

Titre : Aménagements dans l'organisation des services spécialisés en dépendance et stratégies cliniques pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant un TUS persistant

Résumé

Les services spécialisés en dépendance (SSD) sont généralement conçus pour des personnes dont le trouble d'usage de substance (TUS) est transitoire alors que parmi celles qui les utilisent, certaines présentent un TUS persistant. Outre la nécessité de leur offrir une continuité de services dans le temps, peu de données scientifiques viennent étayer les moyens à déployer pour mieux desservir cette population. Une démarche de développement de consensus, utilisant une méthode Delphi modifiée, a été réalisée auprès de gestionnaires et de cliniciens dans sept centres de SSD du Québec. Les trois phases de la démarche ont permis d'identifier 93 propositions d'aménagements de services qui ont fait consensus parmi les participants. Ces propositions ont été organisées selon trois axes (durée, acuité, complexité) et quatre principes cliniques. Le modèle issu de cette démarche peut constituer une base pour poursuivre la réflexion sur l'aménagement des services pour cette clientèle.

Les personnes présentant un trouble d'usage de substance (TUS) transitoire se distinguent de celles qui ont un profil persistant (Brochu, Patenaude, Landry et Bertrand, 2014; Chauvet, Kamgang, Ngui, Fleury et Simoneau, 2015). Si les premières arrivent généralement à s'en sortir suite à un court épisode de traitement (White, 2012), voire même sans traitement du tout (Sobell, 1981), les deuxièmes sont connues pour la persistance de leur trouble (Simoneau *et al.*, 2018). Une revue des études portant sur les trajectoires des personnes présentant un TUS révèle que pour 35% à 54% d'entre eux, il faut en moyenne 17 années entre l'apparition du trouble et l'absence des critères diagnostiques au cours d'une année (Fleury *et al.*, 2016). Leur longue trajectoire serait ponctuée par des épisodes répétés de traitement, des périodes d'abstinence plus ou moins longues et des rechutes menant à un retour d'une consommation modérée ou problématique (Brochu *et al.*, 2014; Chauvet *et al.*, 2015).

Au cours des vingt dernières années, plusieurs chercheurs ont recommandé que les personnes présentant un TUS persistant reçoivent des services au long cours (Anglin, Hser et Grella, 1997; Dennis, Scott, Funk et Foss, 2005; McKay, 2001; McLellan, Lewis, O'brien et Kleber, 2000; Simoneau *et al.*, 2018). Beaulieu et ses collègues (2021) ont réalisé une méta-analyse dont les résultats montrent que les personnes qui ont reçu des traitements de 18 mois et plus ont, à la fin du traitement, 23.9% plus de chance d'être abstinentes ou d'avoir une consommation modérée que les personnes qui ont reçu un traitement de plus courte durée. Or, à l'heure actuelle, le système de traitement du TUS est conçu principalement dans une perspective de services à court terme, la plupart étant d'une durée inférieure à six mois (Gouvernement du Québec, 2019; SAMHSA, 2019). Malgré le consensus quant à la nécessité d'offrir des services adaptés à la situation au long cours d'une large portion des personnes présentant un TUS, très peu de données de recherche viennent étayer les moyens à déployer au plan clinique et organisationnel pour mieux desservir cette population. Rush, Tremblay et Brown (2019) ont identifié trois indicateurs du niveau de sévérité

d'un TUS permettant de guider les choix quant aux traitements à offrir aux personnes présentant un profil plus sévère: l'acuité (intensité, urgence), la complexité (concomitance de troubles de santé mentale, de santé physique, judiciaire, etc.) et la durée du trouble (de transitoire à chronique). La plupart des modèles actuels de traitement sont appariés en fonction de l'acuité du trouble, répondant principalement à ses phases les plus aigües. Toutefois, certaines alternatives aux traitements habituels existent, comme le *Recovery Management Check-up* (Scott et Dennis, 2003) ou le *Telephone monitoring and counseling* (McKay, Van Horn et Morrison, 2010) qui proposent une continuité de services en maintenant un contact régulier lors des périodes d'abstinence et en proposant une plus grande intensité de services lors des périodes de «crise». Si ces deux modèles prennent bien en compte les dimensions de durée —en offrant des services au long cours— et d'acuité changeante— en ajustant l'intensité des services selon les besoins,— la dimension de la complexité, quant à elle, est peu considérée. D'autres modèles de soins issus du traitement des maladies physiques chroniques, comme le *Chronic Care Model* de Wagner (Wagner *et al.*, 2001; Wagner, Austin et Von Korff, 1996), peuvent constituer une source d'inspiration en proposant des interventions qui favorisent l'implication active du patient pour assurer le maintien de son adhésion à long terme envers son plan de traitement.

Plusieurs gestionnaires et cliniciens dans différents centres de services spécialisés du traitement de la dépendance (SSD) du Québec et d'ailleurs dans le monde ont mentionné l'urgence d'avoir des indications quant aux stratégies à mettre sur pied pour mieux desservir cette clientèle (Djouini et Kamgang, 2017). Ces stratégies doivent porter sur les éléments d'ordre structurel (dont l'organisation des services), les processus (dont les stratégies cliniques) ainsi que leurs interactions (Donabedian, 1978). Mais outre la nécessité d'offrir une continuité de services dans le temps, trop peu de travaux scientifiques donnent des recommandations claires quant à la façon dont ces services devraient être constitués pour soutenir le rétablissement au long cours. Dans ce contexte

d'absence ou de pauvreté de données scientifiques conjugué à une urgence d'agir dans les milieux cliniques, il est recommandé de recourir au savoir d'expérience des praticiens. Généré par un processus créatif de résolution de problème face à la nouveauté, le savoir d'expérience est concret et dynamique ; il permet d'énoncer des recommandations même en l'absence de connaissances scientifiques (O'sullivan, 2005; Potvin, 2016). En outre, la complexité du savoir d'expérience lui procure une portée plus large, puisqu'il peut englober un ensemble de facteurs (ex. fonctionnement d'une organisation, valeurs, connaissances théoriques, contexte) tout en tenant compte de leurs interactions (Chagnon, Daigle, Gervais, Houle et Béguet, 2008; Potvin, 2016).

Méthode

Cette étude repose sur une démarche de développement de consensus utilisant la méthode Delphi. Employée dans plusieurs domaines, la méthode Delphi se montre particulièrement appropriée lorsqu'une question ne peut être suffisamment éclairée par la littérature scientifique en raison de sa complexité, d'une absence de données ou de leurs contradictions (Cross, 2005; Kezar et Maxey, 2016).

Échantillonnage: sélection des experts

La composition de l'échantillon a été guidée par deux principes, soit la représentativité des participants (Keeney, Hasson et McKenna, 2011; Murphy *et al.*, 1998) et le potentiel d'utilisation des résultats par les participants sélectionnés (Patton, 2003, 2008). Les experts choisis sont donc les acteurs directs de l'intervention, c.-à-d. les cliniciens et les gestionnaires au sein des SSD qui s'inscrivent dans l'offre de service du réseau de la santé et des services sociaux. Ils devaient avoir au moins deux années d'expérience dans le traitement de la dépendance aux substances. Ils sont représentatifs de différentes réalités territoriales, c.-à-d. issus de régions à la fois rurales, semi-rurales et urbaines. Ils ont été recrutés à l'aide de la méthode du tri expertisé (Fortin, 2006), c.-à-d. par l'intermédiaire des cadres des milieux cliniques ciblés. La direction de chaque centre impliqué

a été contactée pour leur expliquer le projet et ses implications. Les gestionnaires et les cliniciens correspondant aux critères de sélections identifiés par leur direction ont par la suite été invités à participer à la démarche.

Déroulement et analyses

Réalisée entre février 2020 et juillet 2021, la démarche de consultation a comporté trois rondes pour lesquelles les mêmes participants ont été sollicités : 1) discussion de groupe; 2) questionnaire; 3) discussion de groupe. Traditionnellement dans une démarche de type Delphi, l'ensemble des rondes est réalisé à partir de questionnaires plus ou moins structurés et les participants ne se rencontrent jamais (Murphy *et al.*, 1998; RAND Corporation, 2020). Toutefois dans cette étude, les rondes 1 et 3 ont été menées dans le cadre de discussions de groupe d'après la démarche Delphi adaptée par l'équipe de Tremblay *et al.* (2019), car nous souhaitons profiter de la richesse des échanges découlant des interactions entre les participants tout en retirant les avantages liés à l'anonymat du vote par questionnaire.

