs clients. Ce protocole de formation a été piloté dans trois CLSC du CSSS du Suroît en Montérégie, en 2006-2007.

## Démonstration de son efficacité

*Les attitudes des cliniciens sont-elles cohérentes avec la RDIB ? La formation permet-elle de modifier les attitudes incohérentes ?*

Les cliniciens œuvrant en première ligne démontrent souvent des attitudes négatives face à l'abus de substances et aux personnes qui en souffrent, attitudes qui peuvent influencer leur volonté de s'engager activement dans la RDIB. Afin d'évaluer l'impact de notre protocole de formation sur les attitudes des cliniciens face à l'abus de substances, nous leur avons fait passer l'Échelle de compréhension de l'alcoolisme (Moggi et al., 2005) avant et après leur formation. Ce questionnaire permet de classer les cliniciens selon que leurs croyances, attitudes et connaissances sont cohérentes avec le modèle moral, le modèle psychosocial, le modèle maladie ou

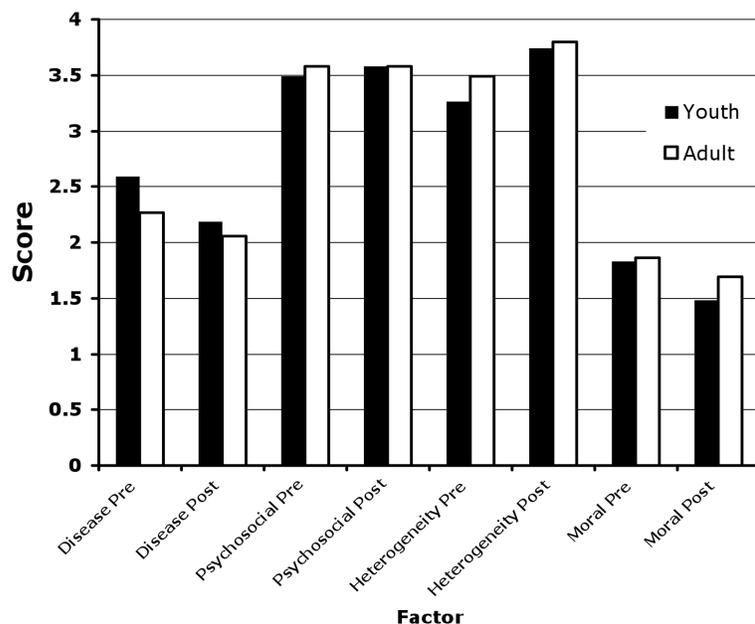
le modèle hétérogène de l'alcoolisme. Des études antérieures ont montré que les cliniciens qui souscrivent au modèle moral ou au modèle maladie pourraient être moins motivés et moins enclins à apprendre la RDIB (Miller et al., 2006a).

La Figure 2 montre les scores moyens des cliniciens de dix sites, illustrés selon qu'ils travaillent auprès d'une clientèle adulte ou jeunesse. De façon générale, on observe que les cliniciens adhèrent principalement au modèle psychosocial ou au modèle hétérogène. Comme nous l'avons mentionné, le modèle moral et le modèle maladie ne sont pas cohérents avec les perspectives et la pratique de RDIB, alors que le modèle psychosocial et le modèle hétérogène le sont. Cela signifie que, dans l'ensemble, les cliniciens de la première ligne devraient être plutôt disposés à adopter le RDIB. Notons aussi que notre formation n'a pas eu pour effet de "convertir" les cliniciens qui adhéraient au modèle maladie ou au modèle moral de l'alcoolisme et des les amener vers d'autres modèles plus cohérents avec le RDIB.

*Sommes-nous parvenus à la détection objective systématique ?*

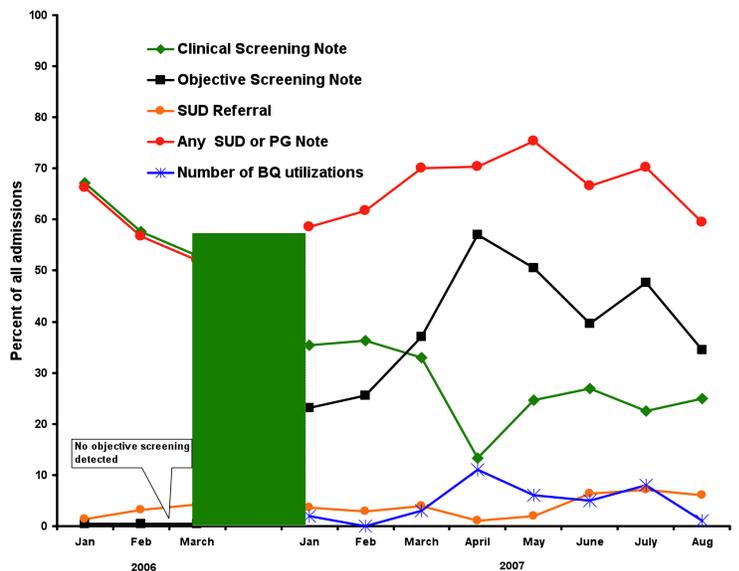
Les cliniciens de première ligne hésitent souvent à s'engager dans la détection systématique. C'est donc la première question à laquelle nous avons voulu répondre pour évaluer l'impact de notre formation. La révision des dossiers de toutes les nouvelles demandes de services aux sites pilotes du CSSS du Suroît nous a permis d'évaluer les pratiques de détection avant et après la formation.

Figure 2. Les scores à l'Échelle de compréhension de l'alcoolisme des cliniciens de première ligne de 10 sites (N = 62), pré et post formation, illustrés selon la clientèle desservie, adulte ou jeunesse.



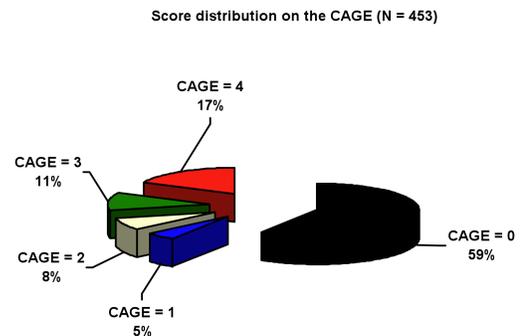
La Figure 3 montre les résultats de la révision des dossiers. Avant la formation, dans la majorité des cas on observe une investigation de la consommation (ligne verte) mais aucune évidence de détection objective et valide n'est présente au dossier. Après la formation, toutefois, la détection objective s'accroît (ligne noire) alors que l'investigation clinique informelle diminue. Le maximum de détection objective a été atteint environ quatre mois après la formation malgré quelques reculs. Après le septième mois de suivi, environ le même pourcentage de nouveaux clients étaient questionnés sur leur consommation de substances qu'avant la formation mais plus de la moitié l'étaient par des méthodes objectives. Nous ne sommes donc pas parvenus, dans l'ensemble, à une plus grande activité de détection mais nous avons réussi à accroître la proportion de détection objective. Il est important de noter que dans 10% des cas, aucune procédure de détection n'a eu lieu parce que le clinicien jugeait cette procédure inappropriée selon les circonstances de la demande de services. Ainsi donc, un taux de détection objective systématique de 70% signifie que 20% des cas qu'on aurait dû soumettre à une procédure de détection ne l'ont pas été. Un suivi auprès des coordonnateurs cliniques a révélé que certains cliniciens avaient refusé d'adhérer à la procédure de détection.

Figure 3. Résultats de la révision des dossiers de toutes les demandes de services aux sites du CSSS du Suroît pour mettre en lumière les pratiques de RDIB : période s'échelonnant de 3 mois avant la formation à 7 mois suivant celle-ci.



La Figure 4 montre les résultats d'une procédure de détection effectuée à l'aide du CAGE-AID. Ce graphique révèle que dans 40% de tous les cas de nouvelles demandes de services, au moins un item du CAGE-AID était positif alors que le seuil clinique nous permettant de soupçonner un problème de consommation de substances est de deux réponses positives. Ces données indiquent donc que dans environ 35% de tous les cas, on pouvait soupçonner la présence d'un problème de consommation et ceci est cohérent avec d'autres résultats de recherche indiquant que dans les établissements de première ligne, on peut s'attendre à trouver chez 15 à 40% des nouveaux cas un problème lié au mésusage de substances, ce pourcentage variant d'un type d'établissement à un autre.

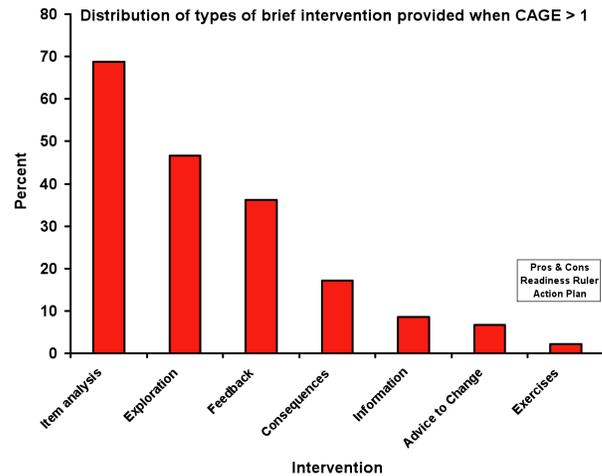
Figure 4. Répartition par pourcentage des scores au CAGE-AID dans 453 nouvelles demandes de services au CSSS du Suroît.



*Avons-nous réussi à ce que les cliniciens utilisent véritablement et de façon appropriée les techniques d'entretien motivationnel dans leurs interventions ?*

Notre sujet d'intérêt suivant était d'évaluer dans quelle mesure la formation avait eu comme effet l'adoption des pratiques spécifiques au RDIB mises de l'avant dans notre modèle. Toujours à partir de la révision des dossiers des nouvelles demandes de services après la formation, nous avons répertorié les interventions cliniques suite à un résultat positif au CAGE-AID, telles qu'elles avaient été notées au dossier. Ces résultats sont présentés à la Figure 5.

Figure 5. Pourcentage de fois où un CAGE-AID positif a mené à une intervention clinique de type RDIB.



Les résultats de cette analyse ont révélé que dans plusieurs cas, des procédures de base ont été entreprises, ce qui incluait de sonder avec le client les réponses positives, d’explorer plus en détails les patrons de consommation et de fournir du feedback sur les résultats des tests. Ce n’est que très rarement que les cliniciens ont utilisé des techniques plus spécifiques à l’EM et plus proches de la formation en intervention brève par exemple discuter des conséquences possibles de la consommation, positives et négatives, fournir de l’information objective sur les risques associés à la consommation et particulièrement mettre en pratique l’un ou l’autre des exercices spécifiques enseignés dans l’approche EM (par ex. Rollnick’s Readiness Ruler). Dans 15% des cas où le CAGE-AID était positif, aucune intervention n’a été menée.

*Dans quelle mesure l’efficacité du programme RDIB-HDPF a-t-elle été démontrée ?*

L’approche en entretien motivationnel bref mise de l’avant par l’HD a été le sujet de trois essais cliniques randomisés. Les résultats ont montré que cette approche donne, en deux à quatre séances, des résultats comparables à deux ou trois semaines de traitement en externe pour abus de substances (Brown et al., 2006). On a aussi démontré qu’une séance de 30 minutes avait permis de diminuer la consommation de conducteurs condamnés pour alcool au volant qui, d’autre part, ne recherchaient pas de traitement; six mois après l’intervention (Chanut et al., 2008) et 12 mois après l’intervention (Brown et al., 2008).

## Conclusion

Ces résultats indiquent que si la détection est menée systématiquement, jusqu'à 40% des clients se présentant en première ligne montreront des conséquences négatives associées au mésusage de substances. Notre programme de formation a été grandement soutenu par l'administration du CSSS du Suroît et a ainsi réussi à atteindre un taux de 70% de détection objective de troubles liés aux substances. Ces pratiques ont atteint un sommet quatre mois après la formation pour revenir, petit à petit, à ce qu'elles étaient auparavant, ce qu'on peut observer sept mois après la formation. En ce qui concerne l'adoption de pratiques d'EM, on n'observe que des changements rudimentaires dans le comportement des cliniciens et encore moins pour ce qui est des pratiques plus spécifiques à l'EM.

Ces effets transitoires de la formation en EM, même lorsqu'elle est suivie par une supervision plutôt intensive, semblent être la norme (Mitcheson et al., 2009) ce qui a eu pour conséquence de promouvoir l'utilisation de méthodes moins coûteuses que l'EM en première ligne (Martino et al., 2009, Carroll et al., 2009, Carroll et al., 2008) pour favoriser la viabilité des méthodes mises en œuvre. En particulier, on suggère de plus en plus d'utiliser des méthodes de RDIB assistées par ordinateur pour contrecarrer la perte d'expertise due au roulement de personnel et pour maintenir l'intégrité des traitements (Carroll et Rounsaville, 2007). À cet égard, on constate que notre système BatterieQuest (BQ) est loin d'avoir été largement adopté. On doit cependant noter que sa diffusion n'a pas été activement proposée étant donné qu'il n'est pas compatible avec les standards gouvernementaux en matière de logiciels, dans sa forme actuelle. Finalement, alors que la plupart des cliniciens oeuvrant en première ligne démontrent des attitudes compatibles avec le RDIB, nos efforts pour convertir ceux qui s'en éloignent n'ont pas été fructueux.

## **Le programme du RISQ pour la détection et l'intervention motivationnelle brève**

Ce programme a été conçu par les docteurs Simoneau, Bergeron et Tremblay. La détection est principalement menée à l'aide de la famille d'instruments créés par ces auteurs, i.e. les DÉBA A/D, DÉBA-Jeu et DEP-ADO. L'approche thérapeutique s'inspire largement de l'EM. L'équipe a déployé beaucoup d'efforts pour faciliter la diffusion de son approche en créant du matériel de formation très complet pour le DÉBA et en offrant une formation de deux jours et demi sur les techniques d'EM. Des capsules audio-visuelles très détaillées facilitent aussi la formation des cliniciens aux techniques de l'EM. La grande qualité de ce matériel est très impressionnante.

