



# Trouble chronique ou transitoire ? Impact sur la prestation de services

Joël Tremblay, Ph.D. professeur titulaire au département de psychoéducation de l'UQTR

Myriam Beaulieu, ps.éd., M.Sc., étudiante au doctorat en psychoéducation à l'UQTR

# Plan de la présentation

1. Le trouble persistant d'usage de substance
2. La durée des services et les modèles de traitement alternatif
3. Brève présentation d'un projet de recherche en cours :  
*L'aménagement des services spécialisés en dépendance pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant un profil persistant*

# 1. Les profils de Trouble d'Usage de Substances (TUS)

## Transitoire vs persistant

# TUS transitoire vs TUS persistant

Parmi l'ensemble des personnes présentant un TUS

- Profil transitoire = le problème se résorbe rapidement après un seul épisode de traitement voire sans traitement du tout
- Profil persistant = le problème s'étire dans le temps et s'accompagne d'une plus grande sévérité et de complexité

(Brochu, Patenaude, Landry et Bertrand, 2014; Chauvet *et al.*, 2015)

À partir de 74 études auprès de populations adultes cliniques :

- les suivis de 5 ans et plus indiquent des taux de rémission moyens de 46,3 %

(White, 2012)

- Environ 50% TUS transitoire
- Environ 50 % TUS persistant

# Profil de TUS persistant : quelques données

Le TUS est un problème qui persiste dans le temps pour une large proportion de personnes présentant cette problématique

(Brecht et al., 2014; Dennis et al., 2005; Finney et al., 1992; Fleury et al., 2016 ; SAMHSA, 2019 ; Schellekens et al., 2015; White, 2012)

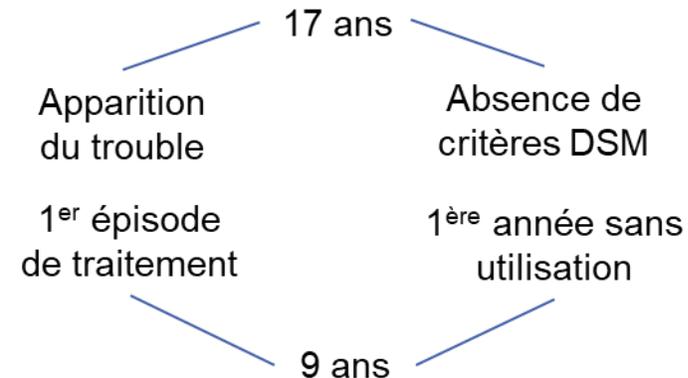
*Relevé d'utilisation des services* (SAMHSA, 2019)

66 % pas 1<sup>ère</sup> demande d'aide



15 % 5<sup>e</sup> traitement

*Étude des trajectoires*  
(Dennis et al., 2005, Fleury et al., 2016)



# Caractéristiques des personnes présentant un profil persistant (White, 2008)

- Plus grande sévérité clinique (polydépendance)
- Plus grande complexité (concomitance avec d'autres problèmes)
- Plus grande vulnérabilité (ex. évènements traumatisants)
- Capital de rétablissement plus faible (moins de ressources disponibles pour se rétablir)

# Conceptualisation chronique ou persistante ?

Plusieurs auteurs utilisent le concept de **chronicité** pour caractériser la persistance du TUS dans le temps

(American Society of Addiction Medicine, 2011; Chauvet et al., 2015; Fleury et al., 2016; McLellan et al., 2000; Stevenson, 2005; White, 2012)

La trajectoire d'une personne présentant un TUS **chronique** est marquée par :

- des épisodes répétés de traitement
- ponctués par des périodes d'abstinence plus ou moins longues
- des rechutes menant au retour d'une consommation problématique/modérée

(Fleury *et al.*, 2016; White, 2012)

# Conceptualisation chronique ou persistante ?

La terminologie **chronique** en référence au TUS provient des États-Unis

- Diagnostic chronique facilite la couverture des soins par les assurances

Mais ne fonctionne pas conceptuellement :

- **Chronicité = irrévocable**, incurable comme le diabète
- Et ce même si certains dommages sont irrévocables
- On sait qu'il est possible de se sortir d'un problème de dépendance même si ça peut prendre du temps

C'est pourquoi, nous préférons utiliser le terme **persistance** ou problème au **long cours** pour désigner ce profil

## 2. La durée des services et les modèles de traitement alternatif

**Profil persistant: un besoin de service différencié**

# Profil de TUS persistant : un besoin de traitement différencié

Les personnes présentant un TUS persistant doivent recevoir des **services au long cours**

(Anglin et al., 1997; Dennis et al., 2005; McKay et al., 2011; McLellan et al., 2000; Scott et al., 2009; White et al., 2011)