Première ronde : les participants (n=62 répartis dans 7 groupes selon la région de leur centre) ont été invités à réfléchir à la question suivante lors d'une rencontre virtuelle : quelles adaptations doivent être apportées à l'organisation des services et aux stratégies cliniques pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant un TUS persistant ? L'un des co-auteurs (J.T.), un chercheur et clinicien qui connaît bien la réalité des SSD, s'est chargé de l'animation des rencontres. Les discussions ont été enregistrées et une synthèse des idées faisant l'objet d'un certain consensus a été produite pour chacune d'elles. Ces idées étaient aussi rapportées au cours de la discussion avec le prochain groupe afin de jauger leur degré d'assentiment ou de divergence. L'analyse des données a été faite à partir des synthèses produites en visant à identifier les opinions convergentes à propos des diverses propositions.

Deuxième ronde : un questionnaire a été envoyé par courriel aux participants (36 répondants parmi les 62 participants). Il regroupait 105 propositions d'aménagements de services (le terme proposition sera utilisé tout au long du texte) dont 94 étaient issues de la première ronde. Les auteurs ont ajouté 11 autres propositions provenant d'une revue de la littérature concernant des éléments qui n'ont pas émergé au cours des discussions, mais pour lesquels les auteurs voulaient sonder l'opinion des participants (ex. *chronic care model*, besoins spécifiques des femmes, etc.). Les participants devaient quantifier la pertinence clinique et la faisabilité des propositions à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points (allant de "pas du tout" à "extrêmement"). Un écart interquartile de un a été utilisé pour quantifier l'atteinte d'un consensus (De Vet, Brug, De Nooijer, Dijkstra et De Vries, 2004; Rayens et Hahn, 2000). L'écart interquartile est un paramètre de dispersion absolu qui indique la différence de valeur entre le 75^e percentile et le 25^e percentile : plus la valeur est basse plus le consensus est élevé (Rayens et Hahn, 2000; von der Gracht, 2012). Les propositions pour lesquelles le consensus a été atteint pour la pertinence clinique ont été modélisées selon les trois axes de Rush *et al.* (2019) ainsi que selon quatre principes cliniques dont les thèmes ont émergé lors des discussions de la première ronde.

Troisième ronde (n=35 parmi les 62 participants initiaux répartis dans 4 groupes réunissant les participants provenant de 7 régions) : les propositions qui ont fait l'objet d'un consensus sur la base de leur pertinence clinique d'après les résultats de la deuxième ronde ont été présentées lors de quatre rencontres virtuelles afin de bonifier les recommandations en découlant. Leur applicabilité (conditions gagnantes, défis envisagés et pistes de solution) a aussi été discutée selon le contexte organisationnel propre à chaque centre impliqué dans la démarche. Les rencontres se sont déroulées selon la même procédure que celle établie lors de la première ronde, outre le fait que les groupes étaient constitués de participants provenant de plusieurs régions, ce qui leur a permis de partager aux autres leurs innovations. Les synthèses des échanges ont été analysées selon

ce qui convergeait et divergeait avec la modélisation d'aménagements des services proposée. Une attention soutenue a été apportée pour faire ressortir les nouvelles idées d'aménagements de services.

Résultats

Sur les 105 propositions, 93 ont atteint un consensus sur la base de leur pertinence clinique (score interquartile de 1 ou moins). La figure 1 présente la conceptualisation des PAS retenues selon les axes de Rush *et al.* (2019) ainsi que de quatre principes cliniques. Certaines auraient pu être classées sous plus d'un axe (ex. B.2), un choix a été fait selon leur dominance.

L'ensemble des participants impliqués est d'avis que l'offre actuelle de service ne correspond généralement pas aux besoins des personnes présentant un TUS persistant. Ils se sont positionnés favorablement pour le développement d'une offre de service différenciée selon deux grands profils de clientèle, soit transitoire et persistant. Plusieurs participants estiment que les personnes qui pourraient bénéficier d'une offre de service au long cours devraient être identifiées dès le processus d'accueil. Pour de nombreux participants, le retour à plusieurs reprises au sein des SSD, la présence d'une plus grande complexité (ex. concomitance de problèmes de santé mentale, de santé physique, de troubles judiciaires, etc.) et la détérioration en l'absence de services sont à première vue des caractéristiques les définissant.

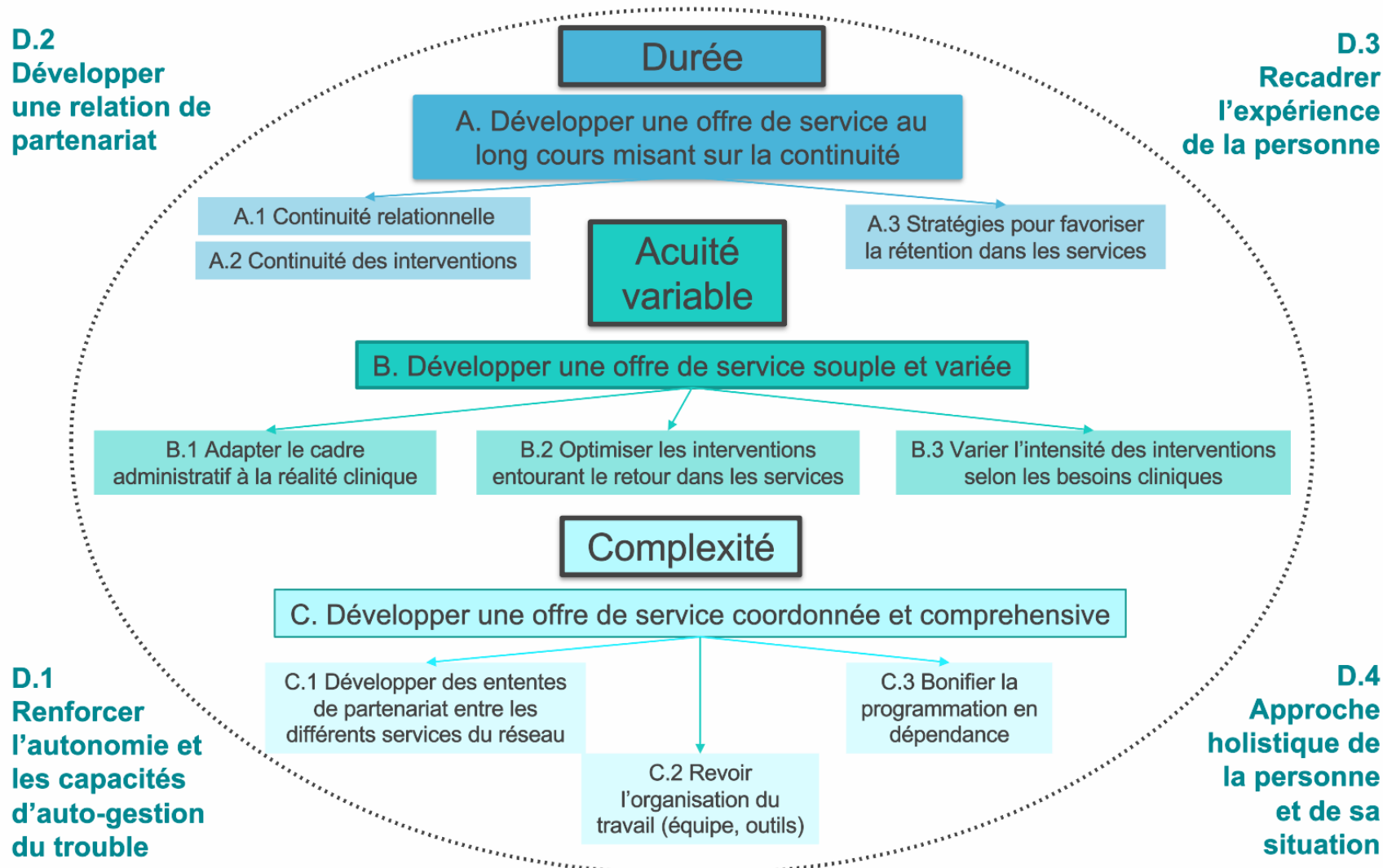


Figure 1 Proposition d'un modèle d'aménagements de services spécialisés en dépendance pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant un TUS persistant

Sur le plan de la *durée* des services, la notion de continuité est centrale (voir tableau 1). À l'heure actuelle, les services sont majoritairement offerts à court terme, et ce, au moment de crises diverses (acuité) où la personne nécessite une plus grande intensité de services. Les personnes présentant un TUS persistant reviendront à plusieurs reprises au cours des mois et années suivantes, cumulant ainsi plusieurs épisodes de traitement discontinus. Cette discontinuité s'observe par le manque de liens entre les objectifs poursuivis d'un épisode de soin à l'autre, l'attribution d'un nouvel intervenant lors d'un retour dans les services et le manque de continuité entre les niveaux de services (ex. lors du passage du séjour résidentiel à des rencontres en mode ambulatoire). D'après les participants, il serait possible de limiter la durée ou l'intensité des périodes de détérioration liées à l'absence de services en instaurant une continuité à la fois sur le plan relationnel et des interventions.