### **Le modèle**

Le modèle proposé est simple : utiliser le DÉBA A/D pour détecter et évaluer la gravité des problèmes de consommation, s'en servir pour donner du feedback au client et éventuellement intervenir en s'inspirant de l'EM brève ou référer le client en deuxième ligne. Le terme détection n'est toutefois pas défini ici comme il est l'est dans le modèle HDPF. La procédure est déclenchée, i.e. le DÉBA utilisé, lorsque le client émet des inquiétudes quant à sa consommation ou encore lorsque des indices de problèmes de consommation sont suffisamment présents. Certains désigneraient plutôt ce protocole comme une « évaluation », compte tenu aussi de la longueur du DÉBA. Un protocole de détection, parce qu'il doit être systématiquement appliqué, se doit habituellement d'être extrêmement efficient et court. Il est très difficile d'évaluer, avec le matériel fourni, combien de temps pourrait durer l'intervention de type EM une fois commencée.

### **Démonstration de son efficacité**

À notre connaissance, la famille d'instruments DÉBA a été soumise à plusieurs niveaux de validation auprès de divers échantillons cliniques. Nous ne connaissons pas sa validité en première ligne puisque nous n'avons pu trouver d'information sur ce sujet à partir de PubMed, Medline ou d'autres bases de données habituelles. L'approche motivationnelle mise de l'avant dans ce programme s'apparente, dans son contenu, à l'EM qui a été le sujet de plus d'une centaine d'essais cliniques

randomisés. Les adaptations faites par cette équipe restent toutefois à être démontrées sur le terrain. À ce jour, et à notre connaissance, aucune étude ne confirme l'impact de cette approche.

Finalement, nous avons été impressionnés par la qualité du matériel pédagogique développé par cette équipe pour faciliter la diffusion de son approche. Néanmoins, l'implantation de cette formation sur le terrain attend une validation.

## **Conclusion**

Le programme du RISQ repose essentiellement sur les instruments DÉBA pour le dépistage et sur une intervention qui s'apparente beaucoup au format de l'EM. Le volet de la formation portant sur l'intervention comme telle est didactique ce qui n'est pas conforme aux idées actuelles qui soulignent la nécessité de supervision intensive pour atteindre et maintenir l'intégrité de l'EM ou son efficacité (Miller et al., 2006b, Moyers et al., 2005, Miller et al., 2005, Carroll et Rounsaville, 2007).

## Annexe 1

### Subventions obtenues:

- a. Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) ("Brief Intervention for Substance Abusers: From a Naturalistic to an Experimental Research Investigation") en 1998
- b. Lawson Foundation ("Pilot Program of Early Detection and Brief Intervention of Substance Abusers in Primary Care Settings") en 1999
- c. CQRS en 2001 ("Transfer of Valid Assessment and Brief Intervention Technology for Substance Abuse into Conjugal Violence Settings")
- d. Fond québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) ("Computer-assisted decision support technology in substance abuse treatment knowledge transfer to frontline settings") en 2003
- e. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie ("Dissemination of computer-assisted decision support technology for substance abuse screening and brief intervention in Monteregie CLSCs") en 2003
- f. Valorisation recherche Québec ("Computer-assisted clinical decision support technology for the frontline health and psychiatric services")
- g. Canadian Psychiatric Research Foundation ("Motivational interviewing in DUI offenders: A Pilot Study")
- h. Alcohol Beverage Medical Research Foundation (US) ("The impact of brief motivational interviewing in DUI offenders who fail to comply with sanctions").

### Bibliographie sommaire

1. Dongier, M. & Brown, T.G. (2003). Nursing Research and Alcohol Problems: Learning from Recent History? Canadian Journal of Nursing Research, 35(1), 13-22.
2. Brown, T.G. & Dongier, M. (2005). Availability and use of evidence-based treatment. In: G. Roberts, G. Graves & J. Weekes (Eds.) Substance Abuse in

- Canada 2004: Challenges and Choices. Ottawa: Canadian Center of Substance Abuse.
3. Chanut, F., Brown, T.G. & Dongier, M. (2005). Motivational interviewing and clinical psychiatry. Canadian Journal of Psychiatry, 50, 548-555.
  4. Brown, T.G., Dongier, M., Legault, L., Latimer, E., Seraganian, P., Kokin, M. & Ross, D. (2006). Group-delivered brief intervention versus standard care for alcohol/other drug abuse: A preliminary study. Alcoholism Treatment Quarterly, 24(4), 23-40.
  5. Chanut, F., Dongier, M., Tremblay, J., Ouimet, M.C. & Brown, T.G. (2008). Étude pilote de l'entretien motivationnel chez des personnes condamnées pour conduite avec facultés affaiblies. Drogues, Santé et Société, 6(2), 83-115.
  6. Brown, T.G., Dongier, M., Ouimet, M.C., Tremblay, J., Chanut, F., Legault, L., Ng Yin Kin, N.M.K. (In revision). Brief Motivational Interviewing for refractory DWI offenders not participating in mandated DWI intervention: a randomized controlled trial. Alcoholism: Experimental & Clinical Research.

#### Présentations

1. Brown, T.G., Dongier, M. & Bruce, K. (1998, September). Minimal intervention in the treatment of substance abuse. Paper presented at the 1998 Annual Meeting of the Canadian Psychiatric Association, Halifax, Nova Scotia, Canada.
2. Brown, T.G., Dongier, M., Latimer, E., Kokin, M. & Ross, D. (2002, September). Brief group-based interventions for multiple substance abuse. Paper presented at the World Forum on Dependencies-2002, Montreal, Canada.
3. Brown, T.G., Dongier, M., Latimer, E., Kokin, M. & Ross, D. (2002, September). Brief Intervention for Substance Abusers: Effectiveness and Efficacy. Poster presented Addictions 2002, Eindhoven, Netherlands.
4. Brown, T.G., Dongier, M., Legault, L., Bergeron, P. & Baril, R. (2003, September). Computer decision support technology for substance abuse screening and brief intervention in Canadian frontline settings. Paper presented to the 10<sup>th</sup> International Conference on Treatment of Addictive Behaviors, Heidelberg, Germany.

5. Ouimet, M.C., Brown, T.G., Bédard, J.-P., & Bergeron, J. (2004, September). Impact of mailed feedback on speeding behaviours of convicted male drivers: a brief intervention. Poster presented at the 3<sup>rd</sup> International Conference on Traffic and Transport Psychology, Nottingham, UK.
6. Chanut, F., Brown, T.G., & Dongier, M. (2004, October). A simple tool for the evaluation of the quality of motivational interviewing. Paper presented at the Canadian Psychiatric Association Annual Meeting, Montreal, Canada.
7. Chanut, F., Dongier, M., & Brown, T.G. (2004, October). Loss of driving licence for DWI: A randomized controlled study of brief interventions in volunteers. Paper presented at the Canadian Psychiatric Association Annual Meeting, Montreal, Canada.
8. Dongier, M. & Brown, T.G. (2005, April). Motivational Interviewing: Instruments and results. Paper presented at Congrès national en toxicomanie Rondpoint 2005, Montreal, Canada.
9. Chanut, F., Brown, T.G. & Dongier, M. (2005, October). A pilot study of MI for DWI offenders. Paper presented at the MINT Forum Annual Meeting, Amsterdam, Netherlands.
10. Brown, T.G., Tremblay, J. & Pedersen, D. (2006, March). Results from the AUDIT screening program in the Andean Highlands, Peru. Presentation to the Department of Psychiatry, Caetano University, Lima Peru.
11. Brown, T.G., Dongier, M., Chanut, F., Tremblay, J., Ouimet, M.C., Nadeau, L., Ng, F. (2007, August). Ultra Brief Motivational Interviewing for DUI Recidivists who delay engagement in remedial measures. Paper presented at the International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Seattle, Washington.
12. Brown, T.G., Dongier, M., Ouimet, M.C., Tremblay, J., Chanut, F., Mien Kwong, N.M.K. (June, 2008). RCT of ultra brief Motivational Interviewing for DUI recidivists not engaged in remedial measures: 12 month outcomes. Paper presented at the First International Conference on Motivational Interviewing (ICMI), Interlaken, Switzerland.
13. Brown, T.G., Topp, J. et Kokin, M. (November, 2008). Training of frontline community health workers in substance abuse screening and brief intervention: Dispatches from the field in Quebec. Paper presented at the International Council on Alcoholism and Addiction (ICAA), Limassol, Cyprus.

## Bibliographie

- BABOR, T. F., GRANT, M., ACUDA, W., BURNS, F. H., CAMPILLO, C., DEL BOCA, F. K., HODGSON, R., IVANETS, N. N., LUKOMSKYA, M., MACHONA, M. & ET AL. (1994) A randomized clinical trial of brief interventions in primary care: summary of a WHO project. *Addiction*, 89, 657-60; discussion 660-78.
- BABOR, T. F. & HIGGINS-BIDDLE, J. C. (2000) Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 95, 677-86.
- BROWN, T., DONGIER, M., CHANUT, F., OUIMET, M. C., TREMBLAY, J., NADEAU, L. & NG YING KIN, N. M. (2008) Ultra brief Motivational Interviewing for DUI recidivists not engaged in remedial measures: a 12-month follow-up. *4th International Conference on Traffic and Transport Psychology (ICTTP)*. Washington, DC.
- BROWN, T. G., DONGIER, M., LEGAULT, L., LATIIMER, E., SERAGANIAN, P., KOKIN, M. & ROSS, D. (2006) Group-delivered brief intervention versus standard care for alcohol/other drug abuse: A preliminary study. *Alcohol Treatment Quarterly*, 24, 23-40.
- CARROLL, K. M., BALL, S. A., MARTINO, S., NICH, C., BABUSCIO, T. A., NURO, K. F., GORDON, M. A., PORTNOY, G. A. & ROUNSAVILLE, B. J. (2008) Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: a randomized trial of CBT4CBT. *Am J Psychiatry*, 165, 881-8.
- CARROLL, K. M., BALL, S. A., MARTINO, S., NICH, C., BABUSCIO, T. A. & ROUNSAVILLE, B. J. (2009) Enduring effects of a computer-assisted training program for cognitive behavioral therapy: a 6-month follow-up of CBT4CBT. *Drug Alcohol Depend*, 100, 178-81.
- CARROLL, K. M. & ROUNSAVILLE, B. J. (2007) A vision of the next generation of behavioral therapies research in the addictions. *Addiction*, 102, 850-62; discussion 863-9.
- CHANUT, F., DONGIER, M., TREMBLAY, J., OUIMET, M. C. & BROWN, T. G. (2008) Étude pilote de l'entretien motivationnel chez des personnes condamnées pour conduite avec facultés affaiblies. *Drogues, Santé et Société*, 6, 83-115.

- MARTINO, S., BALL, S., NICH, C., FRANKFORTER, T. L. & CARROLL, K. M. (2009) Correspondence of motivational enhancement treatment integrity ratings among therapists, supervisors, and observers. *Psychother Res*, 19, 181-93.
- MILLER, W. R., BACA, C., COMPTON, W. M., ERNST, D., MANUEL, J. K., PRINGLE, B., SCHERMER, C. R., WEISS, R. D., WILLENBRING, M. L. & ZWEBEN, A. (2006a) Addressing substance abuse in health care settings. *Alcohol Clin Exp Res*, 30, 292-302.
- MILLER, W. R., MOYERS, T. B., ARCINIEGA, L., ERNST, D. & FORCEHIMES, A. (2005) Training, supervision and quality monitoring of the COMBINE Study behavioral interventions. *J Stud Alcohol Suppl*, 188-95; discussion 168-9.
- MILLER, W. R., SORENSEN, J. L., SELZER, J. A. & BRIGHAM, G. S. (2006b) Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: a review with suggestions. *J Subst Abuse Treat*, 31, 25-39.
- MITCHESON, L., BHAVSAR, K. & MCCAMBRIDGE, J. (2009) Randomized trial of training and supervision in motivational interviewing with adolescent drug treatment practitioners. *J Subst Abuse Treat*, 37, 73-8.
- MOGGI, F., GIOVANOLI, A., SUTTER, M. & HUMPHREYS, K. (2005) Validity and reliability of the German version of the short understanding of substance abuse scale. *Eur Addict Res*, 11, 172-9.
- MOYERS, T. B., MARTIN, T., MANUEL, J. K., HENDRICKSON, S. M. & MILLER, W. R. (2005) Assessing competence in the use of motivational interviewing. *J Subst Abuse Treat*, 28, 19-26.

## Résultats du sondage

### Introduction

Des intervenants et des gestionnaires d'établissements de première ligne (CSSS – CH ou CLSC) ou d'autres établissements assurant des services de première ligne (Centre jeunesse) travaillant activement dans le réseau et issus de diverses régions ont été interrogés. Ceux-ci nous ont fait part de leurs compétences et opinions quant aux pratiques précoces d'intervention en vigueur dans leur milieu auprès des individus non-dépendants aux substances psychoactives. Ils ont également identifié les contraintes, doutes, besoins, forces et faiblesses qu'ils perçoivent face aux pratiques de repérage – détection – intervention brève (RDIB) dans leurs établissements. Des analyses qualitatives ont permis d'identifier les principaux thèmes émergents de leur discours. Ce document présente les principales constatations qui en découlent.

### Méthodologie

#### *Recrutement*

La première étape du recrutement a été de déterminer quelles régions seraient couvertes par notre sondage. Un membre de notre équipe, John Topp (JT), a d'abord consulté l'ACRDQ pour en arriver à choisir six régions qui représentaient une diversité de milieux québécois: urbain, semi-rural, rural, éloigné des grands centres urbains. Nous avons pensé que les centres de réadaptation en dépendances étaient sans doute la meilleure porte d'entrée pour amorcer le recrutement des répondants puisqu'ils collaborent activement à la mise en place de l'offre de services en dépendances. JT a donc envoyé aux directeurs généraux de centres de réadaptation de ces régions une lettre leur demandant d'identifier dans leur région des gestionnaires et intervenants de première ligne.

