

Aménagements des services pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant un trouble persistant d'usage de substances

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

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



Plan de la présentation

- 01 Le trouble persistant d'usage de substance
- 02 Résultats du projet: *L'aménagement des services spécialisés en dépendance pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant un profil persistant*
- 03 Échange et questions



01

Le trouble persistant d'usage de substance



Le trouble d'usage de substance (TUS) persistant

Taux de rémission moyens

(White, 2012)

46,3 % ne présentent
plus les critères
diagnostics
5 ans après avoir reçu
des services

Relevé d'utilisation des services

(SAMHSA, 2019)

66 % pas 1^{ère}
demande d'aide

15 % 5^e
traitement

Étude des trajectoire

(Fleury *et al.*, 2016)

Pour 35 % à 54 %,
durée moyenne de 17 ans
entre
apparition du trouble et
1^{ère} année d'absence de critères DSM



Les caractéristiques des personnes présentant un TUS persistant (White, 2008)

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



Définition d'une trajectoire de TUS 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 (incluant AA/NA)
- ponctués par des périodes d'abstinence plus ou moins longues
- des rechutes menant au retour d'une consommation problématique/modérée



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)



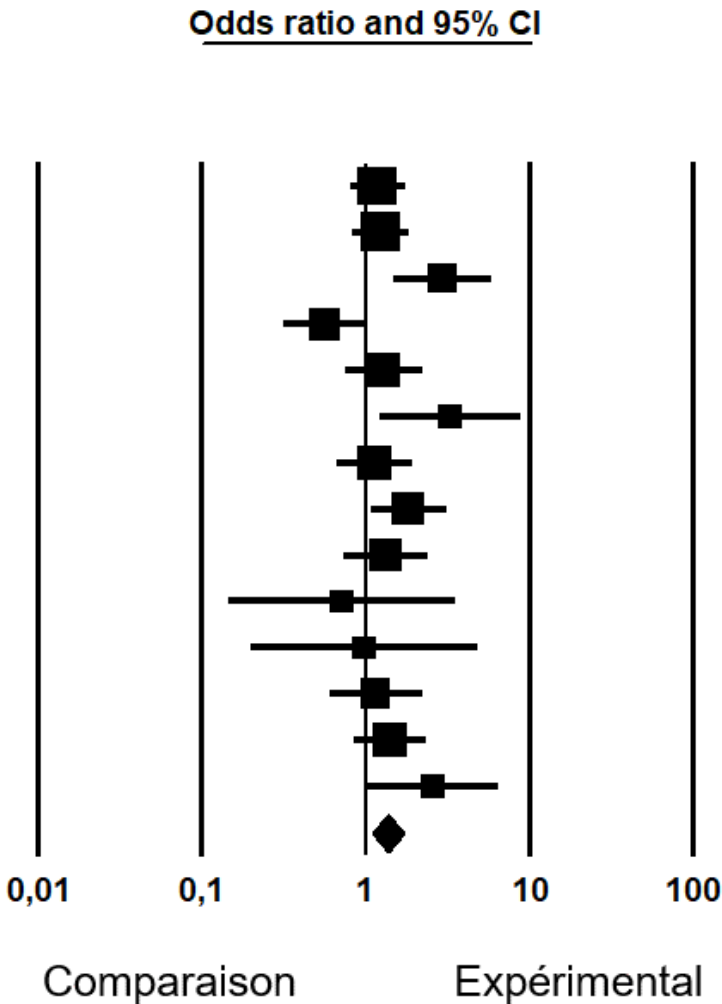
Méta-analyse sur les traitements au long cours : résultats

(Beaulieu, Tremblay, Bertrand, Beaudry et Pearson, 2021)

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 %



Méta-analyse sur les traitements au long cours : résultats

(Beaulieu, Tremblay, Bertrand, Beaudry et Pearson, 2021)

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





02

Résultats du projet: *L'aménagement des services spécialisés en dépendance pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant un profil persistant*



Présentation du projet : *L'aménagement des services spécialisés en dépendance pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant un profil persistant*

Objectif

Adapter l'offre de service aux besoins des personnes présentant un TUS persistant en ciblant les aménagements qui peuvent être apportés :

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

Méthode

- Une démarche de développement de consensus utilisant une méthode Delphi modifiée:
 - 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