À propos de la continuité relationnelle, les participants insistent sur le développement de l'alliance thérapeutique ainsi que du sentiment d'appartenance envers l'établissement qui offrent des services. Les participants soulignent l'importance que les usagers des SSD se sentent accueillis dans *leur* centre de traitement. Plusieurs proposent la création d'une équipe spécialisée dans l'offre de service au long cours. Cette stratégie permettrait d'amenuiser l'impact négatif des ruptures d'alliance avec un intervenant spécifique lors de leurs multiples retours, parfois imprévisibles et étalés sur plusieurs années, puisqu'elles auraient développé un lien avec l'ensemble de l'équipe. Dans les régions à faible densité populationnelle où les intervenants en dépendance sont peu nombreux, ce sont plutôt les services de *case management* qui ont été proposés pour assurer la transition et la continuité entre les multiples services.

Quant à la continuité des interventions, une intervention au long cours devrait permettre de poursuivre, d'un épisode à l'autre, le travail thérapeutique précédemment entamé en s'adaptant à l'évolution de la personne au cours de cette période, et ce, même si le travail n'est pas fait avec le

même intervenant. Afin d'accentuer cette continuité, de nombreux participants ont souligné la nécessité d'implanter des relances (ex. relances téléphoniques) entre les périodes plus intensives de traitement. Ces relances permettraient également d'intervenir aux moments où la personne va bien, les participants y voyant l'occasion de travailler avec une personne davantage disposée puisque n'étant plus en situation de crise. Le principe de continuité des interventions serait également soutenu par la possibilité de participer à tous moments à des groupes de soutien offerts à une fréquence connue et récurrente. Une autre façon d'assurer la continuité entre les interventions porte sur les ateliers éducatifs de groupe. La teneur trop académique et passive de ces ateliers fait dire aux personnes revenant plusieurs fois dans les services qu'elles connaissent par cœur le contenu et que cela ne les aide pas. Plusieurs participants sont d'avis que ces ateliers devraient plutôt miser sur l'expérience des utilisateurs de service en les amenant à nouveau à situer leur progression d'un épisode de soin à un autre concernant leur travail clinique sur chacune des thématiques.

La rétention des utilisateurs de service au sein d'une offre de suivi au long cours a aussi été au cœur des discussions puisque l'abandon du traitement fragilise également la continuité des soins. Parmi les moyens identifiés pour assurer leur maintien dans les services, citons une offre de service au-delà des heures habituelles, d'offrir un accès à des moyens de transport ou encore, d'offrir des rencontres à distance par téléphone ou via toute plateforme de vidéoconférence. Pour les personnes en situation de grande précarité présentant également un TUS persistant, les participants croient que le *reaching out* serait une stratégie à préconiser pour favoriser à la fois l'accès et le maintien dans les services. Plusieurs soulignent la nécessité de recourir à une multitude de stratégies, interchangeables selon les besoins. Ils rappellent que les utilisateurs de service vivent dans des contextes différents, ont des besoins variant dans le temps selon leur trajectoire et leur progression dans le traitement. Le contexte urbain ou rural pourrait aussi avoir une influence sur la préférence

envers une stratégie de contact en particulier: les utilisateurs de service se trouvant dans les petites communautés auraient tendance à favoriser les rencontres par téléphone ou en visioconférence pour l'anonymat que cela leur procure et l'absence de distance à parcourir.

Table 1 Propositions d'aménagements des services retenues pour la notion de *durée* : développer une offre de service au long cours misant sur la continuité

A.1 Développer une offre de service au long cours misant sur la continuité relationnelle
A.1.1 Mettre sur pied une équipe spécialisée ayant pour responsabilité l'accompagnement au long cours. • L'équipe spécialisée pour l'accompagnement au long cours serait responsable des relances téléphoniques et de la gestion des retours en phase plus intensive de traitement.
A.1.2 Attribuer un <i>case manager</i> pour le suivi des personnes au long cours. • Le <i>case manager</i> assure la continuité entre les différents épisodes de service au sein du centre de traitement spécialisé en dépendance. • Le <i>case manager</i> arrime les différents services du centre de traitement spécialisé en dépendance autour de la personne.
A.2 Développer une offre de service au long cours misant sur la continuité dans les interventions réalisées
A.2.1 Considérer que la responsabilité de la prise de contact repose tant sur l'institution et l'équipe traitante que sur la personne qui utilise les services.
A.2.2 Intervenir auprès des personnes ayant une trajectoire au long cours aussi à des moments où elles vont bien.
A.2.3 Pour les utilisateurs de service identifiés comme ayant un profil persistant, faire des relances après un épisode de soin plus intensif (fréquence des appels de relance à intensité variable selon les besoins). • Dès le début du traitement, informer la personne qu'à la fin de la période plus intensive de services suivront des relances téléphoniques. • Garder les dossiers ouverts même si la personne est absente à une relance téléphonique. • Varier les modalités de relance (téléphone, lettre, carte, courriel, texto).
A.2.4 Instaurer des groupes de soutien alternatif aux AA (groupes ouverts, offerts à une fréquence connue et récurrente, mais basés sur l'approche de la réduction des méfaits).
A.2.5 Dans les activités de groupe, transformer les ateliers de façon à ce qu'ils soient moins des périodes d'enseignement (éviter que la personne nous dise qu'elle connaît par cœur le contenu ciblé) et plus des occasions de progresser sur la thématique abordée.
A.3 Stratégies pour favoriser la rétention dans les services
A.3.1 Offrir des services de gardiennage et de transport.
A.3.2 Offrir des services au-delà de la période s'échelonnant entre 9h à 17h.
A.3.3 Développer une offre de service basée sur le <i>reaching out</i> , c'est-à-dire qui intègre diverses stratégies pour rejoindre proactivement la personne, là où elle se trouve.
A.3.4 Développer une offre de service mettant en avant-plan les déplacements dans le milieu de vie de la personne.
A.3.5 Varier les modalités de contacts, selon les besoins et les objectifs poursuivis (ex. courts appels téléphoniques, rencontres individuelles au bureau, rencontres individuelles à domicile, rencontres en groupe, en présentielle ou à distance, accompagnement dans la communauté, etc.). • Utiliser différentes stratégies de communication avec la personne: texto, courriel, téléphone, vidéoconférence.

En raison des périodes de stabilité plus ou moins longues ponctuées par des rechutes et des périodes de crise que peuvent vivre les personnes présentant un TUS persistant, leur besoin en termes de services adaptés au degré d'*acuité* est variable ; l'offre de service devrait diminuer en intensité lors des périodes de stabilité et augmenter lors des rechutes. Cette intensité pourrait varier d'une relance téléphonique brève aux trois mois (acuité de services faible) à une entrée urgente dans un service hospitalier de sevrage, ou une thérapie résidentielle (acuité de services élevée), incluant toutes les variations intermédiaires. Pour mieux s'accorder à leur trajectoire changeante et aux besoins qui en découlent, l'offre de service qui leur est proposée doit être à la fois souple et variée (tableau 2).