<b>Régions</b>		<b>CR- porte d'entrée</b>
3	Capitale-Nationale	Centre Ubald-Villeneuve
4	Mauricie	Centre Domrémy Mauricie / Centre du Québec
5	Estrie	Centre Jean-Patrice Chiasson
7	Outaouais	Centre Jellinek
8	Abitibi-Témiscamingue	Centre Normand
16	Montérégie	Centre Le Virage

Toutes les régions sollicitées ont accepté de collaborer à la réalisation du sondage. C'est ainsi que nous avons obtenu des CR parfois un seul nom, parfois plusieurs noms de répondants éventuels. À partir de ce ou de ces noms, nous avons utilisé la méthode boule de neige pour recruter d'autres répondants. Il faut noter que la quasi-totalité des CSSS ainsi sollicités ont accepté d'inviter leurs intervenants ou gestionnaires à répondre à notre sondage. Cependant, dans quelques cas, des politiques internes ont fait en sorte que notre projet ne pouvait aller de l'avant sans avoir à repasser par un Comité d'éthique de la recherche du CSSS et ce, bien que nous ayons déjà les approbations du Comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche de l'hôpital Douglas et du Comité d'éthique de la recherche en toxicomanie. À ce stade du projet, l'équipe a plutôt décidé de consacrer ses énergies à la réalisation du sondage plutôt qu'à la préparation d'autres demandes d'approbation éthique.

Nous avons contacté les éventuels répondants soit par téléphone, si nous avions cette information, soit par courriel. Dans tous les cas, nous avons envoyé par courriel aux candidats répondants un ensemble de documents qu'ils étaient invités à lire :

- une lettre d'invitation à participer à notre sondage
- le formulaire de consentement
- la recension de la documentation sur les modèles de RDIB
- la bibliographie thématique
- la liste des questions qui leur seraient posées en entrevue téléphonique

À partir de là, plusieurs scénarios étaient possibles : la personne acceptait ou refusait de participer, elle nous donnait le nom d'autres répondants éventuels ou

transférait notre demande à d'autres collègues de travail qui décidaient – ou non – de contacter directement la coordonnatrice de l'étude. Deux membres de l'équipe ont principalement été impliqués dans ce travail de recrutement : la coordonnatrice du projet et une assistante de recherche (étudiante candidate au doctorat) qui a mené toutes les entrevues téléphoniques. Ce sont ces personnes qui répondaient aux questions des candidats répondants, fixaient les dates de rendez-vous pour le sondage téléphonique et qui procédaient à la collecte de certaines informations sur les répondants, par exemple : leur titre d'emploi, lieu de travail, les diplômes qu'ils détiennent, leurs années d'expérience. Tous les participants nous ont retourné leur formulaire de consentement signé. En guise de compensation pour leur participation, nous leur avons envoyé un certificat cadeau Renaud-Bray de 30\$.

### *Participants*

La méthode de recrutement utilisée fait en sorte qu'il est impossible de connaître exactement le nombre de personnes sollicitées puisque certaines d'entre elles ont été approchées par des collègues et qu'il leur revenait de communiquer ou non avec l'équipe de recherche. Cependant, parmi toutes les personnes dont nous avons obtenu les noms, une quinzaine n'ont pas participé à la recherche, pour diverses raisons : refus par manque d'intérêt, par manque de disponibilité, annulation de rendez-vous déjà pris pour le sondage qui n'ont pu être reportés à cause de nos échéances, vacances, congés divers. Dans environ le tiers de ces cas, il s'agissait de gestionnaires, dans les deux tiers, d'intervenants.

C'est donc un total de 24 personnes qui ont pris part au sondage : 19 intervenants et cinq gestionnaires oeuvrant dans différents établissements de première ligne. Environ la moitié de nos répondants travaillent en CSSS – mission CLSC; les autres en CSSS, en CSSS – mission CH ou en Centre jeunesse. En ce qui concerne les titres d'emploi des 19 intervenants interviewés, ils sont principalement travailleurs sociaux ou agents de relations humaines, mais on retrouve également des infirmiers, psychologues, intervenants pivots. La moitié des intervenants ont comme diplôme un baccalauréat en travail social ou une maîtrise dans cette discipline, mais on retrouve également des baccalauréats en soins infirmiers, psycho-éducation, psychologie, des DEC en soins infirmiers ou en travail social. Les gestionnaires interviewés ont tous un diplôme de deuxième cycle. Parmi nos répondants, on retrouve six hommes et 18 femmes.

### *Instrument de mesure*

Une grille de questions sous forme d'entrevue semi-structurée a été construite par le chercheur principal (TB) et la co-chercheure (MSJ) de l'étude. Quelques rencontres d'équipe ont permis de raffiner l'instrument sous différents aspects, par exemple la longueur de l'entrevue, le vocabulaire utilisé ou le format (fermé / ouvert) des questions. Puis l'assistante de recherche a procédé à une entrevue pilote qui a été réécoutée par la co-chercheure (MSJ) afin de tester la grille de questions et la technique d'entrevue.

### *Déroulement*

Sur les 24 participants, certains ont lu la recension des écrits en entier, d'autres ont seulement feuilleté les sections qui les intéressaient et quelques-uns ont admis ne pas l'avoir lue.

Un entretien téléphonique a été effectué sous forme d'entrevue semi-structurée menée par une assistante de recherche préalablement formée par la co-chercheure (MSJ) (voir la grille de questions en annexe). La durée des entrevues a été de 45 à 80 minutes. Toutes les entrevues ont été enregistrées avec le consentement des participants à l'aide d'un appareil qui permettait de sauvegarder les fichiers sonores directement sur l'ordinateur désigné.

En plus de l'enregistrement, l'assistante de recherche devait prendre des notes au cours de la conversation téléphonique afin d'être en mesure de reconstituer l'entrevue si l'enregistrement faisait défaut.

### *Analyse*

Deux professionnelles de recherche, dont l'intervieweuse, ont ré-écouté la totalité des entrevues, les ont résumées, ont procédé à des analyses verticales de contenu (intra-participants) et entamé les premières analyses thématiques. Une contre vérifications et une réécoute ont également été faites par la co-chercheure de l'étude (MSJ). Des analyses horizontales ont permis la comparaison des participants entre eux, faisant ressortir les thèmes communs et saillants ainsi que les particularités des milieux et des participants. Ces analyses ont été faites par la co-chercheure à partir du matériel déjà analysé et contre-vérifié. Il y a eu atteinte de la saturation de l'information suite à l'analyse de 16 entrevues. Le reste des entretiens

(8) ont été revus par deux membres de l'équipe afin de s'assurer qu'aucune nouvelle information n'ait été manquée.

Des rencontres régulières de l'équipe de recherche ont eu lieu afin de revoir le processus de collecte des données, les analyses et les interprétations. Cette procédure de révision par les pairs et collègues est recommandée pour s'assurer de la fiabilité et de la vérifiabilité des observations (Miles & Huberman, 1994; Laperrière, 1997)<sup>3</sup>.

Le projet initial prévoyait le recrutement de 10 gestionnaires et de 30 intervenants. Certaines contraintes relatives à l'échéancier ont fait en sorte que le nombre de participants a été réduit à 5 gestionnaires et 19 intervenants. Toutefois, malgré ce plus petit nombre de répondants, il faut souligner que nous avons atteint la saturation assez rapidement et que l'analyse d'autres entrevues ne nous permettait plus de récolter de nouvelles informations. Ceci est dû au fait que nous avons recruté essentiellement dans les CSSS et particulièrement dans les CLSC. Nos résultats visent donc ce type d'établissement en particulier puisque que nous avons eu peu de participants provenant d'autres établissements de première ligne (Centre jeunesse, urgence médicale, milieu scolaire, etc.).

En outre, la durée des entrevues devait initialement être de 20 à 30 minutes. Par contre, cet estimé s'est avéré irréaliste compte tenu du nombre et de la nature des questions et il a été nécessaire d'augmenter le temps d'entrevue pour s'assurer de ne pas omettre des informations pertinentes.

---

<sup>3</sup> Miles, MB. & Huberman, AM. (1994). [Qualitative Data Analysis](#) (2nd edition). Thousand Oaks, CA: Sage Publication

Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R., Pires, A. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal : Gaëtan Morin, 365-388.

## Compétences en matière de repérage, de détection, d'intervention brève (RDIB) et de référence

### Connaissances

#### *Repérage et détection*

Une majorité d'intervenants rapportent qu'ils n'ont pas suffisamment de connaissances théoriques sur la consommation et ses conséquences. Notamment, certains expriment clairement une difficulté à évaluer la consommation et à en identifier les conséquences néfastes. La majorité d'entre eux connaissent l'outil de détection DÉBA-Alcool et le DÉBA-Drogue, certains utilisent également le DÉBA-Jeu. Par contre, plusieurs d'entre eux déplorent le fait qu'ils ne connaissent pas les outils de repérage existants et qu'ils ne connaissent pas d'autres outils de détection. À cet égard, plusieurs intervenants affirment avoir apprécié le document qu'on leur a fourni pour l'étude parce qu'il leur permettait de mieux connaître les instruments brefs existants. Ils sont nombreux à exprimer un besoin de formation en ce sens.

#### *Intervention*

Certains intervenants rapportent un besoin d'outils d'intervention. En ce sens, ils font souvent référence au programme Alcochoix comme à un outil d'intervention brève possible. Par ailleurs, la plupart d'entre eux soulignent qu'Alcochoix est proposé aux individus qui disent se questionner sur leur consommation ou qui se présentent pour un problème d'alcool mais qui ne se sentent pas prêts à aller dans un service spécialisé. Il semble donc nécessaire de situer le programme Alcochoix et la clientèle qu'il vise par opposition à des pratiques précoces d'intervention beaucoup plus brèves visant notamment les individus qui ne se reconnaissent pas un problème de consommation. La notion d'intervention précoce et brève auprès d'individus à risque qui ne se reconnaissent pas un problème n'est pas développée chez les intervenants. Plusieurs affirment qu'ils se questionnent à savoir ce que nous entendons par intervention précoce ou intervention brève, ils se demandent jusqu'où s'étend la notion d'intervention brève. Il ressort un manque au niveau des connaissances relativement aux notions entourant les pratiques précoces d'intervention. Bien que les questions posées par l'intervieweur aient visé à recadrer l'objectif de repérage et d'intervention auprès des clientèles à risque et non-

dépendantes, les discours des intervenants ont très souvent porté sur la clientèle présentant une consommation problématique autodéclarée.

### *Orientation-Référence*

En matière de « dépendances », il ne fait nul doute que le réflexe de référence en deuxième ligne est bien présent chez les intervenants de première ligne. Une majorité d'entre eux connaissent très bien le centre de réadaptation en dépendances (CRD) de leur milieu. La plupart d'entre eux y réfèrent la majorité des cas qu'ils détectent. Plusieurs soulignent que le partenariat entre le CSSS et le CRD est très bien développé. De fait, les intervenants rapportent un manque de connaissances concernant les pratiques à adopter pour orienter les individus qui ne requièrent pas des services spécialisés. Dans les centres où Alcochoix est implanté, les intervenants mentionnent qu'ils orientent alors certains individus vers ce programme, mais qu'en l'absence de détection systématique, peu d'individus se qualifient pour Alcochoix. En effet, puisque les patients repérés sont, dans la plupart des cas, des gens qui se présentent en déclarant spécifiquement avoir un problème de consommation, il s'agit des cas les plus lourds pour lesquels les services spécialisés sont appropriés.

En ce qui concerne le jeu, la plupart des intervenants rapportent qu'ils rencontrent très peu de patients présentant un tel problème. Par contre, lorsque c'est le cas, il semble que la plupart les réfèrent au CRD.

Les intervenants déplorent le manque de connaissances relativement aux outils brefs de **repérage et de détection**. Ils maîtrisent pour la plupart l'outil de détection DÉBA-Alcool et le DÉBA-Drogue, certains utilisent également le DÉBA-Jeu.

Il semble que la notion même **d'intervention brève** ne soit pas claire pour la majorité des intervenants questionnés. Ainsi, un besoin de connaissances, voire de recadrage est à envisager quant à la nature et aux objectifs de l'intervention brève, de même qu'à la notion de pratiques précoces d'intervention de même que des clientèles auxquelles elle s'adresse. En ce qui concerne la drogue et le jeu, les intervenants ne connaissent pour la plupart pas d'intervention brève.

Les connaissances en termes de **référence et orientation** semblent assez bien développées. Il semble que ce soit à l'inverse le processus de « non référence » dans les cas où l'intervention en première ligne serait suffisante qui pose problème aux intervenants dont le réflexe de référence est bien établi et dont les connaissances sur l'intervention brève sont limitées. En outre, en présence de problèmes de jeu, tous les cas semblent être référés en CRD.

Ces constatations sont conformes à ce qu'on retrouve dans la documentation scientifique alors que les recherches démontrent que plusieurs intervenants considèrent ne pas avoir les connaissances nécessaires pour identifier une consommation dangereuse ou à risque et s'y attarder.

### *Lignes directrices gouvernementales*

Il ressort qu'une minorité d'**intervenants** connaissent les directives gouvernementales en matière de détection et d'intervention précoce en « dépendances ». Plusieurs d'entre eux affirment ne pas être au courant ou en savoir peu, d'autres déclarent simplement avoir peu d'intérêt :

- « *C'est vague, on sait que ça existe mais on attend la suite.* »

- « *On les a un peu, par du matériel qui passe, mais on ne les lit jamais, donc on ne sait pas.* »

En général, ce sont les **gestionnaires** qui semblent avoir pris connaissance des directives. Or, ils admettent qu'ils sont peu équipés pour mettre en place des pratiques précoces d'intervention, puisqu'ils n'ont pas d'indications quant à la façon dont ces directives doivent être implantées :

- « *Je sais quel rôle la première ligne doit prendre, mais ce n'est pas clair comment je dois y arriver.* »
- « *Actuellement, peut-être à cause de l'absence de politiques, tout est mêlé, donc tout le monde croit qu'il fait de la détection et de l'intervention brève mais peut-être qu'ils se trompent sur les concepts et les termes ... les principaux défis c'est de déterminer qui fait quoi et quand, de démêler le rôle de l'accueil et des intervenants, de préciser le rôle du centre.* »

Il ressort une nécessité de rejoindre les intervenants afin qu'ils connaissent les **lignes directrices gouvernementales**, mais surtout qu'elles soient formulées dans un discours qui permette aux gestionnaires et aux intervenants de réfléchir à l'implantation et à la forme des pratiques qui pourront en découler.