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

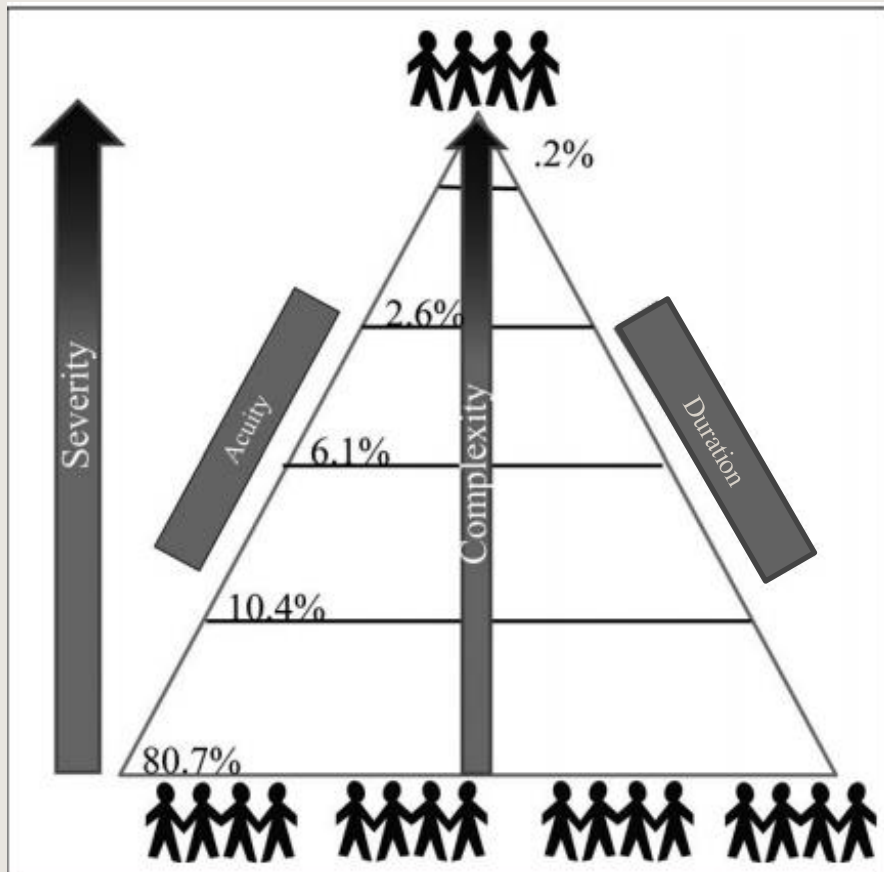


Figure tirée de Rush *et al.* (2019), p. 54

Pour établir le besoin de traitement découlant du niveau de sévérité d'un TUS, Rush *et al.* (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 durée du trouble dans le temps

Poids de l'handicap (*Disability Weight*)

	Modéré	Sévère
JHA modéré (PGSI 3-4)	,29	
T-JHA (PGSI 5+)		,44
TUS alcool modéré	,39	
TUS alcool sévère		,55
Dépendance cannabis	,32	
Dépendance amphétamine	,35	
Dépendance opioïdes		,64
Cancer métastatique		,48
Parkinson modéré	,26	
Parkinson sévère		,55
Cancer dx, 1 ^{ère} thérapie	,29	
Amputation 2 jambes sans tx long terme		,49

Varie 0
(aucun)
à 1 (décès)
(OMS, 2002)
(Salomon et al., 2012)

Résultats : aménagement des services sur le plan de la durée

Développer une offre de service au long cours misant sur la continuité

Continuité relationnelle

Durée

- Équipe spécialisée dans l'accompagnement au long cours
- Intervenant pivot

Quelques modèles de traitement alternatif :