Une durée plus longue de service est associée à de meilleurs résultats quant à la diminution:

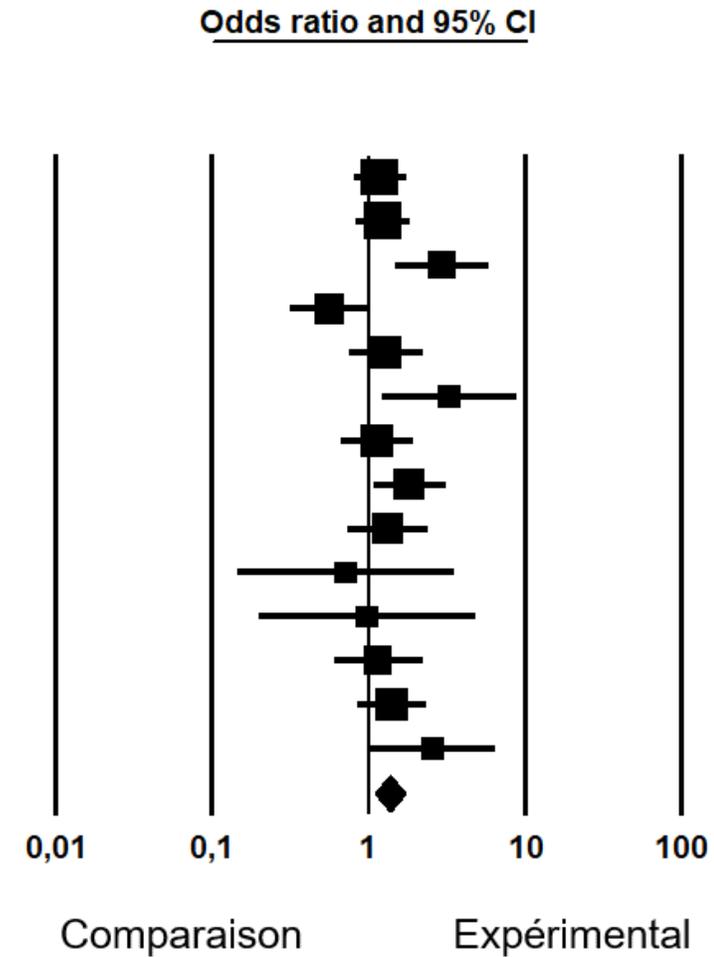
- de l'usage de substances
- des taux de réadmission post-traitement
- des taux de rechute
- des activités criminelles

(Brecht et al., 2014; Condelli et al., 1994; Gossop et al., 1999; Moos et al., 1995; Simpson, 1981; Simpson et al., 1997)

# Méta-analyse sur les traitements au long cours : résultats

N = 3598

| <u>authors(year)</u> | <u>duration</u> | <u>outcome</u> | <u>Statistics for each study</u> |             |             |         |         |
|----------------------|-----------------|----------------|----------------------------------|-------------|-------------|---------|---------|
|                      |                 |                | Odds ratio                       | Lower limit | Upper limit | Z-Value | p-Value |
| Dennis (2003)        | 24 and more     | abstinence     | 1,179                            | 0,810       | 1,716       | 0,861   | 0,389   |
| Dennis (2012)        | 24 and more     | abstinence     | 1,234                            | 0,843       | 1,808       | 1,083   | 0,279   |
| Groh(2009)           | 24 and more     | abstinence     | 2,928                            | 1,504       | 5,701       | 3,161   | 0,002   |
| Jason (2015)         | 24 and more     | abstinence     | 0,562                            | 0,315       | 1,003       | -1,950  | 0,051   |
| Jason (2016)         | 24 and more     | abstinence     | 1,287                            | 0,759       | 2,183       | 0,936   | 0,349   |
| Martin(1999)         | 18,000          | abstinence     | 3,261                            | 1,220       | 8,719       | 2,355   | 0,018   |
| McKay TM (2010)      | 18,000          | Combined       | 1,130                            | 0,668       | 1,913       | 0,456   | 0,649   |
| McKay TMC (2010)     | 18,000          | Combined       | 1,809                            | 1,078       | 3,035       | 2,243   | 0,025   |
| McKay(2013)          | 24 and more     | moderate use   | 1,324                            | 0,747       | 2,345       | 0,961   | 0,337   |
| Ojehagen (MBT)       | 24 and more     | moderate use   | 0,714                            | 0,146       | 3,485       | -0,416  | 0,677   |
| Ojehagen (PT)        | 24 and more     | moderate use   | 0,978                            | 0,201       | 4,760       | -0,028  | 0,978   |
| Rus-Makov (2008)     | 24 and more     | abstinence     | 1,143                            | 0,603       | 2,168       | 0,409   | 0,683   |
| Scott (2017)         | 24 and more     | Combined       | 1,399                            | 0,844       | 2,318       | 1,304   | 0,192   |
| Thurstin(1987)       | 18,000          | abstinence     | 2,576                            | 1,043       | 6,359       | 2,052   | 0,040   |
|                      |                 |                | 1,347                            | 1,087       | 1,668       | 2,726   | 0,006   |