Pour de nombreux participants, la souplesse de l'offre de service est conditionnelle à ce que le cadre administratif s'adapte à la réalité clinique des personnes présentant un TUS persistant. De nombreuses discussions ont porté sur la rigidité administrative encadrant leur travail au quotidien. Parmi les règles qui semblent être inadaptées pour assurer le suivi des personnes présentant un TUS persistant, notons: une intensité de services élevée et uniforme accompagnée de l'obligation de fermeture du dossier après 30 jours d'inactivité, une offre de service centrée presque exclusivement sur des rencontres individuelles au bureau, etc. Certains intervenants racontent comment ils dérogent aux règles, par exemple en laissant un dossier ouvert plus longtemps, en fixant des rencontres à un intervalle moins régulier, en acceptant quelques appels d'un utilisateur de service dont le dossier est fermé. Plusieurs sont toutefois d'avis qu'il serait préférable d'officialiser ces différents accommodements individuels en une trajectoire de services leur permettant d'ajuster les modalités et l'intensité nécessaire selon les besoins.

Au-delà des enjeux de continuité qui ont déjà été abordés, les participants sont particulièrement préoccupés par la gestion du retour dans les services des personnes présentant un TUS persistant. Lorsqu'ils reviennent, ils doivent repasser par l'ensemble du processus d'accueil

et d'évaluation, même s'ils recontactent directement leur intervenant. Il s'agit d'un long processus dans lequel ils devront communiquer à nouveau avec plusieurs intermédiaires et répondre aux mêmes longs questionnaires d'évaluation nécessaires avant toute prestation de services. De nombreux participants ont dénoncé la perte de temps et d'énergie associés à cette démarche : non seulement on ajoute un délai important avant que la personne puisse à nouveau recevoir des services alors qu'elle est en situation de rechute, mais en plus, cette procédure ne mène pas à une meilleure connaissance de la situation de la personne. Cette démarche est souvent vécue comme une source d'irritation et de découragement pour l'utilisateur de service, ayant un impact négatif sur son engagement et sa rétention en traitement. Il apparaît donc important aux participants de simplifier leur retour dans les services en permettant aux utilisateurs de service de recontacter directement leur intervenant qui procèdera à la réouverture du dossier. Selon eux, la pertinence clinique de l'évaluation menée lors d'un retour dans les services doit aussi être complètement repensée, en se limitant par exemple aux changements récents de sa situation.

Pour être en mesure de faire preuve de souplesse, de nombreux participants ont souligné l'importance d'être en mesure de répondre à des appels imprévus. Cela implique toutefois une redéfinition du calcul de leur charge de cas pour qu'il soit davantage en phase avec la complexité des besoins plutôt que basé sur une simple addition du nombre d'utilisateurs de service qui le compose. De plus, d'autres participants constatent l'absence d'alternatives entre une intensité très élevée dans les programmes résidentiels et une intensité moyenne (ex. une rencontre par semaine) généralement offerte dans les services ambulatoires. Ces services ne sont parfois pas adaptés aux besoins des utilisateurs de service ; les premiers ne sont pas toujours acceptables pour une personne souhaitant maintenir un lien d'emploi, un logement, s'occuper de sa famille, etc., tandis que les deuxièmes ne sont pas suffisants pour répondre à une situation de crise. Les participants proposent de développer des services rattachés à d'autres formes d'acuité comme un service ambulatoire

intensif ou un service ambulatoire à faible intensité. Les participants voient dans cette seconde alternative la possibilité que les utilisateurs de service puissent mettre en pratique entre les rencontres certaines notions abordées, voient les changements ou non et aient l'occasion de revenir en discuter.

Table 2 Propositions d'aménagements retenues pour la notion *d'acuité variable* : développer une offre de service souple et variée

B.1 Adapter le cadre administratif à la réalité clinique du suivi auprès d'une personne présentant un TUS au long cours
B.1.1 Modifier les règles d'attribution du financement des services spécialisés en dépendance en fonction du nombre d'interventions plutôt que selon le nombre d'ouvertures de dossier.
B.1.2 Tenir compte des contacts prévus et non prévus dans le calcul de la charge de cas.
B.1.3 Simplifier le processus administratif menant au retour dans les services pour favoriser la rapidité de la réponse à la demande d'aide. • Permettre à la personne de recontacter directement son intervenant plutôt que lui demander de repasser par l'accueil. • L'intervenant attribué procède lui-même à l'ouverture de dossier lorsqu'il est recontacté par un utilisateur de service. • Clore des épisodes de service plutôt que de fermer un dossier afin de permettre à la personne de revenir facilement si elle a en besoin.
B.1.4 Développer un outil d'évaluation bref utilisé lors de l'accueil des personnes qui reviennent dans les services et qui prendrait en compte les modifications dans les comportements de consommation et les événements marquants qui se sont produits depuis le dernier épisode de service. • Faire une mise à jour de la situation (évaluation) sous forme de discussion plutôt que d'une fiche technique à remplir.
B.2 Optimiser la réponse thérapeutique entourant le retour dans les services
B.2.1 Amorcer le suivi le plus rapidement possible à chacune des demandes d'aide.
B.2.2 Maintien du même intervenant lors d'un retour dans les services (autant que possible, ou du moins, lien à l'équipe traitante – voir table 1). • Offrir le choix à la personne qui ne peut retourner avec son intervenant immédiatement, d'attendre qu'une place se libère avec son intervenant ou d'aller vers un nouvel intervenant pour avoir un suivi immédiat.
B.2.4 Offrir une réponse téléphonique 24 h/24h pour les services en dépendance.
B.3 Varier l'intensité des interventions selon les besoins cliniques
B.3.1 Ajuster l'intensité des services selon le besoin de la personne : davantage de contacts plus longs en période difficile et des contacts plus courts et moins fréquents lorsque la situation va mieux.
B.3.2 Prendre des appels ou des rencontres à des moments non prévus.
B.3.3 Suite à un épisode de service plus intensif, espacer dans le temps les rencontres suivantes pour donner l'occasion à la personne de mettre en pratique les acquis cliniques.
B.3.4 Développer une offre de service ambulatoire, mais avec la même intensité que les services résidentiels.

Le profil des personnes présentant un TUS persistant s'accompagne généralement d'autres problématiques concomitantes (ex. trouble de santé mentale, problème de santé physique, judiciarisation, trauma, itinérance, etc.). Pour mieux répondre aux besoins *complexes* de ces personnes, l'ensemble des participants s'entend sur l'importance de développer une offre de service coordonnée et globale avec les autres services du réseau de la santé et des services sociaux, incluant les organismes non gouvernementaux sans but lucratif (voir tableau 3). Néanmoins, ils sont nombreux à témoigner de la difficulté pour les utilisateurs de service qu'ils rencontrent d'accéder aux autres services, dont ceux en santé mentale, en raison de délais d'attente déraisonnablement longs ou de critères d'exclusion correspondant à certaines caractéristiques des personnes présentant un TUS persistant (ex. maintien de la consommation, désorganisation menant à un manque d'assiduité aux rencontres). Pour de nombreux participants, il s'agit d'un enjeu qui nécessite la création d'ententes de partenariats pour favoriser l'accès et la fluidité entre les organisations et les différents professionnels du réseau. L'amélioration de la coordination entre les SSD et les équipes en santé mentale est le domaine le plus préoccupant pour une majorité de participants. Toutefois, plusieurs ajoutent qu'il reste beaucoup à faire sur le plan de la coordination avec les services de la santé physique (médecin généraliste, milieu hospitalier et autres professionnels de la santé physique). Plusieurs sont d'avis que l'état de santé peut constituer un levier de thérapeutique puissant. Dans ce contexte, ils préconisent l'établissement de partenariat avec des groupes de médecine familiale ou la création de postes de médecin généraliste au sein des SSD.

La communication ressort aussi comme un enjeu particulièrement important pour assurer une meilleure coordination des services. Certains participants expliquent que depuis les dernières années, ils communiquent davantage avec leurs collègues provenant d'autres services du réseau de la santé et des services sociaux. Cependant, ce sont des efforts qui exigent temps et énergie, car les contacts doivent être faits un à un. Dans cette optique, l'une des solutions proposées consiste à

mettre en place un système d'information clientèle commun entre les services en santé mentale et ceux en dépendance, permettant un accès partagé à l'information entre les différents services du réseau.