## Attitudes

### Ouverture

Les intervenants manifestent une ouverture généralisée quant à l'importance du RDIB en première ligne. Plusieurs intervenants affirment de prime abord être ouverts au repérage systématique :

- « *Actuellement, on échappe beaucoup de monde, personnes à risque ou dépendance plus légère, car on focusse sur les dépendances plus sévères. On attend d'être dans les cas qu'on peut envoyer en services spécialisés.* »

- « *Aborder la consommation, c'est diminuer les chances que la personne revienne pour d'autres problèmes, physiques ou autres.* »
- « *La problématique est présente et même plus présente que l'on soupçonne. On se rend compte après coup que la problématique était présente. La clientèle à risque ne vient pas consulter pour leur consommation* »

Il faut cependant considérer le fait que la majorité des intervenants interrogés sont des intervenants psychosociaux. On peut envisager que l'attitude des infirmiers ou encore des médecins pourraient s'avérer différente comme le suggère le discours de certains gestionnaires qui doivent encadrer différents professionnels :

- « *Les médecins considèrent qu'ils n'ont pas le temps, que cela ne les concerne pas et que ce n'est pas nécessaire ... Au CLSC, dans les écoles ce serait plus facile, mais le plus difficile c'est vraiment dans le domaine de la santé physique.* »

#### *Ambivalence*

Quant au repérage systématique Les intervenants se disent donc dans l'ensemble conscients du besoin de détecter la clientèle à risque qui ne vient pas nécessairement en consultation pour ce motif. Paradoxalement, quant on les questionne sur le repérage systématique, ils sont plusieurs à se dire mal à l'aise avec cette pratique. En effet, bien qu'ils se disent ouverts au repérage systématique, ce qu'ils décrivent va plutôt dans le sens d'un repérage sélectif auprès de certaines clientèles à risque telles que les jeunes ou les individus qui reçoivent des soins en santé mentale. Ils semblent conscients que plusieurs usagers à risque échappent au système, mais ils sont hésitants à poser les questions liées à la consommation à tous les patients. Certains intervenants et même gestionnaires sont d'avis qu'il est inconfortable pour l'intervenant de poser ces questions, tout comme pour l'utilisateur d'y répondre. En ce sens, plusieurs intervenants parlent de leurs craintes d'être perçus comme intrusifs à l'idée de poser des questions sur la consommation à des gens qui consultent pour d'autres raisons :

- « *On a tenté d'implanter un dépistage systématique de la violence conjugale. On l'a laissé tomber parce que c'était inapproprié de questionner les gens qui ne viennent pas pour cela. En dépendances, c'est pas pertinent pour tous et*

*ça deviendrait lourd pour les intervenants. Ce serait pertinent quand il y a des éléments qui ressortent. C'est-à-dire que la personne nous met sur la piste de la consommation. Si elle ne donne aucun détail dans son histoire sur la consommation, alors c'est non. »*

- *« Pour la personne, elle n'est pas venue pour ça, elle va demander pourquoi tu me parles de ça ».*

Quant à l'intervention brève Certains intervenants expriment des réserves quant à l'intervention brève en matière de consommation nocive ou à risque, la voyant comme dépassant leur mandat. Certains précisent qu'ils ne voient aucun problème à faire du dépistage, mais que l'intervention devrait se faire à un autre niveau. Une attitude de banalisation des conséquences néfastes de la consommation de SPA pourrait expliquer que l'intervention brève ne soit pas répandue en première ligne, même à des seuils inquiétants :

- *« On détecte pas assez et on prend pas ça assez au sérieux (...) On prend pas ça suffisamment au sérieux quand on est pas bien formé au niveau du dépistage - on est un peu comme nos clients et on banalise (...).»*

### *Stigmatisation*

Enfin, une attitude stigmatisante face à cette problématique ressort du discours de certains intervenants :

- *« Faudrait penser à former les intervenants, parce que c'est facile pour les consommateurs de nous bernier parce que nous on est pas formés pour le voir qu'ils nous bernent. »*
- *« Tous les intervenants ne sont pas à l'aise avec cette clientèle et on devrait respecter ça. On a tous nos forces et nos limites. Y'a des gens qui détestent travailler avec des consommateurs comme avec les ados, la violence, si on respecte pas son champ, pis on l'impose ça se peut que j'aie envie de sacrer mon camp. »*

Ce type de discours a également été véhiculé par certains gestionnaires :

- *« Mais c'est pas vendant de travailler avec cette clientèle. Quand en cours d'intervention il se rend compte qu'il y a un problème, c'est assez rapide qu'il les réfère. La dépendance est difficile, la clientèle est difficile, peut-être parce*

*que c'est méconnu, associé à des jugements, c'est pas une clientèle qu'on s'arrache. Les intervenants aiment mieux référer que d'intervenir auprès d'eux. Moi-même je n'aime pas travailler avec eux car c'est associé à beaucoup de jugements. Plus on comprend moins on juge. »*

- « *Quand on voit une personne qui a un problème d'alcool et que ça fait six fois qui se fait arrêter au volant de sa voiture, c'est difficile d'avoir de la compassion. »*

Ainsi, bien que le mandat de la première ligne implique d'offrir des services à tous, peu importe leur besoin, il semble que certains intervenants ne se sentent pas à l'aise et soient réticents à travailler avec cette problématique. Devant de telles attitudes, on peut s'attendre à ce que l'implantation d'un programme de RDIB soit en péril. Il serait donc souhaitable de s'assurer que les intervenants aient les outils pour se sentir confortables avec toutes les problématiques et tous les clients touchés.

Enfin, de manière plus marginale, dans le milieu spécifique des centres jeunesse, la présence d'une philosophie de tolérance zéro influence sans doute l'attitude des intervenants face au repérage d'une consommation chez un jeune où toute consommation sera perçue comme un problème.

Interrogés sur la question de consommation à risque, la plupart des intervenants reconnaissent que cette problématique leur échappe et qu'il y a un besoin en ce sens. Ils manifestent une **ouverture** face à cette question, mais ils montrent également une grande **ambivalence** quant à la possibilité d'effectuer une détection systématique ou d'intervenir auprès d'individus qui ne sont pas venus pour ce motif. Pour certains, le manque de connaissances et d'habiletés est en cause, pour d'autres c'est la pertinence même de cette pratique qui est remise en question. Enfin, la **stigmatisation** de cette problématique apparaît comme une attitude répandue alors que plusieurs intervenants et gestionnaires admettent avoir des réticences à travailler auprès des clientèles aux prises avec des problèmes liés à la consommation, et même des clientèles qui sont actuellement seulement à risque.

La réticence des intervenants interrogés à travailler auprès des clientèles aux prises avec des problèmes liés à la consommation concorde avec ce que l'on retrouve dans la documentation scientifique. En effet, les différentes recherches dénotent une vision péjorative des intervenants face aux individus touchés par une problématique

de consommation.

Il semble que malgré les efforts faits pour favoriser l'accès aux soins et limiter ou même enrayer la stigmatisation, beaucoup de travail reste à faire lorsque nous abordons la question de la consommation de substances psychoactives. Les discours de certains intervenants sont préoccupants : ils indiquent clairement qu'en 2009, au Québec, les services de santé et les services sociaux ne sont pas accessibles à tous, du moins si l'on présente une consommation ou des habitudes de jeu problématiques.

## Habilités

### *Manque de formation*

Dans plusieurs régions, les intervenants indiquent que seul un nombre limité d'intervenants ont reçu une formation spécifique (DÉBA et Alcochoix) et qu'en conséquence, les autres intervenants ne sont pas en mesure d'intégrer ou de soutenir l'implantation du programme. Ils affirment ne pas avoir les connaissances ou les habiletés et sont à la recherche de *trucs* pour intervenir auprès des personnes présentant des problèmes de consommation.

Enfin, lorsque questionnés sur l'intervention spécifique auprès des individus à risque, plusieurs intervenants mentionnent spontanément leur manque d'habiletés :

- « *Quelqu'un à risque? Aucun intervenant n'a une formation spécifique, donc on essaie de sensibiliser la personne à être attentif, freiner l'évolution, on essaie du mieux qu'on peut, avec notre gros bon sens... Ceux qui ont eu une formation Alcochoix, je sais pas s'ils l'utilisent, y'en a un je sais qu'il l'utilise pas.* »

### *Besoin d'encadrement continu*

Plusieurs intervenants soulignent l'importance d'effectuer des mises à jour et des rencontres de formation continue afin de développer des habiletés et de les maintenir. Bon nombre ont relevé un manque d'encadrement consécutivement à l'implantation du programme Alcochoix dans leurs centres. Conséquemment, ils indiquent que la mise en application et le développement d'habiletés sont compromis

puisque le transfert de la théorie à la pratique n'est pas assuré. Les intervenants ayant suivi une formation ne se sentent pas suffisamment outillés pour intégrer les connaissances apprises à leur pratique quotidienne.

Dans l'ensemble, les intervenants n'ont pas développé d'habiletés en matière de RDIB puisqu'ils n'ont pas eu de **formation** sur la question. Plusieurs intervenants évitent ou hésitent à intervenir et parlent d'impuissance et de manque de compétences. Lorsqu'ils interviennent, plusieurs d'entre eux utilisent leur intuition faute de compétences spécifiques. De plus, même au sein des intervenants ayant reçu une formation, nombreux sont ceux qui soulignent le besoin de mises à jour, de formation et **d'encadrement continu**.

Le manque de formation des intervenants en ce qui a trait à la consommation est un thème souvent abordé dans la documentation scientifique. Par ailleurs, les recherches effectuées sur ce thème montrent que la formation sur l'usage et le mésusage de substances psychoactives est associée à une augmentation significative des pratiques d'intervention brève.

## Modèles en place et pratiques actuelles des intervenants

### Modèles en place

Concrètement, les pratiques rapportées par la plupart des intervenants s'assimilent au modèle médical. Il semble que dans plusieurs établissements, un virage vers le modèle universitaire ait été introduit, sans qu'il n'ait toutefois été implanté avec succès et le dépistage systématique n'est que très rarement pratiqué dans ces établissements. Les enjeux (barrières et facilitateurs) relatifs à l'implantation qui ont été rapportés seront détaillés subséquemment.

Enfin, un établissement travaille selon un modèle qui s'apparente au modèle efficient (repérage systématique avec un outil très bref, détection avec outils intermédiaires, intervention brève systématique et évaluation, référence si nécessaire) qui semble avoir été implanté avec succès. Toutefois, il est à noter qu'il

s'agissait d'un projet pilote et que cet établissement a bénéficié de ressources particulières pour l'implantation de ce modèle.

## Pratiques actuelles des intervenants

### *Repérage-détection*

En ce qui concerne le **repérage**, une faible minorité des établissements sondés ont inclus systématiquement dans leur questionnaire d'accueil des questions « maison » générales sur la consommation. Dans les autres établissements, le repérage s'effectue lorsque le motif de consultation concerne directement la consommation ou le jeu ou bien lorsque des éléments laissent soupçonner un problème potentiel. Ces éléments ne sont pas systématisés, les intervenants y vont de leurs connaissances personnelles (p. ex. : arrestations pour conduite avec capacités affaiblies, endettement important, etc.). Ainsi, le repérage systématique n'est pas une pratique répandue et seul un établissement sondé utilise systématiquement un outil de repérage (le CAGE-AID).

Conséquemment, les intervenants rapportent que les cas repérés sont généralement des cas « lourds » qui doivent être référés en deuxième ligne. Plusieurs intervenants rapportent que ces individus se sont d'ailleurs souvent présentés en deuxième ligne au préalable et se sont vus dirigés vers la première ligne qui constitue la porte d'entrée vers les services. Ainsi, les intervenants soulignent un alourdissement des services et ne comprennent pas toujours très bien l'objectif de la porte d'entrée dans un tel contexte.

Il est à noter que même dans les établissements où le repérage est systématique, il n'est pas assuré que la problématique repérée sera abordée comme l'illustrent les propos de cet intervenant :

- « ... [si il y a un repérage positif?], *on lui offre de pousser plus loin, c'est pas une obligation...dans notre minding on essaie de respecter le motif de consultation...il va peut-être dire oui comme il va peut-être dire non, c'est correct on respecte ça.*»

Ainsi, l'attitude d'ambivalence se traduit ici dans les pratiques où l'initiative d'aborder ou non la consommation revient au patient, même en présence d'un

repérage positif. Or, l'une des raisons d'être des pratiques précoces d'intervention est la méconnaissance des effets nocifs de la consommation au-delà des normes de modération par les usagers. C'est à l'intervenant de fournir l'information nécessaire à l'usager et non à l'usager de la demander.

En ce qui concerne la **détection**, la quasi-totalité des établissements desquels provenaient les intervenants sondés utilisent les outils DÉBA-Alcool et DÉBA-Drogue et plus rarement le DÉBA-Jeu. Un établissement utilise l'AUDIT et le DAST pour la détection respective de problèmes liés à l'alcool ou à la drogue.

Il en ressort que le repérage et la détection sont bien souvent faits de façon sélective. Ainsi, certains intervenants posent des questions de repérage sur l'alcool et la drogue, mais rarement sur le jeu. Certains posent des questions aux jeunes adultes, mais pas aux personnes âgées, etc. Ces pratiques sélectives d'intervention laissées au jugement des intervenants ne sont pas spécifiques à la réalité québécoise et le phénomène est bien documenté.