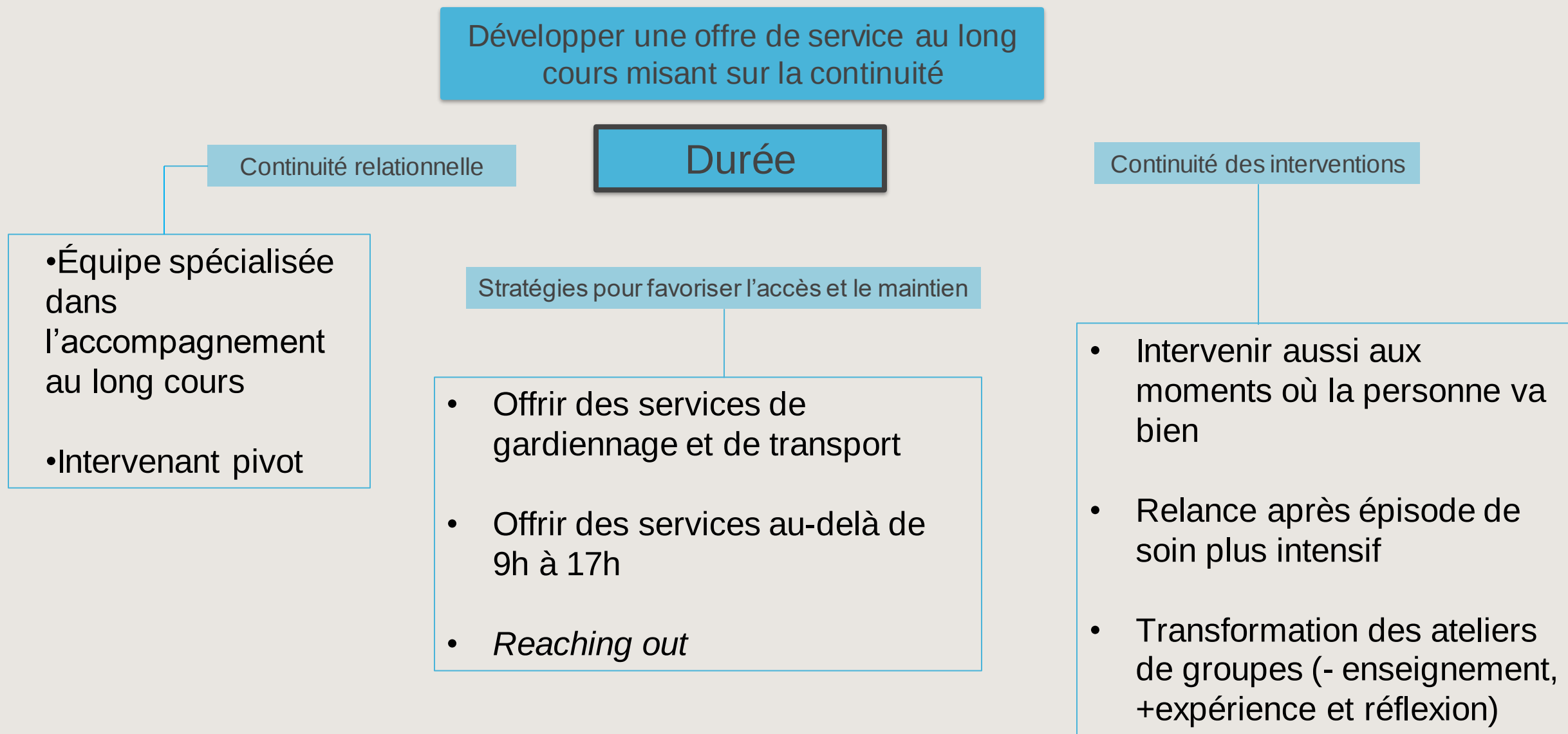
Les modèles de gestion de cas (case management)

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

(Mueser, Bond, Drake et Resnick, 1998)

ACUITÉ - DURÉE - COMPLEXITÉ

Résultats : aménagement des services sur le plan de la durée



Résultats : aménagement des services sur le plan de l'acuité

- Offre de service en externe individualisée, mais avec la même intensité que les services à l'interne
- Varier les modalités de contacts selon les besoins et les objectifs poursuivis