24 %

(Beaulieu, Tremblay, Bertrand, Beaudry et Pearson, en rédaction)

# Méta-analyse sur les traitements au long cours : résultats

(Beaulieu, Tremblay, Bertrand, Beaudry et Pearson, en rédaction)

**Absence de différence** dans les résultats **selon la durée** des traitements (24, 36 ou 48 mois par rapport à ceux de 18 mois):

- Le nombre de personnes abstinentes/consommation modérée reste le même, peu importe la durée du traitement au long cours

Plusieurs études suggèrent que les effets des traitements destinés aux personnes présentant un TUS persistant s'estompent lorsqu'ils prennent fin

(McLellan, 2002; Simoneau *et al.*, 2018; White, 2012)

- soulignant l'importance de la **continuité dans les contacts au long cours**
- nous amène à **revoir nos attentes** envers les personnes présentant ce profil

# Profil de TUS persistant : un besoin de traitement différencié

Or, l'offre de service dans la plupart des centres de traitement spécialisé **dure moins de 6 mois**

- ce qui semble correspondre davantage aux besoins des personnes présentant un profil transitoire

(European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014; gouvernement du Québec, 2019; SAMHSA, 2019)

Au-delà de l'inadéquation de la durée des services, l'offre de service actuelle repose sur une vision aiguë du problème en proposant :

- des services uniquement lorsque **l'acuité** du problème est très élevée
- des traitements **uniformes** axés sur l'atteinte de **l'abstinence**
- dans l'attente d'une **résolution permanente** du problème suivant la participation à un seul épisode de traitement

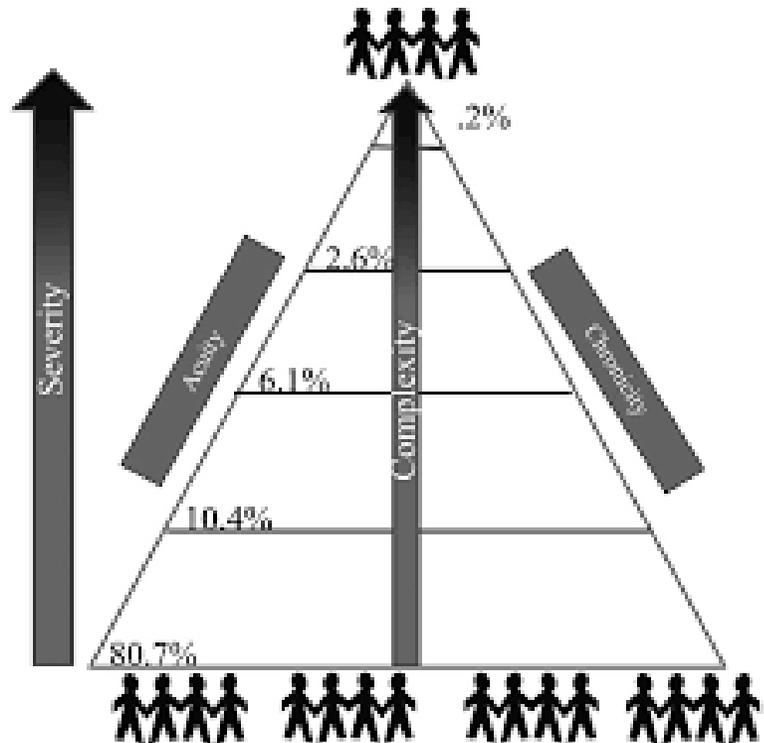
(White, 2008)

# Profil de TUS persistant : un besoin de traitement différencié

Plusieurs auteurs plaident pour un **changement de paradigme** qui prendrait mieux en compte les caractéristiques des personnes présentant un profil de TUS persistant :

- l'adoption d'une vision plus globale en ciblant l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être (Laudet, 2007; White, 2007)
- une continuité entre les épisodes de traitement (Hser et al., 2004)
- une durée et une intensité de service individualisées (King et al., 2010)
- une plus grande proactivité dans l'évaluation, dans le suivi en continu et une meilleure connexion avec les services de soutien axés sur le rétablissement (Scott et al., 2011)