### *Interventions*

Le programme Alcochoix a été implanté dans la plupart des établissements sondés. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une intervention brève à proprement parler, ce programme est considéré comme une pratique précoce d'intervention puisqu'il vise à prévenir l'aggravation des difficultés. Tel que mentionné précédemment, bien qu'il vise une population non-dépendante, il est généralement offert aux individus qui se reconnaissent un problème ou du moins se questionnent, mais qui ne se sentent pas prêts à aller dans un service de deuxième ligne. Plusieurs intervenants arrivent à la conclusion qu'ils offrent rarement le programme Alcochoix car lorsque les clients consultent pour leur consommation, ils sont généralement « prêts » pour la deuxième ligne. En ce qui concerne la consommation de drogues, aucun programme d'intervention spécifique n'a été rapporté. Un établissement effectue une intervention brève en donnant notamment au client un bilan comprenant les résultats obtenus lors de la passation de l'AUDIT et/ou du DAST.

Plusieurs intervenants ont souligné qu'au cours du suivi psychosocial (effectué en réponse au motif de consultation, p. ex. un problème d'anxiété), l'intervenant qui note des difficultés liées à la consommation peut faire certaines interventions dans le but de stimuler la prise de conscience du patient quant à cette difficulté. Quelques



En ce qui concerne les personnes à risque qui ne se présentent pas pour un problème de consommation ou de jeu, le plus souvent, elles passeront inaperçues. S'il y a un problème de consommation, il émergera parfois au cours du suivi psychosocial, alors l'intervenant abordera la question au meilleur de sa connaissance si le client le désire.

En résumé, les consommateurs à risque qui sont ciblés pour l'intervention précoce en première ligne sont ceux que l'on perd dans le processus. On semble mieux rejoindre les consommateurs présentant déjà des problèmes ou dépendants qui n'avaient pas été identifiés auparavant. Dans ce modèle, il est peu surprenant que les intervenants se sentent mal équipés pour intervenir avec la clientèle puisque cette dernière requiert des services de deuxième ligne; ils ne possèdent pas en effet les compétences pour intervenir auprès de ces derniers.

### *Centres jeunesse*

Le modèle en place dans les centres jeunesse semble différent. Lorsqu'un problème de quelque ordre que ce soit est repéré, le psychologue sur place fait une évaluation approfondie, puis on réfère aux experts dans le domaine concerné. Il peut donc y avoir une multitude d'intervenants qui doivent travailler ensemble. Il s'agit donc d'un modèle de type maladie, puisque les consommateurs à risque ne sont pas ciblés ou bien sont référés en deuxième ligne alors que cela n'est pas approprié. Ce modèle semble fortement soutenu par l'attitude de tolérance zéro qui a d'ailleurs fait obstacle à l'implantation d'Alcochoix dans ce milieu selon un répondant.

### *Urgence en CH*

À l'urgence, le modèle maladie semble plus répandu. Compte tenu du contexte et du roulement de la clientèle, les intervenants ne font pas de repérage systématique en matière de consommation ou d'habitudes de jeu; par contre si l'intervenant psychosocial est appelé pour un problème de consommation ou de jeu, il fait la détection au moyen du DÉBA et organise la thérapie en maison fermée, en CRD ou auprès d'organismes communautaires. Certaines urgences ont développé un partenariat intéressant avec le CLSC auquel sont référés les cas détectés. Ainsi, il s'agit simplement de créer un partenariat de première ligne afin de pallier les limites

des ressources de l'urgence. Dans certains milieux, l'intervenant psychosocial en charge des « dépendances » au CLSC se déplace même à l'urgence pour aller rencontrer les patients en question. Dans un autre milieu, c'est l'intervenant de la deuxième ligne qui fournit ce service. Cet exemple illustre comment le CSSS peut fournir les services nécessaires en première ligne sans empiéter sur les ressources d'un milieu en particulier.

En somme, bien qu'il existe des particularités relatives aux différents milieux, dans la plupart des établissements, le **repérage** n'est pas systématique. Les cas repérés sont majoritairement ceux qui se présentent spécifiquement en première ligne pour un problème de consommation (ou de jeu). Certains établissements posent des questions « maison » sur la consommation, généralement quand des indices laissent soupçonner un problème. En conséquence, les individus repérés sont généralement les cas les plus lourds qui seront référés en deuxième ligne. Le DÉBA-Alcool et le DÉBA-Drogue sont les outils de **détection** les plus utilisés. Parmi les pratiques d'**intervention**, le programme Alcochoix constitue la pratique la plus répandue. Toutefois, les intervenants rapportent qu'il est rarement offert puisque les cas repérés sont trop lourds. Enfin, au sein d'un même établissement, les pratiques peuvent différer d'un intervenant à l'autre, possible conséquence du manque de connaissance des lignes directrices.

Il semble que dans beaucoup de **CLSC** où un programme de RDIB de type universitaire a été implanté, celui-ci a été modifié et un retour à un modèle médical est observé. Ce modèle est certes plus sophistiqué qu'avant mais il cible principalement les cas les plus lourds et apparents et ce sont ceux qui sont motivés au changement, ce qui peut parfois inclure des consommateurs à risque. Le modèle efficace ne semble donc pas avoir réussi son implantation.

Dans les **centres jeunesse**, l'attitude favorisant la tolérance zéro pourrait être associée à la présence d'un modèle médical strict dans lequel toute consommation sera considérée comme un problème.

Il semble que le contexte de l'**urgence** ne permette pas d'envisager un autre modèle que le modèle de la maladie. Par contre des partenariats intéressants ont été développés avec le CLSC dans certains milieux de sorte qu'en cas de repérage

positif, l'intervenant psychosocial du CLSC peut être appelé et prendre le relais pour assurer le suivi.

Les pratiques actuelles en vigueur dans la majorité des établissements ne concordent pas avec les pratiques démontrées comme étant les plus efficaces dans la documentation scientifique, en l'absence de repérage systématique. En effet, les pratiques actuelles comportent certaines lacunes notamment en vue d'identifier les individus qui se trouve au début d'une trajectoire potentiellement problématique. La documentation scientifique suggère que des problèmes d'efficience sont sans doute à l'origine de l'abandon du repérage systématique. Il faudra donc songer à une manière d'adapter le modèle efficace à la réalité.

### **Bilan sur les pratiques précoces d'intervention en première ligne: un discours confus**

#### *Pratiques précoces d'intervention*

Nous croyons important de souligner ce que sont les pratiques précoces d'intervention au regard de la consommation et du jeu. D'abord, ces pratiques précoces incluent les activités allant de l'identification à l'intervention, généralement brève (RDIB). Elle vise l'intervention auprès des personnes ayant minimalement une consommation dite à risque, mais qui ne présentent pas de façon évidente des troubles liés à leurs habitudes de consommation ou de jeu – ou alors qui ne les auto-déclarent pas. Elle inclut aussi l'identification et l'orientation en deuxième ligne des clientèles dépendantes. Or, il semble que dans les établissements sondés, les pratiques précoces d'intervention sont synonymes d'identification et d'intervention auprès des usagers dépendants ou de leur identification et orientation vers la deuxième ligne.

Ainsi, l'un des constats principaux et inattendus faits par l'équipe suite à l'écoute des entrevues et à l'analyse thématique concerne la confusion marquée des intervenants quant à ce que constitue le RDIB. Plusieurs observations convergent en ce sens et semblent alimenter cette confusion. Que ce soit au niveau du vocabulaire choisi par les intervenants et le gouvernement, au niveau des pratiques de repérage

sélectives en place dans les milieux ou au niveau de la structure actuelle des services qui exige un passage en première ligne pour les usagers qui se reconnaissent un problème de consommation ou de jeu, l'intervention dont on parle est d'ordre curative et non précoce. Nous avons jugé important de documenter les observations faites dans la section qui suit.

*Une question de définitions et de vocabulaire.*

Les intervenants Le premier constat fait par l'équipe dès les premières entrevues concernait les termes utilisés par les intervenants pour discuter des pratiques précoces d'intervention. Ainsi, ces derniers, lorsqu'ils décrivent leurs pratiques précoces d'intervention, nous parlent souvent des clients qui ont une dépendance. Un intervenant se positionne quant à la pertinence d'un programme de RDIB dans son établissement et affirme : *« C'est notre responsabilité. Il n'y a pas présentement de programme de détection pour la clientèle aux prises avec des dépendances. »*

Pour d'autres, ce ne sont pas seulement les termes utilisés mais la définition même de ce qu'est le RDIB qui pose problème. Ceci est apparent dans les descriptions qu'ils font de leurs pratiques précoces d'intervention. La citation suivante illustre ce propos :

*« (...) quand ils nous disent que c'est pas un problème, nous on croit ça (...) on les laisse aller. On leur demande si y sont certains (...) on a des doutes, mais on les croit quand ils disent que ça ne leur pose pas de problème. Pis après, on s'en rend compte ensemble dans le suivi. Ouin, y'avait un problème ».*

Ainsi, pour la grande majorité des personnes interrogées, le repérage vise l'identification des cas problématiques – qu'ils nomment à tort cas à risque - et l'intervention précoce sert à freiner l'évolution de la pathologie en place.

Nous questionnant sur la provenance de cette confusion liée entre autres aux termes utilisés (intervention précoce et dépendance), nous avons cru intéressant de pousser l'analyse plus loin. Ainsi, nous avons pu initialement contribuer à cette confusion ayant nous-mêmes utilisé le vocable *intervention précoce au regard des dépendances* dans les premières entrevues. Toutefois, suite aux changements apportés dans les questions posées et au recadrage fait en entrevue afin de colliger les informations sur les consommateurs à risque et l'intervention auprès de ceux-ci,



ligne. Après avoir parlé de pratiques précoces d'intervention **au regard des dépendances**, on ne repère effectivement que la dépendance.

### *Structure organisationnelle et phénomène ping-pong*

Finalement, un dernier élément nous apparaît comme renforçant les perceptions en place : la procédure décrite par les intervenants selon laquelle tout usager doit être évalué en première ligne avant d'être orienté vers la deuxième ligne. Or, les usagers faisant une demande d'aide en raison d'un problème de consommation ou de jeu sont généralement prêts et admissibles pour la deuxième ligne. À plusieurs endroits, s'ils se présentent en deuxième ligne, ils sont renvoyés à la première ligne. Non seulement ce processus risque d'engendrer des pertes de suivi pour la clientèle dépendante, mais certains intervenants en ont retenu que leur tâche est la détection de cette clientèle. Ce sont ces établissements aussi qui constatent qu'ils n'utilisent que rarement Alcochoix. Le message est interprété par certains comme si leur mandat était d'évaluer puis de réorienter. Encore une fois, la clientèle à risque est absente du discours et des procédures.

En bref, les termes utilisés lorsque l'on présente l'intervention précoce, les pratiques en place et la structure actuelle des services reflètent non seulement que le modèle médical perdure malgré les efforts contraires, mais aussi que nos stratégies passées d'implantation l'ont de surcroît renforcé.

## **Enjeux pour l'implantation de modèles de pratiques précoces d'intervention**

Nous avons demandé aux gestionnaires et intervenants de nous décrire les principales forces et limites de leurs établissements face à l'implantation de pratiques précoces d'intervention au regard de la consommation et des habitudes de jeu. Les principaux obstacles et facilitateurs relevés par ces derniers sont résumés ici.

### **Barrières**

Un questionnaire résume bien les lacunes soulevées quant au **contenu et exigences du programme en place** :

- « ... je me rends compte de l'importance d'intervenir précocement, mais aussi de simplifier les outils. Alcochoix c'est un programme très bien fait, mais assez lourd, qui prend une expertise. C'est une intervention par étape qui prend quelqu'un de très motivé, alors c'est quasiment de faire une spécialité de première ligne. C'est trop structuré et y'a pas de directives claires pour le dépistage, pas de mécanismes mis en place pour que la détection se fasse parmi tous les gens ».

Il ressort également un problème de **compétition entre les différents domaines de RDIB** (violence, médical, SPA, psychoses, etc.). En effet, l'intégration des approches est importante, parce que chaque domaine - que ce soit la violence conjugale, les agressions sexuelles, la santé mentale - prône une approche différente. Les intervenants reçoivent toutes ces informations mais un travail d'intégration reste à faire pour que ça ait du sens pour eux et que les différents programmes n'entrent pas en compétition.

Par rapport à la nouvelle **mission des CSSS**, des intervenants soulignent l'alourdissement des tâches qui découle de leur nouveau mandat :

- « On devient de plus en plus large dans nos mandats, pas capables d'assumer tous les mandats. La porte d'entrée a des limites. Danger qu'on nous demande d'en prendre de plus en plus sans nous donner le support qui vient avec. »

Le **roulement de personnel** est une barrière qui revient très fréquemment dans le discours des intervenants. Il est très difficile d'implanter ou de maintenir un programme si les intervenants et même les gestionnaires changent sans arrêt. Comme cette situation ne peut vraisemblablement pas être changée, il faut penser à la formation continue pour pallier.

Le **changement de paradigme** requis chez certains professionnels tels que les infirmiers ou les travailleurs sociaux a également été mentionné. Alors que les psychologues utilisent les tests de façon routinière, ces professionnels ne sont pas habitués à ce genre de pratiques.

Telle que décrite précédemment, l'attitude de **stigmatisation** peut également constituer une barrière.

Le **manque de formation** constitue clairement une entrave au programme pour les intervenants. Les cadres doivent s'assurer que la formation nécessaire au développement de services liés aux habitudes de consommation et de jeu soit offerte. Les intervenants soulignent un besoin de formation tant pour ceux travaillant à l'accueil que pour ceux offrant les suivis afin que la consommation et le jeu soient pris en compte à tous les niveaux.