Dans le cadre de leur collaboration avec d'autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, les participants ont été nombreux à raconter qu'ils se sont heurtés aux préjugés et à la méconnaissance de collègues qui véhiculent certaines croyances inadaptées telles que l'abstinence est le seul objectif de traitement valable, les personnes doivent être abstinentes avant de traiter tout autre problème (ex. santé mentale), ou encore, la thérapie résidentielle est la seule option possible et après ce traitement, elles devraient être « guéries ». Pour contrer la méconnaissance dont découlent ces préjugés, il leur semble primordial que les professionnels partenaires reçoivent une formation de base en dépendance pour développer une compréhension de la problématique et des différentes voies pour se rétablir.

Pour de nombreux participants, l'amélioration de la coordination des services requiert également de revoir l'organisation du travail. Certains participants mentionnent quelques expériences de coordination réussies. Ils soulignent toutefois que ces expériences reposent sur des initiatives personnelles et qu'il n'y a pas de structure organisationnelle permettant de les rendre plus systématiques. C'est pourquoi plusieurs préconisent le développement d'une offre de service basée sur un modèle multidisciplinaire qui intégrerait par exemple des intervenants du domaine de la santé mentale et des dépendances ou encore l'utilisation d'outils de planification de la coordination des services.

L'amélioration de la réponse à la complexité nécessite également de bonifier la programmation en dépendance. Plusieurs participants considèrent que certains angles de la problématique sont moins bien couverts. C'est notamment le cas de la question des traumatismes ou de la consommation sexualisée qui devraient être mieux intégrés dans la programmation en

dépendance. Cette intégration requiert de former les professionnels, de développer des outils cliniques et d'établir des partenariats avec des services spécialisés traitant de ces enjeux. Plusieurs croient également que les SSD ne tiennent pas suffisamment compte de certains facteurs psychosociaux pouvant contribuer au maintien de la problématique comme le milieu de vie ou l'éducation/l'emploi. À cet effet, certains proposent de développer les ressources et une expertise de services de réinsertion sociale, dont des services occupationnels et de retour à l'emploi, de façon à ce que ces personnes actualisent un projet de vie et entretiennent des activités satisfaisantes. L'idée d'offrir des services d'hébergement spécifiquement destinés aux femmes a aussi été retenue, pour leur éviter de revenir à un mode de vie favorisant le maintien de leur consommation.

Table 3 Propositions d'aménagements retenues pour la notion de *complexité* : développer une offre de service coordonnée et globale

C.1 Développer des ententes de partenariat entre les différents services du réseau de la santé et des services sociaux (interprofessionnel et interorganisationnel, réseau public et organismes non gouvernementaux à but non lucratif)
C.1.1 Améliorer l'accès et la fluidité entre les organisations et les différents professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. • Développer des ententes de services réciproques, notamment entre les SSD et les services hospitaliers pour établir des lignes directrices claires de prise en charge. • Instaurer des partenariats avec des psychiatres pour que les utilisateurs de service puissent y accéder et que les intervenants en dépendance puissent les consulter facilement. • S'il y a lieu, inclure les organismes non gouvernementaux à but non lucratif dans les ententes de partenariat. • Instaurer des partenariats entre les SSD et les groupes de médecine familiale. • Créer des postes de médecin généraliste au centre de traitement spécialisé en dépendance.
C.1.2 Améliorer la communication entre les organisations et les différents professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. • Utiliser un système d'information unique permettant un accès partagé à l'information entre les différents services du réseau.
C.1.3 Former et éduquer les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux aux réalités de l'intervention en dépendance. • Proposer une formation de base en dépendance dans les universités et les collèges qui offrent des programmes dans le domaine psychosocial et de santé • Mise en place de stratégies telles que la formation croisée par rotation de personnels pour favoriser un réel partage des savoirs entre les équipes. • Prendre garde d'étiqueter les personnes présentant un TUS au long cours en présentant leur problématique aux partenaires.
C.2 Revoir l'organisation du travail pour favoriser la coordination des services

C.2.1 Développer une offre de service basée sur un modèle multidisciplinaire (collaboration d'intervenants provenant de plusieurs disciplines). • Développer une offre de service intégrée coordonnée par un <i>case manager</i>. • Mise en place d'équipes composées d'intervenants en santé mentale et dépendance. • Mise en place des espaces de travail (espace de bureau commun ou aire commune partagée) qui regroupent des professionnels provenant de différents domaines (ex. santé mentale et dépendance). • Intégrer des intervenants en dépendance dans les réunions cliniques d'équipe de santé mentale. • Utiliser un outil de planification des services pour coordonner les services des personnes présentant des besoins complexes.
C.3. Bonifier la programmation des services spécialisés en dépendance
C.3.1 Développer l'expertise des intervenants en dépendance sur les troubles concomitants tels que les problèmes judiciaires et de santé mentale (dont entre autres, la question des traumatismes, la déficience intellectuelle et les troubles du spectre de l'autisme).
C.3.2 Développer une offre de service intégrant la question de la consommation sexualisée. • Intégrer la question de la sexualité et des liens avec la consommation au sein de la programmation en dépendance.
C.3.3 Développer les ressources et une expertise dans la réinsertion sociale. • Développer une offre de service occupationnelle pour augmenter l'implication des personnes présentant un TUS persistant dans des activités quotidiennes satisfaisantes. • Développer une offre de service d'hébergement spécifique aux femmes permettant d'assurer la transition avant une thérapie ou après une thérapie.

En plus des changements qui devraient être apportés sur le plan organisationnel pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant un TUS persistant, les participants ont également soulevé l'importance de travailler différemment sur le plan clinique (voir tableau 4). Plusieurs participants expliquent que ces principes guident déjà leur pratique, mais ils souhaiteraient que l'institution les adopte officiellement.

Pour de nombreux participants, l'accompagnement des utilisateurs de service dans le développement de leur *autonomie à gérer leur trouble* apparaît comme un des principes fondateurs (principe D.1, figure 1). En plus d'être cohérent avec les valeurs humanistes qu'ils prônent, les participants croient qu'il est profitable cliniquement de renforcer le sentiment d'auto-efficacité des utilisateurs de service à prendre soin d'eux, car cela a un impact sur leur disposition à faire des prises de conscience, leur mobilisation au changement et leur rétention en traitement. Les participants ont surtout discuté de l'importance d'accompagner les utilisateurs de service dans le développement de leur capacité à monitorer leur problématique à l'aide de tests simples (quantité

et fréquence de consommation, fortes envies, autres objectifs liés au traitement, etc.). Certains estiment qu'il serait facilitant pour les utilisateurs de service d'avoir accès à ce genre de tests à partir d'une application en ligne qu'ils pourraient télécharger sur leur téléphone.

L'attention accordée au développement de l'autonomie de la personne dans la gestion de son trouble est une posture clinique qui va de pair avec le fait de *le considérer comme un partenaire* du traitement (principe D.2, figure 1). Il semble cohérent aux participants de valoriser le point de vue et l'expertise que les utilisateurs de service ont développés à propos de leur propre situation en le prenant en compte lors des décisions liées à l'orientation du traitement, à la planification des services qui leur sont destinés, et ce, dès l'initiation du traitement.

Pour une majorité de participants, il importe de *recadrer l'expérience* de la personne en adoptant une approche centrée sur les forces ainsi qu'un paradigme de traitement au long cours (principe D.3, figure 1). D'une part, les participants insistent sur l'importance pour les personnes qu'elles accompagnent de développer une image plus positive d'elles-mêmes en les aidant à explorer les forces et les ressources qu'elles ont mobilisées dans leur parcours, car cela les aidera à se sentir mieux outillées pour gérer leur trouble. D'autre part, les participants expliquent qu'il est important d'aider ces personnes à se situer dans un long parcours où chaque étape leur permet de progresser (par opposition à une vision où un épisode de soin devrait apporter de grands changements). Plusieurs participants croient qu'en informant les utilisateurs de service et les membres de leur entourage à propos de la durée du processus de rétablissement ainsi que de ses enjeux, il serait possible de moduler les attentes, ce qui pourrait renforcer leur adhésion au traitement et susciter l'espoir de façon réaliste. Il faut aussi les aider à réinterpréter leur parcours de traitement en les amenant à voir les progrès réalisés d'un épisode à l'autre et à considérer le retour dans les services comme une nouvelle opportunité de changement.