# L'aménagement des services : 3 dimensions de Rush, Tremblay et Brown (2019)



Pour établir le besoin de traitement découlant du niveau de sévérité d'un TUS, Rush, Tremblay et Brown (2019) ont élaboré un modèle composé de 3 dimensions interreliées :

- **l'acuité** (intensité, urgence)
- la **complexité** (concomitance de troubles de santé mentale, de santé physique, judiciaires, etc.)
- la **chronicité** réfère à la durée dans le temps

# Quelques modèles de traitement alternatif : RMC

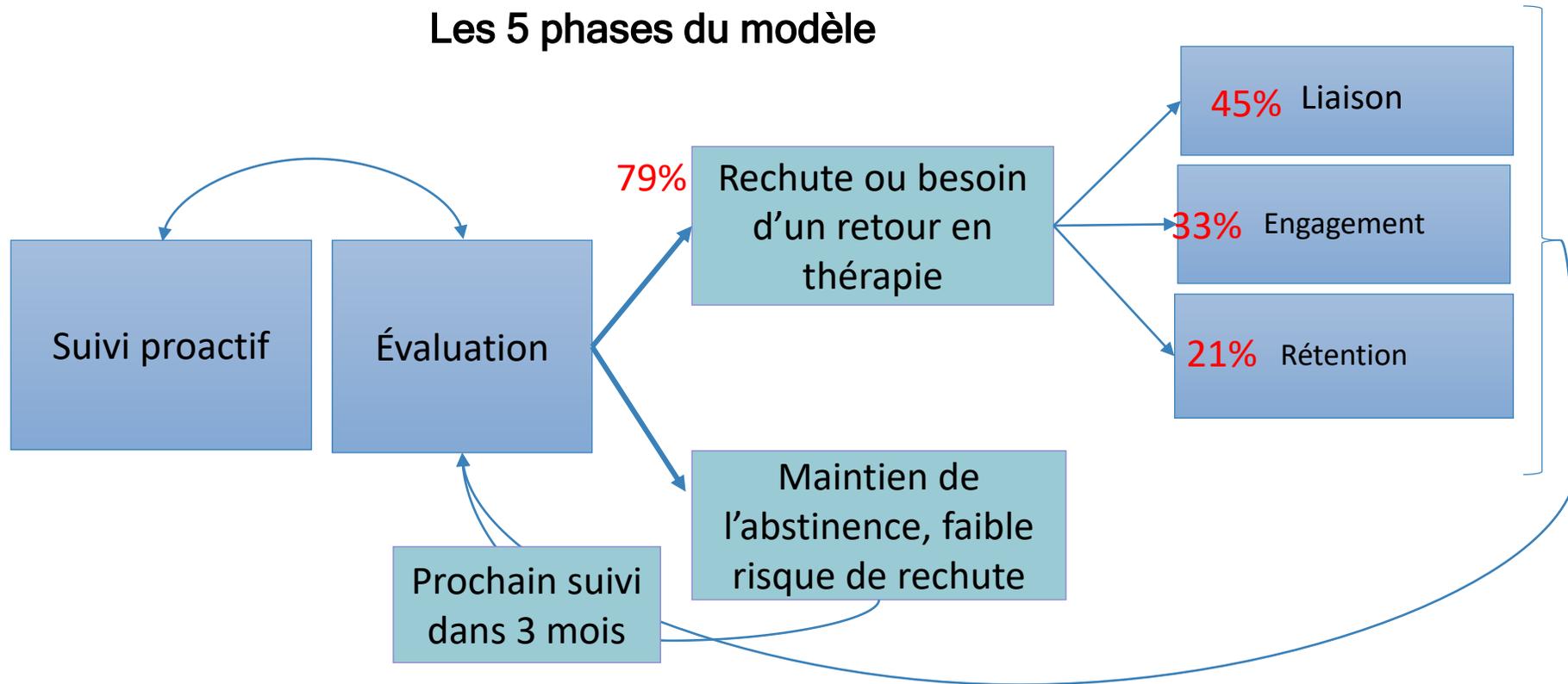
## Recovery Management Check-up (RMC) (Scott et Dennis, 2003)

- vise à diminuer le temps entre une rechute et le retour en traitement
- Maintien d'un contact régulier et proactif auprès des personnes qui sortent d'une thérapie
- Permet de répondre à l'enjeu de la trajectoire changeante des personnes présentant un TUS persistant:
  - en offrant des services lors des périodes de « crise »
  - en maintenant un contact lors des périodes de stabilité