Développer une offre de service au long
dur la continuité

ée

Continuité prise en charge

Continuité des interventions

Stratégies pour favoriser l'accès et le maintien

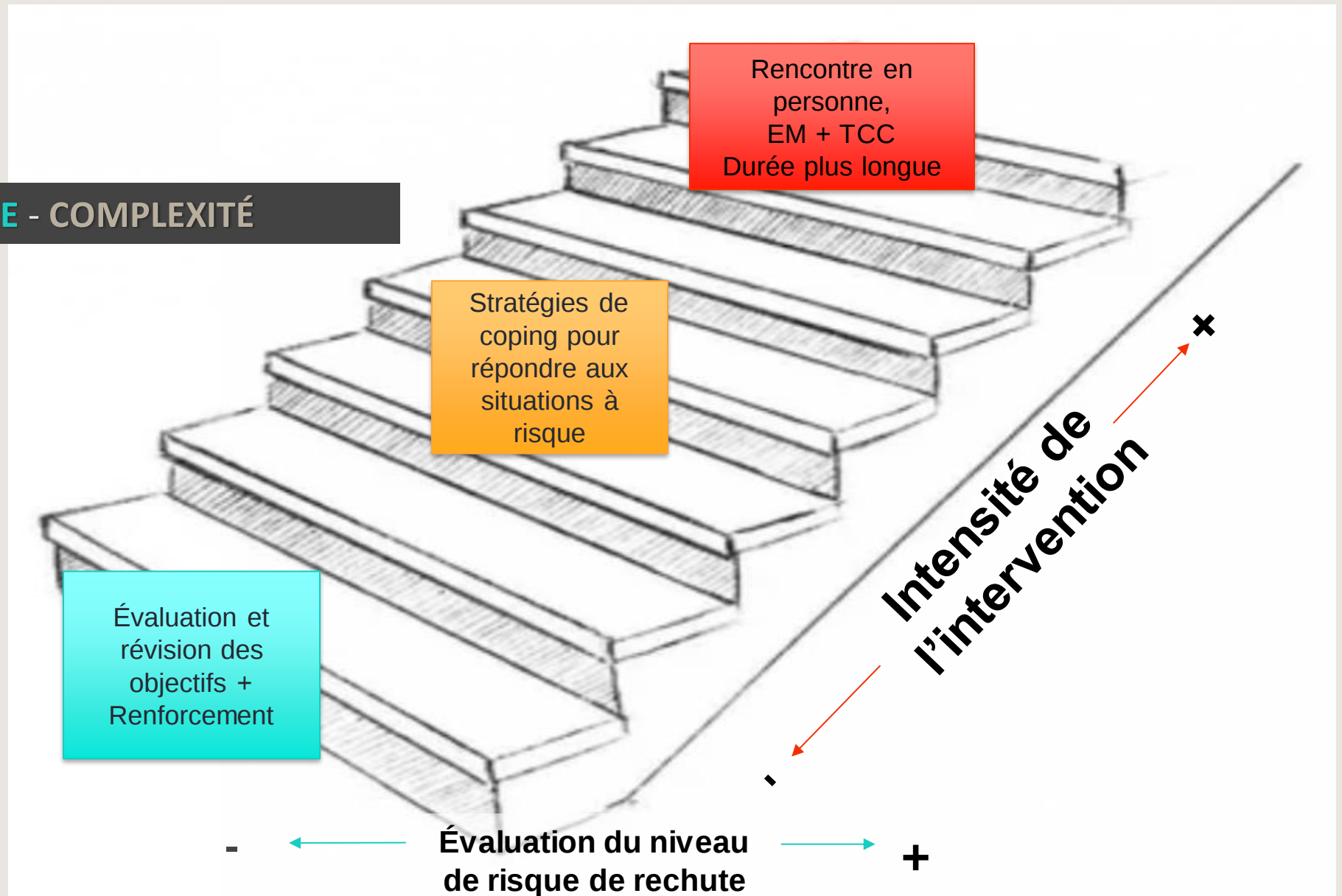
Développer une offre de service souple et variée

Varier les stratégies de
contacts et les modalités
d'intervention selon le niveau
d'intensité de service
nécessaire

Acuité
variable

Quelques modèles de traitement alternatif : Telephone monitoring and counseling (TMC) (McKay et al., 2010)

ACUITÉ - DURÉE - COMPLEXITÉ



Résultats : aménagement des services sur le plan de l'acuité

Développer une offre de service au long
pour la continuité

- Offre de service en externe individualisée, mais avec la même intensité que les services à l'interne
- Varier les modalités de contacts selon les besoins et les objectifs poursuivis

- Amorcer le suivi le plus rapidement possible à chacune des demandes d'aide
- Revoir la trajectoire d'accès

Stratégies pour favoriser l'accès et le maintien

Développer une offre de service souple et variée

Varier les stratégies de contacts et les modalités d'intervention selon le niveau d'intensité de service nécessaire