Dans l'ensemble, les intervenants ne sentent pas que les **ressources financières** sont disponibles alors qu'ils ont besoin de formation, de matériel et de temps pour implanter ces pratiques. Les intervenants n'ont pas senti que ces ressources avaient été allouées de façon soutenue ou constante.

Pour certains, la **réorganisation des services** semble entrer en contradiction avec la mission de prévention généralement associée aux CLSC; les intervenants ont peut-être tellement de tâches que le préventif devient secondaire. Cela interfère possiblement avec les pratiques précoces d'intervention et pourrait expliquer, en partie, pourquoi le programme mettant de l'avant l'utilisation du DÉBA et d'Alcochoix est offert, presque partout, seulement aux usagers qui se reconnaissent une dépendance.

## Facilitateurs

De fait, on dénote chez la majorité des intervenants et des gestionnaires la **reconnaissance** d'un problème et une grande **ouverture** face à l'amélioration des services pour les usagers en ce qui a trait aux habitudes de consommation et de jeu. Il semble donc y avoir un besoin du milieu qui concorde avec l'implantation du Programme Dépendances.

L'un des facteurs clés garantissant le succès de l'implantation est la présence d'une **personne pivot** dans l'établissement qui porte le dossier des « dépendances » et qui est en charge de faire passer l'information et de stimuler l'intérêt régulièrement. Idéalement, le chef de programme assurera ce rôle.

Plusieurs intervenants ont souligné que le fait d'être dans un « **petit milieu** » – éloigné des grands centres urbains – favorisait l'implantation, notamment en facilitant la communication entre les différents intervenants et les différents partenaires. À l'inverse, on peut poser l'hypothèse que davantage d'efforts devront être déployés à cet effet dans les plus « grands » milieux.

Un **partenariat** solide avec les milieux de réadaptation semble s'être développé dans la plupart des milieux. Il s'agit d'une force considérable qui facilitera sans doute l'implantation de services en « dépendances ». En effet, plusieurs dénotent un très bon contact avec la deuxième ligne. Par exemple, des intervenants de deuxième ligne viennent sur place rencontrer la clientèle et plusieurs seraient prêts à venir donner de la formation à l'approche motivationnelle aux intervenants de première ligne.

En bref, les obstacles et les facilitateurs rapportés par les gestionnaires et les intervenants des établissements québécois sondés sont très similaires à ceux documentés dans les études scientifiques portant sur l'implantation de pratiques précoces d'intervention en première ligne.

Ce résumé permet néanmoins de les qualifier et d'utiliser ces connaissances. Par exemple, bien que la restructuration organisationnelle soit un obstacle connu à l'implantation, la restructuration actuelle des CSSS est un obstacle spécifique au système de santé québécois. Tout programme d'implantation devrait tenir compte des particularités de cette restructuration des CSSS. De même, on pourra miser sur la qualité des liens et des partenariats établis entre la première et la deuxième lignes comme facilitateur de l'implantation.

## Conclusions

Un consensus assez généralisé émerge quant au fait que le programme implanté doit être simple et les outils relativement brefs. Ce constat est très similaire

à ce que l'on retrouve dans la documentation scientifique sur l'implantation de pratiques précoces d'intervention auprès des médecins, par exemple.

Le modèle très bref suscite beaucoup d'intérêt et ce, peut-être au détriment du modèle universitaire - efficace (tel qu'Alcochoix) qui, par ailleurs, semble avoir eu beaucoup d'effets bénéfiques sur les attitudes des intervenants et probablement même sur leurs compétences. Il semble utopique de penser que tous les intervenants puissent opérer selon un modèle universitaire, mais si les deux modèles coexistaient, tous les intervenants ayant été formés pour le modèle très bref et certains pour le modèle universitaire, on pourrait jeter des ponts entre ces intervenants d'un même établissement lorsque nécessaire. Les enjeux liés au roulement pourraient être temporairement atténués puisqu'il est facile et rapide de former plusieurs intervenants (même à l'aide de sites internet) sur le modèle très bref.

Le modèle moral de la dépendance est lui aussi encore bien ancré dans les milieux de première ligne sondés. Un travail considérable devra être fait à cet égard afin de sensibiliser et d'éduquer les intervenants. En effet, les résultats indiquent clairement que les intervenants de la première ligne sont parfois réticents à intervenir auprès des individus à risque de présenter ou présentant une consommation problématique. L'ambivalence et la stigmatisation sont des barrières importantes à l'implantation de pratiques précoces d'intervention incluant les interventions brèves.

LISTE DES QUESTIONS POUR LE SONDAGE TÉLÉPHONIQUE

- 1 Avez-vous lu le document que nous vous avons envoyé ?
- 1a Pourriez-vous me dire brièvement ce que vous en pensez en termes de points forts et de faiblesses ?
- 2 Il existe des directives gouvernementales portant sur la détection et l'intervention précoce relativement à la dépendance (ce qui comprend consommation abusive et jeu pathologique). Ces directives s'adressent à des centres comme le vôtre. Qu'en savez-vous?
- 3 Quelle est votre opinion sur la pertinence d'un programme de détection et d'intervention précoce dans votre établissement ?
- 4 Quelles sont les pratiques actuelles dans votre établissement en ce qui a trait à cette problématique ?
- 5 Idéalement, quelle forme devraient prendre, dans votre établissement, la détection et l'intervention précoce au regard de la consommation abusive et du jeu pathologique ?
- 6 Parmi les modèles que nous avons décrits, lequel serait le plus approprié dans votre établissement ?
- 7 Si on devait implanter dans votre établissement un programme de détection et d'intervention précoce au regard de la consommation abusive et du jeu:
  - a. En quoi cette démarche serait-elle différente ou semblable à ce que vous avez déjà vécu dans cet établissement ?
  - b. Quels seraient selon vous les principaux défis auxquels serait confronté votre établissement ?
  - c. Quelles sont les principales forces de votre établissement pour faciliter l'implantation ?
  - d. Quels sont les facteurs clés qui joueraient en faveur du succès ou de l'échec de l'implantation d'un programme de détection et d'intervention précoce dans votre établissement ?

## BIBLIOGRAPHIE THÉMATIQUE

### Informations générales sur les pratiques précoces d'intervention

- A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. (1996). *American Journal of Public Health*, 86(7), 948-955.
- Allen, J. P. (2003). Assessment of alcohol problems: An overview. In John P. Allen & V. B. Wilson (Eds.), *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (2nd ed., pp. 1-12). Bethesda, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Allen, J. P., & Wilson, V. B. (Eds.). (2003). *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (2nd ed.). Bethesda, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Anderson, P., Laurant, M., Kaner, E., Wensing, M., & Grol, R. (2004). Engaging general practitioners in the management of hazardous and harmful alcohol consumption: Results of a meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(2), 191-199.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Dauser, D., Burtson, J. A., Zarkin, G. A., & Bray, J. (2006). Brief interventions for at-risk drinking: Patient outcomes and cost-effectiveness in managed care organizations. *Alcohol and Alcoholism*, 41(6), 624-631.
- Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K., Bray, J., et al. (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.
- Ballesteros, J., Duffy, J. C., Querejeta, I., Arino, J., & Gonzalez-Pinto, A. (2004). Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: Systematic review and meta-analyses. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(4), 608-618.
- De Montigny, M.-J., Doré, G., Gauthier, J., Paquette, M.-C., & Roberge, P. (2006). *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*. Retrieved from <http://intranetreseau.rtss.qc.ca> and [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca).
- Higgins-Biddle, J. C., Babor, T. F., Mullahy, J., Daniels, J., & McRee, B. (1997). Alcohol screening and brief intervention: Where research meets practice. *Connecticut Medicine*, 61(9), 565-575.

- Mersy, D. J. (2003). Recognition of alcohol and substance abuse. *American Family Physician, 67*(7), 1529-1536.
- Miller, W. R., Baca, C., Compton, W. M., Ernst, D., Manuel, J. K., Pringle, B., et al. (2006). Addressing substance abuse in health care settings. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 30*(2), 292-302.
- Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E., Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction, 97*(3), 279-292.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2005). *Helping patients who drink too much: A clinician's guide*. NIAAA.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2005). Screening for alcohol use and alcohol-related problems. *Alcohol Alert, 65*.
- Saitz, R. (2007). Introduction: Screening and brief intervention. *Substance Abuse, 28*(3), 1-2.
- Saitz, R. (2007). Screening and brief intervention enter their 5th decade. *Substance Abuse, 28*(3), 3-6.
- Saitz, R., Svikis, D., D'Onofrio, G., Kraemer, K. L., & Perl, H. (2006). Challenges applying alcohol brief intervention in diverse practice settings: Populations, outcomes, and costs. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 30*(2), 332-338.

### Interventions brèves

- Babor, T., & Higgins-Biddle, J. (2001). *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: A manual for use in primary care*. World Health Organization - Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Babor, T. F. (1990). Brief intervention strategies for harmful drinkers: New directions for medical education. *Canadian Medical Association Journal, 143*(10), 1070-1076.
- Baker, A., Lee, N. K., Claire, M., Lewin, T. J., Grant, T., Pohlman, S., et al. (2005). Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: A step in the right direction. *Addiction, 100*(3), 367-378.
- Fleming, M., & Manwell, L. B. (1999). Brief intervention in primary care settings: A primary treatment method for at-risk, problem, and dependent drinkers. *Alcohol Research & Health, 23*(2), 128-137.

- Maisto, S. A., Conigliaro, J., McNeil, M., Kraemer, K., Conigliaro, R. L., & Kelley, M. E. (2001). Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, *62*(5), 605-614.
- Miller, W. R., Baca, C., Compton, W. M., Ernst, D., Manuel, J. K., Pringle, B., et al. (2006). Addressing substance abuse in health care settings. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *30*(2), 292-302.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Modesto-Lowe, V., & Boornazian, A. (2000). Screening and brief intervention in the management of early problem drinkers. *Disease Management and Health Outcomes*, *8*(3), 129-137.
- Mundt, M. P., & Mundt, M. P. (2006). Analyzing the costs and benefits of brief intervention. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism*, *29*(1), 34-36.
- Poikolainen, K. (1999). Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: A meta-analysis. *Preventive Medicine*, *28*(5), 503-509.
- Samet, J. H., Rollnick, S., & Barnes, H. (1996). Beyond CAGE: A brief clinical approach after detection of substance abuse. *Archives of Internal Medicine*, *156*(20), 2287-2293.
- Sanchez-Craig, M. (1990). Brief didactic treatment for alcohol and drug-related problems: An approach based on client choice. *British Journal of Addiction*, *85*(2), 169-177.
- Sanchez-Craig, M., Annis, H. M., Bornet, A. R., & MacDonald, K. R. (1984). Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of a cognitive-behavioral program for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*(3), 390-403.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2004). The role of low risk drinking in the treatment of alcohol problems: A commentary. *Verhaltenstherapie*, *14*(2), 127-131.
- Spivak, K., Sanchez-Craig, M., & Davila, R. (1994). Assisting problem drinkers to change on their own: Effect of specific and non-specific advice. *Addiction*, *89*(9), 1135-1142.
- Stern, S. A., Meredith, L. S., Gholson, J., Gore, P., & D'Amico, E. J. (2007). Project CHAT: A brief motivational substance abuse intervention for teens in primary care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *32*(2), 153-165.

## Drogues illicites

- 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.
- Charpak, Y., Nory, F., & Barbot, J. (1994). Management of drug addicts by general practitioners. [French]. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 42*(3), 224-234.
- Cherpitel, C. J., & Borges, G. (2004). Screening for drug use disorders in the emergency department: Performance of the rapid drug problems screen (RDPS). *Drug and Alcohol Dependence, 74*(2), 171-175.
- Floren, A. E. (1994). Urine drug screening and the family physician. *American Family Physician, 49*(6), 1441-1447.
- McCambridge, J., & Strang, J. (2003). Development of a structured generic drug intervention model for public health purposes: A brief application of motivational interviewing with young people. *Drug and Alcohol Review, 22*(4), 391-399.
- Miller, W. R., Baca, C., Compton, W. M., Ernst, D., Manuel, J. K., Pringle, B., et al. (2006). Addressing substance abuse in health care settings. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 30*(2), 292-302.
- Stephens, R. S., Babor, T. F., Kadden, R., & Miller, M. (2002). The marijuana treatment project: Rationale, design and participant characteristics. *Addiction, 97*(Suppl. 1), 109-124.
- Winstock, A. (2006). National Drugs Campaign--the GP's role in reducing illicit drug use. *Australian Family Physician, 35*(3), 121-123.

## Pratiques précoces d'intervention en matière de consommation et de jeu

- Babor, T., & Higgins-Biddle, J. (2001). *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: A manual for use in primary care*. World Health Organization - Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Dunn, C., Deroo, L., & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction, 96*(12), 1725-1742.

- Friedmann, P. D., Saitz, R., Gogineni, A., Zhang, J. X., & Stein, M. D. (2001). Validation of the screening strategy in the NIAAA "Physicians' Guide to Helping Patients with Alcohol Problems". *Journal of Studies on Alcohol*, 62(2), 234-238.
- Miller, W. R., Baca, C., Compton, W. M., Ernst, D., Manuel, J. K., Pringle, B., et al. (2006). Addressing substance abuse in health care settings. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 30(2), 292-302.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2005). *Helping patients who drink too much: A clinician's guide*. NIAAA.
- Reid, M. C., Fiellin, D. A., & O'Connor, P. G. (1999). Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 159(15), 1681-1689.
- Roche, A. M., & Freeman, T. (2004). Brief interventions: Good in theory but weak in practice. *Drug and Alcohol Review*, 23(1), 11-18.
- Samet, J. H., Rollnick, S., & Barnes, H. (1996). Beyond CAGE. A brief clinical approach after detection of substance abuse. *Archives of Internal Medicine*, 156(20), 2287-2293.
- Sobell, L. C., Cunningham, J. A., Sobell, M. B., & Agrawal, S. (1996). Fostering self-change among problem drinkers: A proactive community intervention. *Addictive Behaviors*, 21(6), 833.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2004). The role of low risk drinking in the treatment of alcohol problems: A commentary. *Verhaltenstherapie*, 14(2), 127-131.