Plusieurs participants croient que le profil des personnes présentant un TUS persistant requiert une *approche holistique de la personne et de sa situation* (principe D.4, figure 1). Certains estiment que les interventions devraient cibler l’environnement social à titre de ressources supplémentaires, ce qui est d’autant plus vrai auprès des personnes présentant un potentiel plus faible sur le plan adaptatif. Les participants mentionnent comment la mesure du succès des interventions devrait inclure les progrès réalisés dans toutes les sphères de vie et non pas uniquement une mesure de l’abstinence. De plus, étant donné que les membres de l’entourage sont une source importante de soutien pour la personne, mais qu’ils peuvent aussi jouer un rôle— sans forcément le vouloir —dans le maintien des comportements problématiques, il apparaît primordial aux participants de les impliquer dans le processus de traitement. Les utilisateurs de service manifestent souvent le sentiment d’être mieux compris et soutenus lorsque leur entourage est pris en compte dans les services.

Table 4 Propositions de stratégies cliniques retenues en lien avec les quatre principes cliniques

D.1 Renforcer l’autonomie et les capacités d’autogestion du trouble
D.1. Développer une gamme d’outils de monitoring simples pour que les utilisateurs de service puissent s’autoévaluer régulièrement (consommation, autres objectifs liés au traitement, etc.). • Offrir certains de ces outils de monitoring sur un support technologique, comme une application de téléphone. • Considérer les besoins des personnes qui ont des difficultés sur le plan de la lecture dans le développement des outils de monitoring.
D.2 Établir et maintenir une relation de partenariat
D.2.1 Intégrer les personnes aux prises avec un TUS persistant dans la réflexion et la mise en place des services qui leur sont destinés. • Attribuer le bon intervenant à l’utilisateur de service en fonction des besoins qu’il a lui-même exprimés (ex. attribution d’une infirmière s’il souhaite travailler ses problèmes de santé, un intervenant psychosocial s’il veut travailler des problèmes psychiques ou relationnels). • Considérer la personne comme partie prenante dans la planification des services en utilisant son auto-évaluation pour déterminer l’orientation de son dossier. • Demander fréquemment à l’utilisateur de service d’évaluer la relation thérapeutique (ex. à toutes les cinq rencontres). • Ajuster l’intensité des services selon les résultats de l’auto-monitoring. • Se baser sur l’auto-évaluation de la personne pour déterminer la fin de l’épisode de service
D.3 Recadrer l’expérience de la personne en soulignant ses forces et en situant ses progrès dans un long parcours

D.3.1 Aider la personne à voir ses ressources personnelles au travers de son histoire de consommation plutôt que ses difficultés ou ses limites.
• Explorer les forces mobilisées pour passer au travers des périodes difficiles.
D.3.2 Éduquer les membres de l'entourage sur la durée du processus de rétablissement.
• Expliquer le concept de syndrome prolongé de sevrage aux patients et aux membres de leur entourage.
D.3.3 Adopter une approche qui situe d'emblée la personne dans un long processus où chaque étape lui permet de faire des pas de plus pour améliorer sa situation.
• Lors d'un retour, resituer la personne dans son parcours pour l'amener à voir les progrès réalisés selon les objectifs qu'elle s'était fixés. • Nommer à la personne que la fin d'un épisode de service (ex. un séjour à l'interne) est une des étapes dans son processus de rétablissement et non la fin du cheminement.
D.3.4 Aider la personne à revoir son histoire de demandes d'aide et d'utilisation de services comme un parcours de succès et non d'échecs.
• Réinterpréter la rechute et le retour en traitement comme une nouvelle opportunité de changement.
D.4 Adopter une approche holistique de la personne et de sa situation
D.4.1 La mesure du succès ne devrait pas se faire uniquement au regard des progrès sur la consommation, mais également quant aux progrès dans les autres sphères de vie.
D.4.2 Amener les personnes à développer leur capital de rétablissement à la fois personnel, social et communautaire.
D.4.3 Intégrer l'entourage dans le suivi de la personne ayant un TUS persistant.
• Intégrer l'entourage dans le processus d'évaluation des besoins des personnes ayant un TUS persistant. • Intervenir auprès de l'entourage dès l'accueil de la demande afin de les soutenir et favoriser leur bien-être. • Élargir la définition de l'entourage pour considérer l'ensemble des personnes investies auprès de la personne lorsque sa famille est absente ou désinvestie.

La réalisation de la troisième ronde a permis de valider la pertinence clinique des composantes du modèle d'aménagements des services (figure 1). Les participants sont en accord avec la conceptualisation des propositions à l'aide des trois axes (durée, acuité et complexité) ainsi que les principes cliniques énoncés dans le modèle. Les discussions ont également donné lieu à d'autres propositions allant dans ce sens (tableau 5). Les participants se disent généralement satisfaits d'avoir participé à la démarche : ils ont apprécié d'avoir l'occasion de réfléchir à leur pratique et d'échanger avec leurs collègues provenant d'autres centres.

Sur le plan de la faisabilité de l'implantation des propositions, plusieurs participants sont d'avis qu'une majorité d'entre elles pourraient facilement être implantées dans les services. La

transformation des ateliers de groupe (A.2.5, tableau 1) figure parmi celles qui semblent le plus facilement applicables puisqu'elle nécessite peu de ressources. Certains participants ont d'ailleurs raconté qu'ils ont amorcé ce changement et d'autres envisagent de le faire dans la prochaine année. La mise en place d'une équipe spécialisée (A.1.1, tableau 1) est également un élément que plusieurs participants considèrent de façon prioritaire bien que plus complexe à mettre en place. D'autres prévoient également de réviser le processus d'accueil et d'évaluation (B.1.3, tableau 2) et de développer un outil d'évaluation bref (B.1.4, tableau 2). Durant l'étude, certains centres participants à la démarche ont implanté certaines propositions à différents degrés d'officialisation; certains ont créé une programmation complète alors que d'autres ont commencé à offrir informellement des services au long cours aux utilisateurs de service qui semblent présenter un profil persistant.

Les obstacles perçus par les participants pour planter les propositions se situent principalement sur le plan organisationnel et administratif : pénurie et mouvement de main-d'œuvre, surcharge de travail, règles administratives inadaptées, difficulté à établir des ententes de services avec d'autres services du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que la grandeur du territoire à desservir. Le temps et la durée sont également indispensables pour offrir des services adéquats à une personne présentant un TUS persistant ; il faut établir une relation de partenariat, rencontrer les membres de l'entourage, gérer les situations de crise, travailler en collaboration avec d'autres professionnels et faire plusieurs références vers d'autres services, accompagner la personne dans la gestion de son trouble, etc. Il s'agit donc d'un enjeu de taille qui doit être pris en considération dans l'implantation d'une offre de service adaptée. Ils estiment également que ces changements doivent être portés par une volonté politique relevant des hauts-gestionnaires. En adoptant une vision macro-organisationnelle, ils doivent revoir les paradigmes sous-jacents à l'organisation des services pour qu'ils soient davantage en phase avec une approche au long cours,

ce qui implique notamment de réviser les indicateurs de succès des interventions et les attentes envers les utilisateurs de service.