# Quelques modèles de traitement alternatif : RMC

ACUITÉ – CHRONICITÉ - COMPLEXITÉ

Les 5 phases du modèle



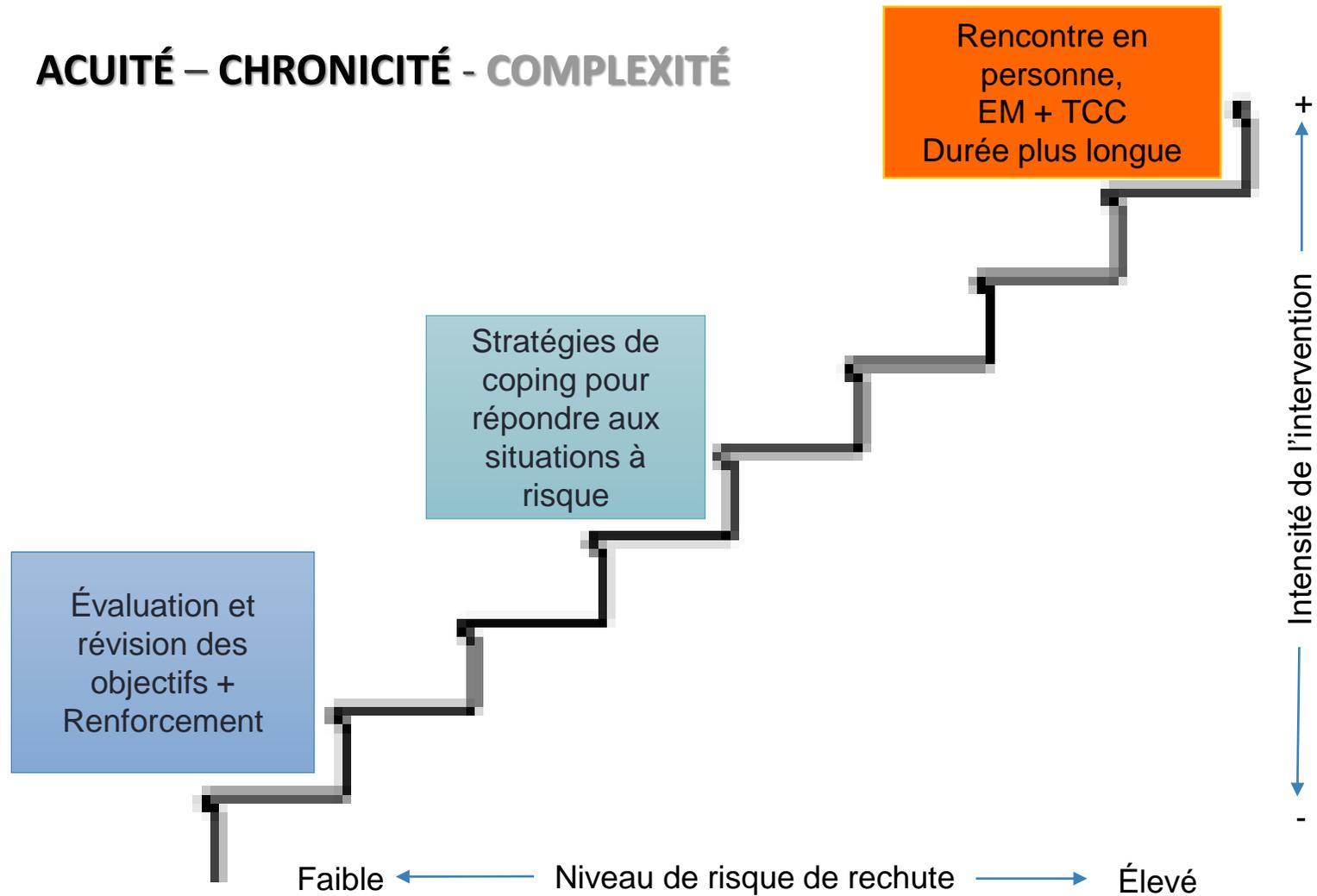
# Quelques modèles de traitement alternatif : TMC

Telephone monitoring and counseling (TMC) (McKay *et al.*, 2010)

- Modèle de soin continu basé sur les principes du «stepped care»
- Assure la continuité du soutien thérapeutique après une phase de traitement plus intensive (continuing care, aftercare)
- À l'aide de contacts téléphoniques ou en personne prévus et non prévus fréquents et ajustables selon les besoins

# Quelques modèles de traitement alternatif : TMC

ACUITÉ – CHRONICITÉ - COMPLEXITÉ



# Quelques modèles de traitement alternatif : gestion de cas

Vise à résoudre les problèmes de discontinuité et de fragmentation des services face à une problématique complexe (SAMHSA, 2012)