## Soins primaires

- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J., Dauser, D., Higgins, P., & Burleson, J. A. (2005). Alcohol screening and brief intervention in primary care settings: Implementation models and predictors. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(3), 361-368.
- Brodey, B. B., McMullin, D., Winters, K. C., Rosen, C. S., Downing, D. R., & Koble, J. M. (2007). Adolescent substance use assessment in a primary care setting. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(3), 447-454.
- Cook, R. L., Chung, T., Kelly, T. M., & Clark, D. B. (2005). Alcohol screening in young persons attending a sexually transmitted disease clinic: Comparison of AUDIT,

- CRAFFT, and CAGE instruments. *Journal of General Internal Medicine*, 20(1), 1-6.
- Fleming, M. F. (2004). Screening and brief intervention in primary care settings. *Alcohol Research & Health*, 28(2), 57-62.
- Floren, A. E. (1994). Urine drug screening and the family physician. *American Family Physician*, 49(6), 1441-1448.
- McAvoy, B. R., Donovan, R. J., Jalleh, G., Saunders, J. B., Wutzke, S. E., Lee, N., et al. (2001). General practitioners, prevention and alcohol--a powerful cocktail? Facilitators and inhibitors of practising preventive medicine in general and early intervention for alcohol in particular: A 12-nation key informant and general practitioner study. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 8(2), 103-117.
- Nilssen, O., & Cone, H. (1996). Screening patients for alcohol problems in primary health care settings. *The American Journal on Addictions*, 5(Suppl. 1), 3-8.
- Russell, M. (2004). Screening in general health care. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism*, 28(1), 17-22.
- Saitz, R., Horton, N. J., & Samet, J. H. (2003). Alcohol and medication interactions in primary care patients: Common and unrecognized. *American Journal of Medicine*, 114(5), 407-410.
- Stern, S. A., Meredith, L. S., Gholson, J., Gore, P., & D'Amico, E. J. (2007). Project CHAT: A brief motivational substance abuse intervention for teens in primary care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(2), 153-165.
- Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, T., Klein, J., & Force, U. S. P. S. T. (2004). Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140(7), 557-68.
- Williams, E. C., Kivlahan, D. R., Saitz, R., Merrill, J. O., Achtmeyer, C. E., McCormick, K. A., et al. (2006). Readiness to change in primary care patients who screened positive for alcohol misuse. *Annals of Family Medicine*, 4(3), 213-220.
- Yoast, R. A., Fleming, M., & Balch, G. I. (2007). Reactions to a concept for physician intervention in adolescent alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 41(1), 35-41.

## Urgence et trauma

- Babor, T. E., Higgins-Biddle, J., Dauser, D., Higgins, P., & Burleson, J. A. (2005). Alcohol screening and brief intervention in primary care settings: Implementation models and predictors. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(3), 361-368.
- Babor, T. F. (1990). Brief intervention strategies for harmful drinkers: New directions for medical education. *Canadian Medical Association Journal*, 143(10), 1070-1076.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Dauser, D., Burleson, J. A., Zarkin, G. A., & Bray, J. (2006). Brief interventions for at-risk drinking: Patient outcomes and cost-effectiveness in managed care organizations. *Alcohol and Alcoholism*, 41(6), 624-631.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Higgins, P. S., Gassman, R. A., & Gould, B. E. (2004). Training medical providers to conduct alcohol screening and brief interventions. *Substance Abuse*, 25(1), 17-26.
- Babor, T. F., Kadden, R. M. (2005). Screening and interventions for alcohol and drug problems in medical settings: What works? *Journal of Trauma: Injury, Infection & Critical Care*, 59(Suppl. 3), 80-87 & 94-100.
- 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.
- Babor, T. F., Ritson, E. B., & Hodgson, R. J. (1986). Alcohol-related problems in the primary health care setting: A review of early intervention strategies. *British Journal of Addiction*, 81(1), 23-46.
- Bray, J. W., Zarkin, G. A., Davis, K. L., Mitra, D., Higgins-Biddle, J. C., & Babor, T. F. (2007). The effect of screening and brief intervention for risky drinking on health care utilization in managed care organizations. *Medical Care*, 45(2), 177-182.
- Cherpitel, C. J. (2006). Alcohol-related injury and the emergency department: Research and policy questions for the next decade. *Addiction*, 101(9), 1225-1227.
- Cherpitel, C. J., Bond, J., & Ye, Y. (2006). Alcohol and injury: A risk function analysis from the emergency room collaborative alcohol analysis project (ERCAAP). *European Addiction Research*, 12(1), 42-52.
- Cherpitel, C. J., Ye, Y., Bond, J., Borges, G., Macdonald, S., Stockwell, T., et al. (2007). Validity of self-reported drinking before injury compared with a physiological measure: Cross-national analysis of emergency-department data from 16 countries. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(2), 296-302.

- Domino, M. E., Morrissey, J. P., Chung, S., & Nadlicki, T. (2007). Changes in service use during a trauma-informed intervention for women. *Women & Health, 44*(3), 105-122.
- D'Onofrio, G., & Degutis, L. C. (2004). Screening and brief intervention in the emergency department. *Alcohol Research & Health, 28*(2), 63-72.
- D'Onofrio, G., Pantalon, M. V., Degutis, L. C., Fiellin, D. A., & O'Connor, P. G. (2005). Development and implementation of an emergency practitioner-performed brief intervention for hazardous and harmful drinkers in the emergency department. *Academic Emergency Medicine, 12*(3), 249-256.
- Miller, W. R., Baca, C., Compton, W. M., Ernst, D., Manuel, J. K., Pringle, B., et al. (2006). Addressing substance abuse in health care settings. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research, 30*(2), 292-302.
- Rosenberg, C. M., & Dolinsky, H. (1972). Drug and alcohol use by young people attending a psychiatric emergency service. *British Journal of Addiction, 67*(3), 189-194.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--II. *Addiction, 88*(6), 791-804.
- Stephens, R. S., Babor, T. F., Kadden, R., & Miller, M. (2002). The marijuana treatment project: Rationale, design and participant characteristics. *Addiction, 97*(Suppl. 1), 109-124.
- Zarkin, G. A., Bray, J. W., Davis, K. L., Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2003). The costs of screening and brief intervention for risky alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol, 64*(6), 849-857.

## Prénatal

- Anonymous. (2000). Prenatal exposure to alcohol. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism, 24*(1), 32-41.
- Bearer, C. F., Stoler, J. M., Cook, J. D., Carpenter, S. J., et al. (2004). Biomarkers of alcohol use in pregnancy. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism, 28*(1), 38-43.
- Chang, G. (2001). Alcohol-screening instruments for pregnant women. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism, 25*(3), 204-209.

- Chang, G. (2004). Screening and brief intervention in prenatal care settings. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism*, 28(2), 80-84.
- Couture, S., Fillion-Bilodeau, S., Legault, L., Kokin, J., & Brown, T.G. (2008). La consommation de substances psychoactives pendant la grossesse et chez les mères et les pères d'enfants de 0 à 5 ans: une revue de la littérature. 1-82.
- Creamer, S., & McMurtrie, C. (1998). Special needs of pregnant and parenting women in recovery: A move toward a more woman-centered approach. *Women's Health Issues*, 8(4), 239-245.
- Macrory, F., & Boyd, S. C. (2007). Developing primary and secondary services for drug and alcohol dependent mothers. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 12(2), 119-126.
- Nevin, A. C., Parshuram, C., Nulman, I., Koren, G., & Einarson, A. (2002). A survey of physicians knowledge regarding awareness of maternal alcohol use and the diagnosis of FAS. *BMC Family Practice*, 3, 2-5.
- O'Connor, M. J., & Whaley, S. E. (2006). Health care provider advice and risk factors associated with alcohol consumption following pregnancy recognition. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(1), 22-31.

### Scolaire et adolescence

- Anonymous. (2004). Developmental issues in underage drinking research. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism*, 28(3), 121-123.
- Anonymous. (2004). Interventions for alcohol use and alcohol use disorders in youth. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism*, 28(3), 163-174.
- Bernard, M., Bolognini, M., Plancherel, B., Chinet, L., Laget, J., Stephan, P., et al. (2005). French validity of two substance-use screening tests among adolescents: A comparison of the CRAFFT and DEP-ADO. *Journal of Substance Use*, 10(6), 386-395.
- Brodey, B. B., McMullin, D., Winters, K. C., Rosen, C. S., Downing, D. R., Koble, J. M., et al. (2007). Adolescent substance use assessment in a primary care setting. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 33(3), 447-454.
- Chung, T., Martin, C. S., Winters, K. C., & Galanter, M. (2006). Diagnosis, course and assessment of alcohol abuse and dependence in adolescents. In M. Galanter (Ed.), *Alcohol problems in adolescents and young adults*:

- Epidemiology, neurobiology, prevention, and treatment* (pp. 5-27). New York, NY: Springer Science + Business Media.
- Derevensky, J. L., Gupta, R., Winters, K. (2003). Prevalence rates of youth gambling problems: Are the current rates inflated? *Journal of Gambling Studies*, 19(4), 405-425.
- Kelly, T. M., Donovan, J. E., Chung, T., Cook, R. L., & Delbridge, T. R. (2004). Alcohol use disorders among emergency department-treated older adolescents: A new brief screen (RUFT-Cut) using the AUDIT, CAGE, CRAFFT, and RAPS-QF. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(5), 746-753.
- Knight, J. R., Harris, S. K., Sherritt, L., Van Hook, S., Lawrence, N., Brooks, T., et al. (2007). Adolescents' preference for substance abuse screening in primary care practice. *Substance Abuse*, 28(4), 107-117.
- Knight, J. R., Sherritt, L., Harris, S. K., Gates, E. C., & Chang, G. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: A comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 27(1), 67-73.
- Larimer, M. E., Cronce, J. M., Lee, C. M., Kilmer, J. R., et al. (2004). Brief intervention in college settings. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism*, 28(2), 94-104.
- McCambridge, J., & Strang, J. (2003). Development of a structured generic drug intervention model for public health purposes: A brief application of motivational interviewing with young people. *Drug and Alcohol Review*, 22(4), 391-399.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2006). Underage drinking. *Alcohol Alert*, 67.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2006). Young adult drinking. *Alcohol Alert*, 68.
- O'Leary Tevyaw, T., & Monti, P. M. (2004). Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: Foundations, applications and evaluations. *Addiction*, 99(Suppl. 2), 63-75.
- Saitz, R., Palfai, T. P., Freedner, N., Winter, M. R., Macdonald, A., Lu, J., et al. (2007). Screening and brief intervention online for college students: The ihealth study. *Alcohol and Alcoholism*, 42(1), 28-36.
- Saunders, J. B., Kypri, K., Walters, S. T., Laforge, R. G., Larimer, M. E., et al. (2004). Approaches to brief intervention for hazardous drinking in young people. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 28(2), 322-329.

- Schulenberg, J., Maggs, J. L., Steinman, K. J., Zucker, R. A., Monti, P. M., Colby, S. M., et al. (2001). Developmental matters: Taking the long view on substance abuse etiology and intervention during adolescence. In P. M. Monti, S. M. Colby & T. A. O`Leary (Eds.), *Adolescents, alcohol, and substance abuse: Reaching teens through brief interventions* (pp. 19-57). New York, NY: Guilford Press.
- Silber, T. J. (1987). Adolescent marijuana use: Screening and ethics. *Adolescence*, 22(85), 1-6.
- Silverman, W. H. (1990). Intervention strategies for the prevention of adolescent substance abuse. *Journal of Adolescent Chemical Dependency*, 1(2), 25-34.
- Smith, G. T., Anderson, K. G., Monti, P. M., Colby, S. M., & O`Leary, T. A. (2001). Personality and learning factors combine to create risk for adolescent problem drinking: A model and suggestions for intervention. In P. M. Monti, S. M. Colby & T. A. O`Leary (Eds.), *Adolescents, alcohol, and substance abuse: Reaching teens through brief interventions* (pp. 109-141). New York, NY: Guilford Press.
- Stern, S. A., Meredith, L. S., Gholson, J., Gore, P., & D'Amico, E. J. (2007). Project CHAT: A brief motivational substance abuse intervention for teens in primary care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(2), 153-165.
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. A., Sturge, J., & Rehm, J. (2007). Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use. *Lancet*, 369(9570), 1391-1401.
- Windle, M. (2003). Alcohol use among adolescents and young adults. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism*, 27(1), 79-85.
- Winters, K. C. (2003). Assessment of alcohol and other drug use behaviors among adolescents. In J.P. Allen & V.B. Wilson (Eds.), *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (2nd ed.). Bethesda, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Winters, K. C., Kaminer, (2008). Screening and assessing adolescent substance use disorders in clinical populations. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(7), 740-744.
- Winters, K. C., Leitten, W., Wagner, E., O`Leary Tevyaw, T., et al. (2007). Use of brief interventions for drug abusing teenagers within a middle and high school setting. *Journal of School Health*, 77(4), 196-206.
- Winters, K. C., Leitten, W. (2007). Brief intervention for drug-abusing adolescents in a school setting. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(2), 249-254.

Yoast, R. A., Fleming, M., & Balch, G. I. (2007). Reactions to a concept for physician intervention in adolescent alcohol use. *Journal of Adolescent Health, 41*(1), 35-41.

## Personnes âgées et résidences

Atkinson, R.M. (1995). Treatment programs for aging alcoholics. In T. Beresford & E. Gombert (Eds.), *Alcohol and Aging* (pp.186-210). New York, NY: Oxford University Press.

Blow, F. C. (1991). *Michigan alcoholism screening test-geriatric version (MAST-G)*.

Blow, F. C., Barry, K. L. (2002). Use and misuse of alcohol among older women. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism, 26*(4), 308-315.