Table 5 Propositions d'aménagements des services issus des discussions de la troisième ronde qui n'ont pas fait l'objet d'un processus d'élaboration de consensus

Durée : développer une offre de service au long cours misant sur la continuité
Continuité dans les interventions réalisées • Effectuer des relances téléphoniques dans les 24-72 heures suivant la fin d'un séjour résidentiel. • Quelques mois après la fin d'un épisode de service, faire parvenir à l'utilisateur des éléments significatifs contenus au dossier prévus pour aider à la persistance dans le parcours de changement (ex. une lettre que l'utilisateur de service s'est écrite à lui-même en prévision de son état futur). • Parallèlement aux services offerts en mode ambulatoire, développer une offre de service de type auto-soin soit à l'aide de brochures ou en ligne via différents vidéos sur une chaîne YouTube.
Stratégies pour favoriser l'accès et le maintien dans les services • Favoriser le <i>reaching out</i> en proposant les services d'accueil et d'évaluation dans les locaux d'institutions partenaires non spécialisés en dépendance
Acuité: développer une offre de service souple et variée
Optimiser la réponse thérapeutique entourant le retour dans les services • Développer un service sans rendez-vous. • Soutenir le service sans rendez-vous en demandant aux cliniciens de réserver une plage horaire libre (ex. d'une demi-journée par semaine).
Complexité : développer une offre de service coordonnée et globale
Améliorer l'accès et la fluidité entre les organisations et les différents professionnels du réseau de la santé et des services sociaux • Faire appel à différents professionnels spécialisés en santé mentale, dont entre autres, les infirmières spécialisées en santé mentale. • Mettre en application l'approche du «no wrong door».
Revoir l'organisation du travail pour favoriser la coordination des services • Réaliser des interventions de groupe co-animées par différents professionnels travaillant dans différents secteurs du réseau de la santé et des services sociaux selon la problématique concomitante avec les dépendances. • Mieux définir les rôles et reconnaître les expertises spécifiques de chaque professionnel • Utilisation d'un répertoire des professionnels gravitant autour d'un utilisateur de service dans la planification des services.
Bonifier la programmation des services spécialisés en dépendance • Réaliser une auto-évaluation des compétences des cliniciens spécialisés en dépendance à intervenir en santé mentale (connaissance et habileté) pour établir les besoins en termes de formations.

Discussion

Cette étude visait à identifier les aménagements aux SSD sur le plan clinique et organisationnel pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant un TUS persistant. Pour ce faire, une démarche de développement de consensus utilisant la méthode Delphi a été réalisée

auprès de gestionnaires et de cliniciens de sept centres de SSD. Ils ont souligné l'inadéquation de l'offre de service actuelle généralement offerte aux personnes présentant un TUS persistant : services organisés dans une perspective à court terme, offerts lors des phases les plus aiguës du trouble (acuité élevée) avec l'attente que le problème se résorbe à la suite d'un seul épisode de service (White et Kelly, 2011). La démarche a mené à l'élaboration d'un modèle d'intervention au long cours qui suggère de revoir l'organisation des services en proposant des pistes concrètes qui considèrent la durée, l'acuité changeante et la complexité de la problématique (Rush *et al.*, 2019) ainsi que quatre principes cliniques. À ce jour, peu de traitements sont conçus spécifiquement pour les personnes présentant un TUS persistant à l'exception du *Recovery Management Check-up* (Scott et Dennis, 2003) et du *Telephone monitoring and counseling* (McKay *et al.*, 2010). Ces programmes fort novateurs se veulent une réponse adaptée aux enjeux de durée de service et d'acuité changeante, portant moins attention à la gestion de la complexité des troubles. Il en va de même pour les modèles de traitement des maladies physiques chroniques qui intègrent peu les notions de complexité (Boehmer, Abu Dabrh, Gionfriddo, Erwin et Montori, 2018). En apportant une réponse exhaustive aux caractéristiques associées à la sévérité du TUS (durée, acuité, complexité) tout en considérant les aspects relevant du niveau macro-organisationnel, micro-organisationnel et clinique, le modèle issu de la présente étude apparaît novateur dans le domaine des dépendances.

Sur le plan de la durée, l'accent a été mis sur la notion de continuité des interventions et de la relation. Ces résultats vont dans le sens de ceux rapportés dans une méta-analyse révélant une absence de variation dans l'efficacité des traitements de 18 mois et plus en fonction de leur durée, ce qui suggère que la continuité serait plus importante qu'une durée spécifique de services (Beaulieu *et al.*, 2021). Pour la notion d'acuité, la question des variations dans les phases d'intensité du trouble a principalement été abordée sous l'angle de la gestion du retour dans les services. Il

semble s'agir d'un défi important pour les organisations qui doivent prévoir un nouvel épisode de service tout en assurant une continuité sur le plan relationnel et des interventions. Le *Recovery Management Check-up* (Scott et Dennis, 2003) ou le *Telephone monitoring and counseling* (McKay *et al.*, 2010) constituent des modèles de prestation de services dont les milieux cliniques pourraient s'inspirer pour offrir des services en fonction de l'évaluation du niveau d'acuité du trouble. Concernant la notion de complexité, les propositions émises par les participants visaient l'amélioration de la coordination des services. Ceux-ci ont abordé leur difficulté à offrir des traitements coordonnés aux utilisateurs de service qu'ils accompagnent et plus notablement encore lorsqu'ils devaient articuler leurs services avec ceux en santé mentale. La difficulté à établir une relation de collaboration satisfaisante avec d'autres services du réseau de la santé et des services sociaux est un enjeu rapporté par plusieurs intervenants qui travaillent auprès de personnes présentant des besoins complexes (Neale, Parkman et Strang, 2019) et malgré les tentatives pour l'améliorer, la coordination des services demeure un défi pour nos systèmes de soin (Ellis, Churrua et Braithwaite, 2017). D'après Valentijn, Schepman, Opheij et Bruijnzeels (2013), pour être réussie, la coordination des services doit être planifiée à la fois sur le plan stratégique (ex. vision, culture et objectifs unifiés), organisationnel (ex. processus de collaboration entre les organisations, organisation du travail entre les professionnels), fonctionnel (ex. financement, partage d'information) et systémique (ex. cohérence entre les différents niveaux et les différents systèmes). Les propositions se rapportant à la notion de complexité dans le cadre de cette étude touchent ces différentes dimensions.

Les principes cliniques ciblés dans ce modèle se retrouvent dans les ingrédients actifs du *Chronic Care Model* (Wagner *et al.*, 2001; Wagner *et al.*, 1996), mais sont aussi présents dans les services centrés sur la personne (Needham, 2011) ou encore l'approche centrée sur les forces (Rapp et Goscha, 2012), des modèles qui ont tous en commun une vision humaniste de l'intervention.

D'après l'étude de Pettersen *et al.* (2019) réalisée auprès des personnes présentant un TUS persistant, le sentiment d'être un partenaire à part entière, l'accentuation de leur autonomie, de leur responsabilité et de leurs ressources personnelles figurent parmi les facteurs clés qui ont contribué à leur rétablissement dans le cadre de leur utilisation des SSD.

L'une des forces du modèle proposé repose sur sa simplicité et sa cohérence sur le plan clinique. L'utilisation des trois axes de sévérité du TUS (durée, acuité et complexité) nous permet de réfléchir à l'organisation des services en considérant les caractéristiques des personnes qui présentent un profil persistant. En les combinant avec les quatre principes cliniques, les grandes lignes de la philosophie d'intervention qui devrait être préconisée auprès de ces personnes se dessinent. De plus, les propositions dont il est issu s'appuient sur le savoir d'expérience des praticiens : un savoir concret et rattaché au contexte (Chu et Tsui, 2008; Potvin, 2016), ce qui favorise l'élaboration de recommandations qui sont adaptées à la réalité clinique. Pour renforcer l'utilisation des résultats issus de cette démarche (Patton, 2003), nous avons misé sur l'implication des gestionnaires et des cliniciens des milieux où ils seront appliqués. La méthode employée dans cette étude favorise en elle-même l'applicabilité des résultats dans le contexte québécois; les interactions directes entre les participants leur donnent l'occasion d'enrichir leur compréhension du problème et facilitent leur mobilisation pour y faire face (Kezar et Maxey, 2016). Tout au long du déroulement de l'étude, nous avons été témoins de quelques projets d'aménagements de services à différents degrés d'envergure, ce qui illustre la façon dont ce projet a pu stimuler les milieux cliniques. L'effervescence des idées lors des échanges entre les parties prenantes, et ce, même lors de la troisième ronde, illustre la progression de leur réflexion, de leur engagement et de leur enthousiasme envers le projet.