- Modèle qui a émergé suite à la désinstitutionnalisation (Moore 1990)
- N'est donc pas un modèle spécifique à la toxicomanie

La gestion de cas (*case management*) est un processus collaboratif de facilitation et de coordination des soins permettant de répondre aux besoins globaux et spécifiques des individus et de leur famille (Case Management Society of America, 2017)

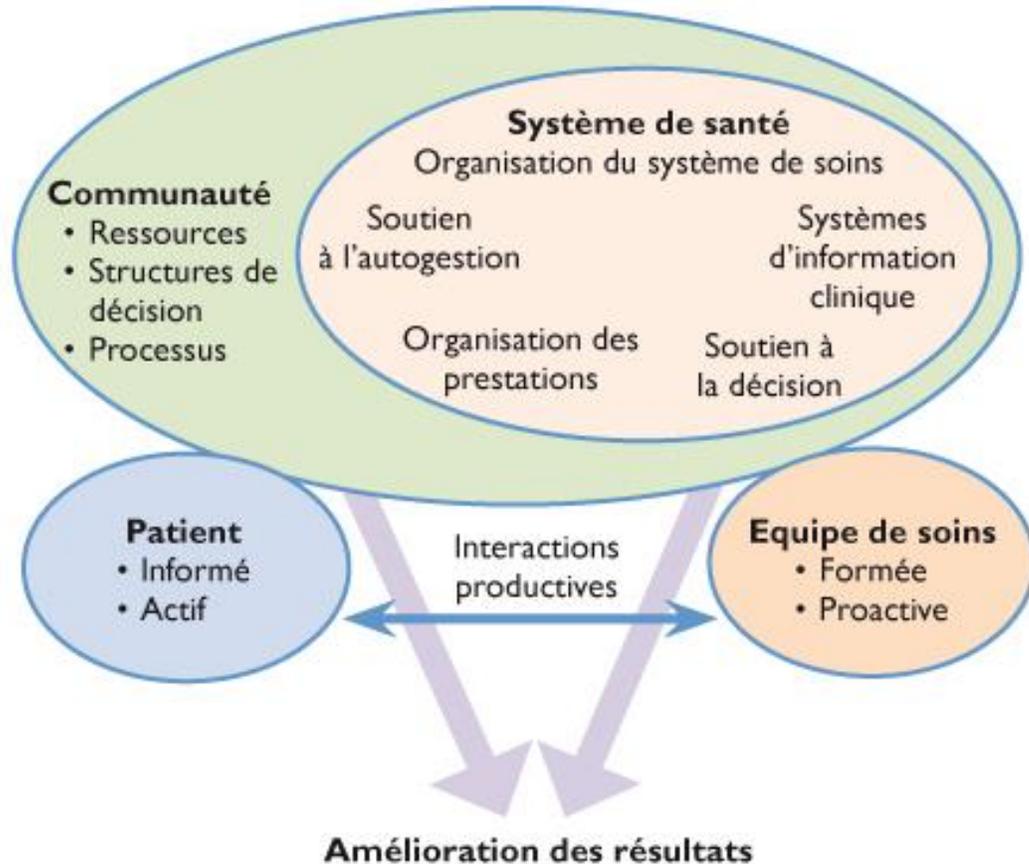
# Quelques modèles de traitement alternatif : gestion de cas

| Caractéristiques                 | Ratio clients/<br>intervenants          | Fréquence<br>des contacts | Intervention<br>de proximité<br>( <i>outreach</i> ) | Couverture<br>24h/24h | Partage<br>des<br>dossiers | Lieu des<br>contacts | Niveau<br>d'intégration<br>du traitement |
|----------------------------------|---|---------------------------|---|-----------------------|----------------------------|----------------------|--|
| Type de modèle                   | <b>ACUITÉ – CHRONICITÉ - COMPLEXITÉ</b> |                           |   |                       |                            |                      |  |
| Courtier ( <i>broker</i> )       | 1:50                                    | Basse                     | Basse   | Non                   | Non                        | Institution          | Bas                                      |
| Clinique                         | 1:30                                    | Modérée                   | Modérée   | Non                   | Non                        | Institution          | Modéré                                   |
| Centré sur les<br>forces         | 1:20                                    | Modérée                   | Modérée   | Non                   | Non                        | Milieu de<br>vie     | Variable<br>selon modèle                 |
| Suivi intensif dans<br>le milieu | 1:10                                    | Élevée                    | Élevée  | Oui                   | Oui                        | Milieu de<br>vie     | Élevé                                    |
| Gestion de cas<br>intensive      | 1:10                                    | Élevée                    | Élevée  | Oui                   | Non                        | Milieu de<br>vie     | Élevé                                    |