Blow, F. C., Walton, M. A., Barry, K. L., Coyne, J. C., Mudd, S. A., & Copeland, L. A. (2000). The relationship between alcohol problems and health functioning of older adults in primary care settings. *Journal of the American Geriatrics Society, 48*(7), 769-774.

Brennan, P. L., & Moos, R. H. (1991). Functioning, life context, and help-seeking among late-onset problem drinkers: Comparisons with nonproblem and early-onset problem drinkers. *British Journal of Addiction, 86*(9), 1139-1150.

Bristow, M. F., & Clare, A. W. (1992). Prevalence and characteristics of at risk drinkers among elderly acute medical inpatients. *British Journal of Addiction, 87*(2), 291-294.

Colsher, P. L., & Wallace, R. B. (1990). Elderly men with histories of heavy drinking: Correlates and consequences. *Journal of Studies on Alcohol, 51*(6), 528-535.

Conigliaro, J., Kraemer, K., & McNeil, M. (2000). Screening and identification of older adults with alcohol problems in primary care. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 13*(3), 106-114.

Derry, A. D. (2000). Substance use in older adults: A review of current assessment, treatment and service provision. *Journal of Substance Use, 5*(3), 252-262.

Dunne, F. J. (1994). Misuse of alcohol or drugs by elderly people. *British Medical Journal (Clinical Research Edition), 308*(6929), 608-609.

Ekerdt, D. J., de Labry, L. O., Glynn, R. J., & Davis, R. (1989). Change in drinking behaviors with retirement: Findings from the normative ageing study. *Journal of Studies on Alcohol, 50*, 347-353.

- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE Questionnaire. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 252(14), 1905-1907.
- Finch, J., Barry, K. L., & Fleming, M. F. (1992). Substance abuse in older adults. In *Addictive disorders: A practical guide to treatment*, (pp. 270-286). St Louis, MO: Mosby.
- Fink, A., Morton, S. C., Beck, J. C., Hays, R. D., Spritzer, K., Oishi, S., et al. (2002). The alcohol-related problems survey: Identifying hazardous and harmful drinking in older primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(10), 1717-1722.
- Fleming, M. F., Manwell, L. B., Barry, K. L., Adams, W., & Stauffacher, E. A. (1999). Brief physician advice for alcohol problems in older adults: A randomized community-based trial. *The Journal of Family Practice*, 48(5), 378-384.
- Iliffe, S., Haines, A., Booroff, A., Goldenberg, E., Morgan, P., & Gallivan, S. (1991). Alcohol consumption by elderly people: A general practice survey. *Age and Ageing*, 20(2), 120-123.
- National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism. (1998). Alcohol and aging. *Alcohol Alert*, 40.
- Nemes, S., Rao, P. A., Zeiler, C., Munly, K., Holtz, K. D., & Hoffman, J. (2004). Computerized screening of substance abuse problems in a primary care setting: Older vs. younger adults. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(3), 627-642.
- O'Connell, H., Chin, A.-V., Cunningham, C., & Lawlor, B. (2003). Alcohol use disorders in elderly people-redefining an age old problem in old age. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 327(7416), 664-667.
- O'Connell, H., Chin, A.-V., Hamilton, F., Cunningham, C., Walsh, J. B., Coakley, D., et al. (2004). A systematic review of the utility of self-report alcohol screening instruments in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(11), 1074-1086.
- Oslin, D. W., Grantham, S., Coakley, E., Maxwell, J., Miles, K., Ware, J., et al. (2006). PRISM-E: Comparison of integrated care and enhanced specialty referral in managing at-risk alcohol use. *Psychiatric Services*, 57(7), 954-958.
- Reid, M. C., Van Ness, P. H., Hawkins, K. A., Towle, V., Concato, J., & Guo, Z. (2006). Light to moderate alcohol consumption is associated with better cognitive function among older male veterans receiving primary care. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 19(2), 98-105.
- Rollnick, S., Heather, N., & Bell, A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, 1(1), 25-37.

## Jeux de hasard et d'argent

- Derevensky, J. L., Gupta, R., Winters, K. (2003). Prevalence rates of youth gambling problems: Are the current rates inflated? *Journal of Gambling Studies*, 19(4), 405-425.
- Hodgins, D., Diskin, K. M., Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (2008). Motivational interviewing in the treatment of problem and pathological gambling. In *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*, (pp. 225-248). New York, NY: Guilford Press.
- Rossow, I., & Molde, H. (2006). Chasing the criteria: Comparing SOGS-RA and the Lie/Bet screen to assess prevalence of problem gambling and 'at-risk' gambling among adolescents. *Journal of Gambling Issues*, 18, 57-71.
- Shaffer, H. J., LaBrie, R., Scanlan, K. M., & Cummings, T. N. (1994). Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). *Journal of Gambling Studies*, 10(4), 339-362.
- Strong, D. R., Breen, R. B., Lesieur, H. R., & Lejuez, C. W. (2003). Using the Rasch model to evaluate the South Oaks Gambling Screen for use with nonpathological gamblers. *Addictive Behaviors*, 28(8), 1465-1472.

## Culture

- Petry, N. M., Armentano, C., Kuoch, T., Norinth, T., & Smith, L. (2003). Gambling participation and problems among South East Asian refugees to the United States. *Psychiatric Services*, 54(8), 1142-1148.
- Raylu, N., & Oei, T. P. (2004). Role of culture in gambling and problem gambling. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1087-1114.
- Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2002). Pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22(7), 1009-1061.

## Implantation des pratiques précoces d'intervention

- Aalto, M., Pekuri, P., & Seppa, K. (2003). Obstacles to carrying out brief intervention for heavy drinkers in primary health care: A focus group study. *Drug & Alcohol Review*, 22(2), 169-73.

- Aalto, M., Pekuri, P., & Seppa, K. (2003). Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a 3-year brief intervention implementation project. *Drug and Alcohol Dependence*, 69(1), 9-14.
- Aalto, M., & Seppa, K. (2007). Primary health care physicians' definitions on when to advise a patient about weekly and binge drinking. *Addictive Behaviors*, 32(7), 1321-1330.
- Aira, M., Kauhanen, J., Larivaara, P., & Rautio, P. (2003). Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: Qualitative semi-structured interview study. *Family Practice*, 20(3), 270-275.
- Arborelius, E., & Thakker, K. D. (1995). Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients? *Family Practice*, 12(4), 419-422.
- Babor, T. F. (1990). Brief intervention strategies for harmful drinkers: New directions for medical education. *Canadian Medical Association Journal*, 143(10), 1070-1076.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J., Dauser, D., Higgins, P., & Burleson, J. A. (2005). Alcohol screening and brief intervention in primary care settings: Implementation models and predictors. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(3), 361-368.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Higgins, P. S., Gassman, R. A., Gould, B. E. (2004). Training medical providers to conduct alcohol screening and brief interventions. *Substance Abuse*, 25(1), 17-26.
- Barry, K. L., Blow, F. C., Willenbring, M., McCormick, R., Brockmann, L. M., & Visnic, S. (2004). Use of alcohol screening and brief interventions in primary care settings: Implementation and barriers. *Substance Abuse*, 25(1), 27-36.
- Bartels, S. J., Dums, A. R., Oxman, T. E., Schneider, L. S., Arean, P. A., Alexopoulos, G. S., et al. (2002). Evidence-based practices in geriatric mental health care. *Psychiatric Services*, 53(11), 1419-1431.
- Hester, R. K., Miller, J. H. (2006). Computer-based tools for diagnosis and treatment of alcohol problems. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism*, 29(1), 36-40.
- McAvoy, B. R., Donovan, R. J., Jalleh, G., Saunders, J. B., Wutzke, S. E., Lee, N., et al. (2001). General practitioners, prevention and alcohol--a powerful cocktail? Facilitators and inhibitors of practising preventive medicine in general and early intervention for alcohol in particular: A 12-nation key informant and general practitioner study. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 8(2), 103-117.

- McCambridge, J., Keaney, F., Strang, J., & Rollnick, S. (2003). Screening and brief intervention for excessive alcohol use: Qualitative interview and study of the experienced practitioners. *British Medical Journal*, *326*(7384).
- McCambridge, J., Platts, S., Whooley, D., & Strang, J. (2004). Encouraging GP alcohol intervention: Pilot study of change-orientated reflective listening (CORL). *Alcohol and Alcoholism*, *39*(2), 146-149.
- Miller, W. R., Baca, C., Compton, W. M., Ernst, D., Manuel, J. K., Pringle, B., et al. (2006). Addressing substance abuse in health care settings. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, *30*(2), 292-302.
- Moyer, A., & Finney, J. W. (2004). Brief interventions for alcohol problems: Factors that facilitate implementation. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism*, *28*(1), 44-50.
- Rollnick, S., Butler, C., & Hodgson, R. (1997). Brief alcohol intervention in medical settings: Concerns from the consulting room. *Addiction Research*, *5*(4), 331-341.
- Saitz, R., Helmuth, E. D., Aromaa, S. E., Guard, A., Belanger, M., & Rosenbloom, D. L. (2004). Web-based screening and brief intervention for the spectrum of alcohol problems. *Preventive Medicine*, *39*(5), 969-975.
- Zarkin, G. A., Bray, J. W., Davis, K. L., Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2003). The costs of screening and brief intervention for risky alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, *64*(6), 849-857.

### **Instruments de repérage et de détection**

- Allen, J. P., Litten, R. Z., Fertig, J. B., & Babor, T. (1997). A review of research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, *21*(4), 613-619.
- Allen, J. P., & Wilson, V. B. (Eds.). (2003). *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (2nd ed.). Bethesda, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Babor, T., de la Fuente, J., & Saunders, J. (1992). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care*, Geneva.
- Bearer, C. F., Stoler, J. M., Cook, J. D., Carpenter, S. J. (2004). Biomarkers of alcohol use in pregnancy. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism*, *28*(1), 38-43.
- Bernard, M., Bolognini, M., Plancherel, B., Chinet, L., Laget, J., Stephan, P., et al. (2005). French validity of two substance-use screening tests among

- adolescents: A comparison of the CRAFFT and DEP-ADO. *Journal of Substance Use, 10*(6), 386-395.
- Bray, J. W., Zarkin, G. A., Davis, K. L., Mitra, D., Higgins-Biddle, J. C., & Babor, T. F. (2007). The effect of screening and brief intervention for risky drinking on health care utilization in managed care organizations. *Medical Care, 45*(2), 177-182.
- Cherpitel, C. J., & Borges, G. (2004). Screening for drug use disorders in the emergency department: Performance of the rapid drug problems screen (RDPS). *Drug and Alcohol Dependence, 74*(2), 171-175.
- Conigliaro, J., Kraemer, K., & McNeil, M. (2000). Screening and identification of older adults with alcohol problems in primary care. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 13*(3), 106-114.
- Connors, G. J., & Volk, R. J. (2003). Self-report screening for alcohol problems among adults. In John P. Allen & V. B. Wilson (Eds.), *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (2nd ed., pp. 21-35). Bethesda, MD: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Cook, R. L., Chung, T., Kelly, T. M., & Clark, D. B. (2005). Alcohol screening in young persons attending a sexually transmitted disease clinic: Comparison of AUDIT, CRAFFT, and CAGE instruments. *Journal of General Internal Medicine, 20*(1), 1-6.
- Finch, J., Barry, K. L., & Fleming, M. F. (1992). Substance abuse in older adults. In *Addictive disorders: A practical guide to treatment* (pp. 270-286). Saint Louis, MO: Mosby.
- GÅtestam, K. G., Johansson, A., Wenzel, H. G., & Simonsen, I.-E. (2004). Validation of the Lie/Bet Screen for pathological gambling on two normal population data sets. *Psychological Reports, 95*(3), 1009-1013.
- Gomez, A., Conde, A., Santana, J. M., & JorrÅn, A. (2005). Diagnostic usefulness of brief versions of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for detecting hazardous drinkers in primary care settings. *Journal of Studies on Alcohol, 66*(2), 305-308.
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T. F., Farrell, M., Formigoni, M. L., Jittiwutikarn, J., et al. (2008). Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction, 103*(6), 1039-1047.
- Kelly, T. M., Donovan, J. E., Chung, T., Cook, R. L., & Delbridge, T. R. (2004). Alcohol use disorders among emergency department-treated older adolescents: A new brief screen (RUFT-Cut) using the AUDIT, CAGE, CRAFFT, and RAPS-QF. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28*(5), 746-753.

- Knight, J. R., Sherritt, L., Harris, S. K., Gates, E. C., & Chang, G. (2003). Validity of brief alcohol screening tests among adolescents: A comparison of the AUDIT, POSIT, CAGE, and CRAFFT. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(1), 67-73.
- Maisto, S. A., Connors, G. J., & Allen, J. P. (1995). Contrasting self-report screens for alcohol problems: A review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 19(6), 1510-1516.
- Mersy, D. J. (2003). Recognition of alcohol and substance abuse. *American Family Physician*, 67(7), 1529-1536.
- Miller, W. R., Baca, C., Compton, W. M., Ernst, D., Manuel, J. K., Pringle, B., et al. (2006). Addressing substance abuse in health care settings. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 30(2), 292-302.
- Nilssen, O., & Cone, H. (1996). Screening patients for alcohol problems in primary health care settings. *The American Journal on Addictions*, 5(Suppl. 1), 3-8.
- O'Connor, M. J., & Whaley, S. E. (2006). Health care provider advice and risk factors associated with alcohol consumption following pregnancy recognition. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(1), 22-31.
- Peterson, K. (2004). Biomarkers for alcohol use and abuse--a summary. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism*, 28(1), 30-37.
- Rossow, I., & Molde, H. (2006). Chasing the criteria: Comparing SOGS-RA and the Lie/Bet screen to assess prevalence of problem gambling and 'at-risk' gambling among adolescents. *Journal of Gambling Issues*, 18, 57-71.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--II. *Addiction*, 88(6), 791-804.
- Stewart, S. H., & Connors, G. J. (2004). Screening for alcohol problems: What makes a test effective? *Alcohol Research and Health*, 28(1), 5-16.