Sur le plan des limites, la pandémie est venue chambouler le calendrier du projet étirant sa durée au-delà de ce qui était initialement prévu. Il est possible que la longueur du projet ait causé

un peu plus d'attrition parmi les participants qu'il n'aurait été souhaitable. Malgré tout, des représentants de tous les milieux ciblés au départ ont participé aux trois rondes de consultation, assurant ainsi une représentativité des opinions tout au long de la démarche. De plus, la transférabilité des conclusions issues de cette démarche est limitée par l'échantillon sur lequel elle repose. Constitué uniquement de gestionnaires et de cliniciens recrutés dans les SSD du Québec, le modèle développé dans cette étude a été réfléchi à partir de leur contexte. Toutefois, les propositions ont été élaborées en considérant les caractéristiques associées à la sévérité du TUS persistant (durée, acuité changeante et complexité) ainsi qu'en tenant compte des enjeux que rencontrent les intervenants en œuvrant auprès de ces utilisateurs de service. Il est fort possible que des gestionnaires et cliniciens provenant d'autres pays se sentent interpellés par ces mêmes enjeux et que plusieurs propositions élaborées dans le cadre de cette démarche soient compatibles à leur réalité.

Conclusion

Les résultats de cette démarche ont mené à l'élaboration d'un modèle d'aménagements des services pouvant constituer la base pour continuer à alimenter les réflexions sur le plan macro-organisationnel (ex. financement, ententes de partenariat entre institutions), micro-organisationnel (ex. bonification de la programmation, mise sur pied d'une équipe spécialisée dans l'intervention au long cours) et clinique (ex. développement de l'autonomie, s'appuyer sur les forces et les ressources des personnes). Les prochaines recherches devraient porter sur l'évaluation d'implantation d'innovations dans les services au long cours auprès de ces personnes. Identifié comme un enjeu important à l'implantation des services au long cours, une attention particulière devrait être accordée à l'accompagnement des intervenants, des chefs d'équipe et des partenaires dans le changement de paradigmes qu'impliquent ces aménagements de services (Kadu et Stolee, 2015).

Références

- 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. doi: 10.1037/0893-164X.11.4.308
- Beaulieu, M., Tremblay, J., Baudry, C., Pearson, J. et Bertrand, K. (2021). A systematic review and meta-analysis of the efficacy of the long-term treatment and support of substance use disorders. *Social Science & Medicine*, 114289. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114289>
- Boehmer, K. R., Abu Dabrh, A. M., Gionfriddo, M. R., Erwin, P. et Montori, V. M. (2018). Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. *PLoS ONE*, 13(2), 1-17. doi: 10.1371/journal.pone.0190852
- Brochu, S., Patenaude, C., Landry, M. et Bertrand, K. (2014). Rescension des écrits et problématique : La toxicomanie, une problématique alambiquée ; un traitement complexe. Dans S. Brochu, M. Landry, K. Bertrand, N. Brunelle et 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.
- Chagnon, F., Daigle, M., Gervais, M.-J., Houle, J. et Béguet, V. (2008). L'utilisation de l'évaluation fondée sur la théorie du programme comme stratégie d'application des connaissances issues de la recherche. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 23(1), 3.
- 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.
- Chu, W. C. et Tsui, M.-S. (2008). The nature of practice wisdom in social work revisited. *International Social Work*, 51(1), 47-54.
- Cross, H. (2005). Consensus methods: A bridge between clinical reasoning and clinical research? *International journal of leprosy and other mycobacterial diseases : official organ of the International Leprosy Association*, 73(1), 28-32.
- De Vet, E., Brug, J., De Nooijer, J., Dijkstra, A. et De Vries, N. K. (2004). Determinants of forward stage transitions: A delphi study. *Health Education Research*, 20(2), 195-205. doi: 10.1093/her/cyg111

- 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.
- Djouini, A. et Kamgang, E. (2017). Rapport d'évaluation des technologies et modes d'intervention (etmi) sur l'évolution des troubles liés à l'utilisation des substances et les modèles d'intervention. Montréal, Qc: Institut universitaire sur les dépendances,.
- Donabedian, A. (1978). The quality of medical care. *Science*, 200(4344), 856-864.
- Ellis, L. A., Churruarín, K. et Braithwaite, J. (2017). *Mental health* services conceptualised as complex adaptive systems: What can be learned? *International journal of mental health systems*, 11(1), 1-5.
- 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.
- Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal, Qc: Chenelière-Éducation.
- Gouvernement du Québec. (2019). Répertoire des ressources en dépendances. Récupéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/dependances/index.php>
- Kadu, M. K. et Stolee, P. (2015). Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: A systematic review. *BMC family practice*, 16(1), 1-14.
- Keeney, S., Hasson, F. et McKenna, H. P. (2011). *The delphi technique in nursing and health research*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Kezar, A. et Maxey, D. (2016). The delphi technique: An untapped approach of participatory research. *International journal of social research methodology*, 19(2), 143-160.
- McKay, J. R. (2001). Effectiveness of continuing care interventions for substance abusers: Implications for the study of long-term treatment effects. *Evaluation Review*, 25(2), 211-232.
- 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.
- Murphy, M., Black, N., Lamping, D., McKee, C., Sanderson, C., Askham, J. et Marteau, T. (1998). Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 2(3), i-88.
- Neale, J., Parkman, T. et Strang, J. (2019). Challenges in delivering personalised support to people with multiple and complex needs: Qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 33(6), 734-743. doi: 10.1080/13561820.2018.1553869
- Needham, C. (2011). Personalization: From story-line to practice. *Social policy & administration*, 45(1), 54-68.
- O'sullivan, T. (2005). Some theoretical propositions on the nature of practice wisdom. *Journal of Social Work*, 5(2), 221-242. doi: 10.1177/1468017305054977
- Patton, M. Q. (2003). Utilization-focused evaluation (*International handbook of educational evaluation* (p. 223-242): Springer.
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization-focused evaluation*. (4th ed.^e éd.). Los Angeles, Calif.: Sage Publications. (4th ed.^e éd.)
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Benson, V. et Davidson, L. (2019). Helpful ingredients in the treatment of long-term substance use disorders: A collaborative narrative study. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 13, 1178221819844996. doi: 10.1177/1178221819844996
- Potvin, P. (2016). Le savoir d'expérience (*L'alliance entre le savoir issu de la recherche et le savoir d'expérience: Un regard sur le transfert de connaissances*. Boucherville, Québec: Béliveau éditeur.
- RAND Corporation. (2020). Delphi method. Récupéré à <https://www.rand.org/topics/delphi-method.html>
- Rapp, C. A. et Goscha, R. J. (2012). *The strengths model : A recovery-oriented approach to mental health services*. (3rd ed.^e éd.). New York, NY: Oxford University Press. (3rd ed.^e éd.)
- Rayens, M. K. et Hahn, E. J. (2000). Building consensus using the policy delphi method. *Policy, politics, & nursing practice*, 1(4), 308-315.

- Rush, B., Tremblay, J. et 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.
- SAMHSA. (2019). Treatment episode data set (teds) 2017 admissions to and discharges from publicly-funded substance use treatment. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Scott, C. et Dennis, M. (2003). Recovery management checkups: An early re-intervention model. *Chicago, IL: Chestnut Health Systems*.
- Simoneau, H., Kamgang, E., Tremblay, J., Bertrand, K., Brochu, S. et Fleury, M. J. (2018). Efficacy of extensive intervention models for substance use disorders: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 37, S246-S262. doi: 10.1111/dar.12590
- Sobell, M. B. (1981). The nature of alcohol problems: Old concepts and new. *Progress in Neuro-Psychopharmacology*, 5(5), 475-481. doi: [https://doi.org/10.1016/0364-7722\(81\)90029-1](https://doi.org/10.1016/0364-7722(81)90029-1)
- Tremblay, J., Bertrand, K., Blanchette-Martin, N., Rush, B., Savard, A.-C., L'espérance, N., . . . Genois, R. (2019). Estimation of needs for addiction services: A youth model. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement(s18)*, 64-75.
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W. et Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, 13.
- von der Gracht, H. A. (2012). Consensus measurement in delphi studies: Review and implications for future quality assurance. *Technological Forecasting and Social Change*, 79(8), 1525-1536. doi: <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2012.04.013>
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. et Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health affairs*, 20(6), 64-78.
- Wagner, E. H., Austin, B. T. et Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly*, 74(4), 511-544. doi: 10.2307/3350391
- 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.

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.