**ACUITÉ – CHRONICITÉ - COMPLEXITÉ**

(Mueser, Bond, Drake et Resnick, 1998)

# Les modèles de gestion des maladies physiques chroniques : une source d'inspiration



## *Chronic Care Model* (Wagner et al., 1996; 2001)

Le patient doit être aux commandes de l'avion :

- Posséder les compétences et les connaissances
- Individualisation et vue d'ensemble
- Alliance entre l'équipe traitante et le patient
- Suivi continu et proactif

(Hagon-Traub, Schlüter et Chinet, 2013, traduction française de Wagner, Austin et Von Korff, 1996)

3. Brève présentation d'un projet de recherche en cours  
*L'aménagement des services spécialisés en dépendance  
pour mieux répondre aux besoins des personnes  
présentant un profil persistant*

# Brève présentation d'un projet de recherche en cours : **objectif** et **méthode**

## Objectif

Cibler les aménagements qui peuvent être apportés :

- à **l'organisation** des services spécialisés en dépendance
- et aux **stratégies cliniques** à mettre en place

pour adapter l'offre de service actuelle aux besoins des personnes présentant un TUS persistant

## Méthode

- Une démarche de consultation visant à atteindre un consensus :
  - Une première rencontre pour échanger des idées
  - Un questionnaire
  - Une deuxième rencontre pour discuter de l'application des résultats
- Dans 7 Centres de Réadaptation en Dépendance (CRD) à travers le Québec
- Auprès de gestionnaires et de cliniciens

# Tableau continuum modèles de service basé sur l'acuité élevée vs au long cours

Inspiré des travaux de White et Kelly, (2011)

| Modèle de service      | Acuité élevée   | Long cours  |
|------------------------|---|---|
| Caractéristiques       |   |   |
| Intensité des services | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unique et prédéterminée</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Variable selon les fenêtres de vulnérabilité et le capital de rétablissement</li> <li>• Implique contacts prévus et non prévus</li> </ul>                    |
| Durée des services     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quelques semaines ou quelques mois</li> <li>• Post-traitement ou <i>aftercare</i></li> <li>• Initiation du rétablissement</li> <li>• Fermeture du dossier</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon les besoins</li> <li>• Il n'y a pas de fin préétablie</li> <li>• Initiation et maintien du rétablissement</li> <li>• Fermeture du dossier ?</li> </ul> |
| Évaluation             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Généralement une seule fois en début de traitement</li> <li>• Sert à orienter le type de service</li> <li>• Le professionnel réalise l'évaluation</li> </ul>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation en continu et réajustement des services en conséquence</li> <li>• Patient est impliqué, il apprend à faire sa propre évaluation</li> </ul>        |

# Tableau continuum modèles de service basé sur l'acuité élevée vs au long cours

Inspiré des travaux de White et Kelly, (2011)

| Modèle de service                      | Acuité élevée   | Long cours  |
|--|---|---|
| Caractéristiques                       |   |   |
| Engagement                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un évènement qui a lieu au début du traitement</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Processus continu tout au long du suivi</li> <li>• Évaluation de la relation thérapeutique, révision de la satisfaction des services et du plan de traitement au besoin</li> </ul>                                   |
| Attentes suite à un épisode de service | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que le problème se résorbe après une dose X de traitement</li> <li>• Traitements antérieurs = mauvais pronostic</li> <li>• «syndrome de la porte tournante»</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effet des traitements ne dure pas : les progrès seront maintenus tant que les services seront offerts</li> <li>• Traitements antérieurs = fait partie intégrante de la problématique</li> </ul>                      |
| Accessibilité des services             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Offre de service post-traitement à ceux qui ont «gradués»</li> <li>• Dont la forme est souvent prédéfinie (ex. groupe 1 x / semaine en soirée)</li> </ul>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour tous les clients suivis même ceux qui rechutent</li> <li>• Diminution des barrières à la participation : transport, garde d'enfant, conflit d'horaire, forme du suivi est variable selon les besoins</li> </ul> |

# Tableau continuum modèles de service basé sur l'acuité élevée vs au long cours

Inspiré des travaux de White et Kelly, (2011)

| Modèle de service                       | Acuité élevée  | Long cours   |
|---|--|--|
| <b>Caractéristiques</b>                 |  |  |
| <b>Responsabilité du contact</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Repose sur : le client</li> <li>•Autant pour le besoin de traitement que pour le suivi</li> </ul>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Repose sur : l'institution et l'équipe traitante</li> <li>•Proactif</li> <li>•Intervention de proximité (outreach)</li> <li>•Utilisation de la technologie et de stratégies de «traquage»</li> </ul> |
| <b>Liaison avec les autres services</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Référence passive</li> <li>•Peu de coordination</li> <li>•Information sur les autres services/ressources limitées</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Référence proactive</li> <li>•Développe et maintien un réseau</li> <li>•Procédure de liaison établie</li> <li>•Liaison entre équipe spécialisée et équipe de 1<sup>ère</sup> ligne</li> </ul>        |
| <b>Lieu de traitement</b>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Institution</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Milieu de vie de la personne</li> </ul>  |
| <b>Modalité de suivi</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>•En personne, souvent en groupe</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>•En personne, en groupe, en individuel, par téléphone, internet</li> </ul>  |

# Résultats préliminaires : thèmes émergents

- Rigidité organisationnelle
  - Administratif
  - Organisation de l'offre de service
- Collaboration avec les partenaires du réseau
- Documentation du besoin de service au long cours

# Conclusion : les trajectoires du TUS sont parfois transitoires, parfois persistantes

**L'importance d'adopter une vision en continuum de la problématique de TUS**

**Apprendre à identifier les personnes présentant un profil persistant**

**Adapter l'offre de service :**

- Utilisation des trois dimensions : acuité, complexité et chronicité (Rush et al., 2019)
- Beaucoup reste encore à faire pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant ce profil

**Changer de perspective :**

- Moduler nos attentes
- Considérer le retour dans les services comme une bonne chose
- Considérer l'utilisation de service à long terme comme étant parfois nécessaire

# Références

- American Society of Addiction Medicine. (2011). Public policy statement: Definition of addiction. Récupéré à <https://www.asam.org/resources/definition-of-addiction>
- Anglin, M. D., Hser, Y.-I. et Grella, C. E. (1997). Drug addiction and treatment careers among clients in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 308-323.
- Brecht, M.-L. et Herbeck, D. (2014). Time to relapse following treatment for methamphetamine use: A long-term perspective on patterns and predictors. *Drug and alcohol dependence*, 139, 18-25.
- Brochu, S., Patenaude, C., Landry, M. et Bertrand, K. (2014). Recension des écrits et problématique : La toxicomanie, une problématique alambiquée ; un traitement complexe. Dans S. Brochu, M. Landry, K. Bertrand, N. Brunelle, C. Patenaude (dir.), *À la croisée des chemins : Trajectoires addictives et trajectoires de services. La perspective des personnes toxicomanes* (p. 9-40). Québec, Qc: Les Presses de l'Université Laval.
- Chauvet, M., Kamgang, E., Ngui, N. A., Fleury, M.-J. et Simoneau, H. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. . Montréal, Qc: Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, institut universitaire.
- Dennis, M. L., Scott, C. K., Funk, R. et Foss, M. A. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of substance abuse treatment*, 28(2), S51-S62.
- Finney, J. et Moos, R. (1992). The long-term course of treated alcoholism: II. Predictors and correlates of 10-year functioning and mortality. *Journal of studies on alcohol*, 53(2), 142-153.
- Fleury, M.-J., Djouini, A., Huynh, C., Tremblay, J., Ferland, F., Ménard, J.-M. et Belleville, G. (2016). Remission from substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 168, 293-306.

# Références

- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. et Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in england. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 89-98
- McKay, J. R., Van Horn, D. H. A. et Morrison, R. (2010). *Telephone continuing care for adults*. Center City, MN: Hazelden Foundation Press.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'brien, C. P. et Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13), 1689-1695.
- Rush, B., Tremblay, J., & Brown, D. (2019). Development of a needs-based planning model to estimate required capacity of a substance use treatment system. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement(s18)*, 51-63.
- Scott, C. et Dennis, M. (2003). *Recovery management checkups: An early re-intervention model*. Chicago, IL: Chestnut Health Systems.
- Wagner, E. H., Austin, B. T. et Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 511-544.
- White, W. L. (2008). *Recovery management and recovery-oriented systems of care: Scientific rationale and promising practices*. Rockville, MD : Northeast Addiction Technology Transfer Center and the Great Lakes Great Lakes Addiction Technology Transfer Center.
- White, W. L. et Kelly, J. F. (2011). Recovery management: What if we really believed that addiction was a chronic disorder? Dans J. F. Kelly et W. L. White (dir.), *Addiction recovery management theory, research and practice*. (p. 67-84). New York, NY: Humana Press.
- White, W. L. (2012). *Recovery/remission from substance use disorders: An analysis of reported outcomes in 415 scientific reports, 1868-2011*. Chicago, Illinois: Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual disability Services and the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center.

# MERCI!

---

Questions à propos des thématiques abordées dans la présentation [myriam.beaulieu@uqtr.ca](mailto:myriam.beaulieu@uqtr.ca)