Acuité variable

Optimiser les interventions entourant les retours dans les services

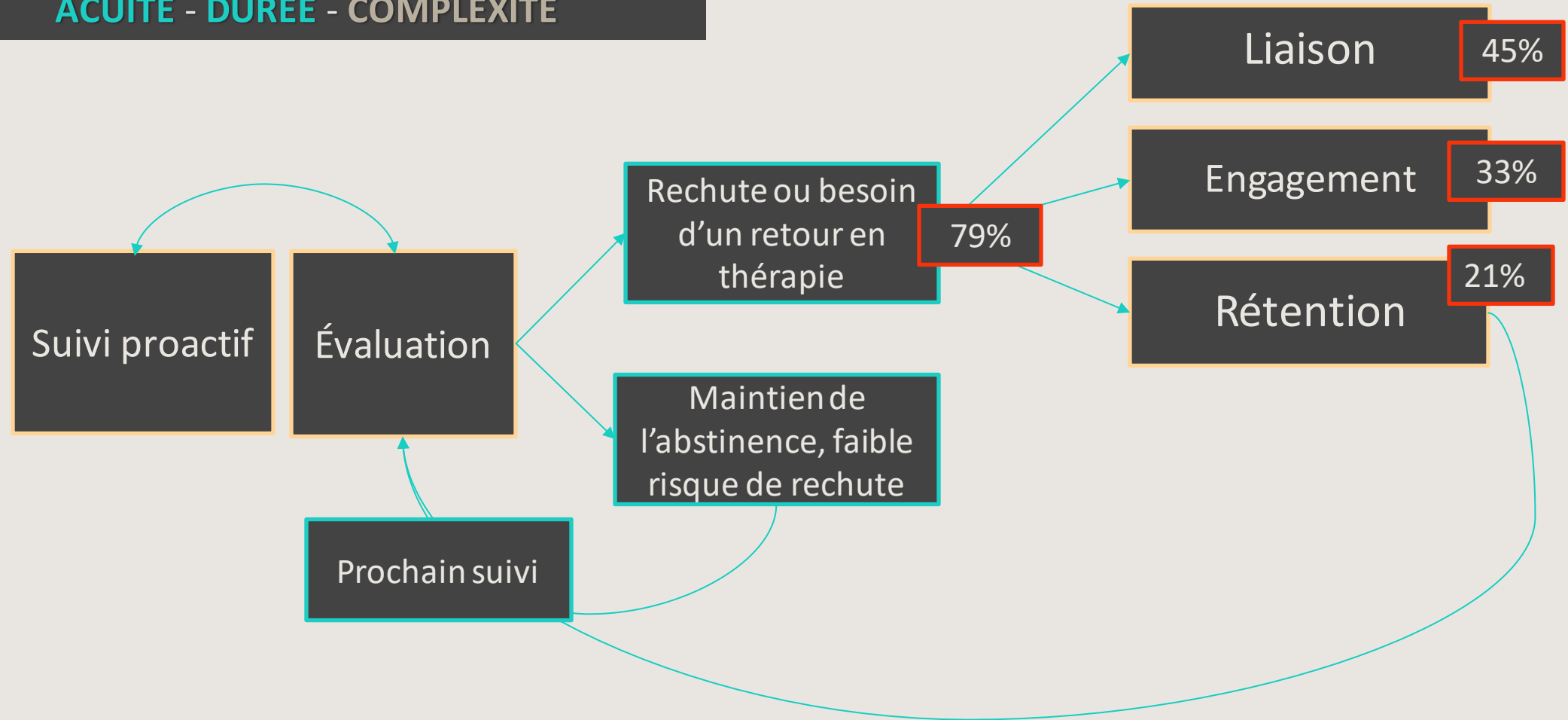
Adapter le cadre administratif à la réalité clinique

- Tenir compte des contacts prévus et non prévus dans le calcul de la charge de cas
- Simplifier le processus administratif menant au retour dans les services : développement d'un outil d'évaluation abrégé

Quelques modèles de traitement alternatif :

Le modèle de Recovery Management Check-up (RMC) (Scott et Dennis, 2003)

ACUITÉ - DURÉE - COMPLEXITÉ



Résultats : aménagement des services sur le plan de la complexité

Établir des partenariats ou des ententes officielles avec différentes organisations du réseau

- favoriser l'accès simple et rapide à un psychiatre pour les usagers
- ententes de partenariat entre les différents services du réseau pour les usagers présentant des problèmes au long cours

Mise en place de stratégies favorisant la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle

- offre de service basée sur un modèle multidisciplinaire
- système d'information unique permettant un accès partagé à l'information entre les différents services du réseau
- PSI pour assurer la coordination des services

Intégrer la question des traumatismes et de la consommation sexualisée dans la programmation en dépendance

- Impliquer et intervenir auprès des membres de l'entourage

Développer une offre de service coordonnée et globale

Bonifier la programmation en dépendance

Améliorer la coordination et la concertation avec les partenaires du réseau (public et communautaire)

Complexité

Résultats : aménagement des services sur le plan de clinique

Approche holistique de la personne et de sa situation

- évaluation considère également le contexte, ses forces, ses aspirations, son bien-être et sa qualité de vie
- vise l'amélioration de la qualité de vie et du bien-être globale

Recadrer l'expérience et redéfinir les attentes

- explorer les forces mobilisées pour passer au travers des périodes difficiles
- réinterpréter la rechute et le retour en traitement comme une nouvelle opportunité de changement
- 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

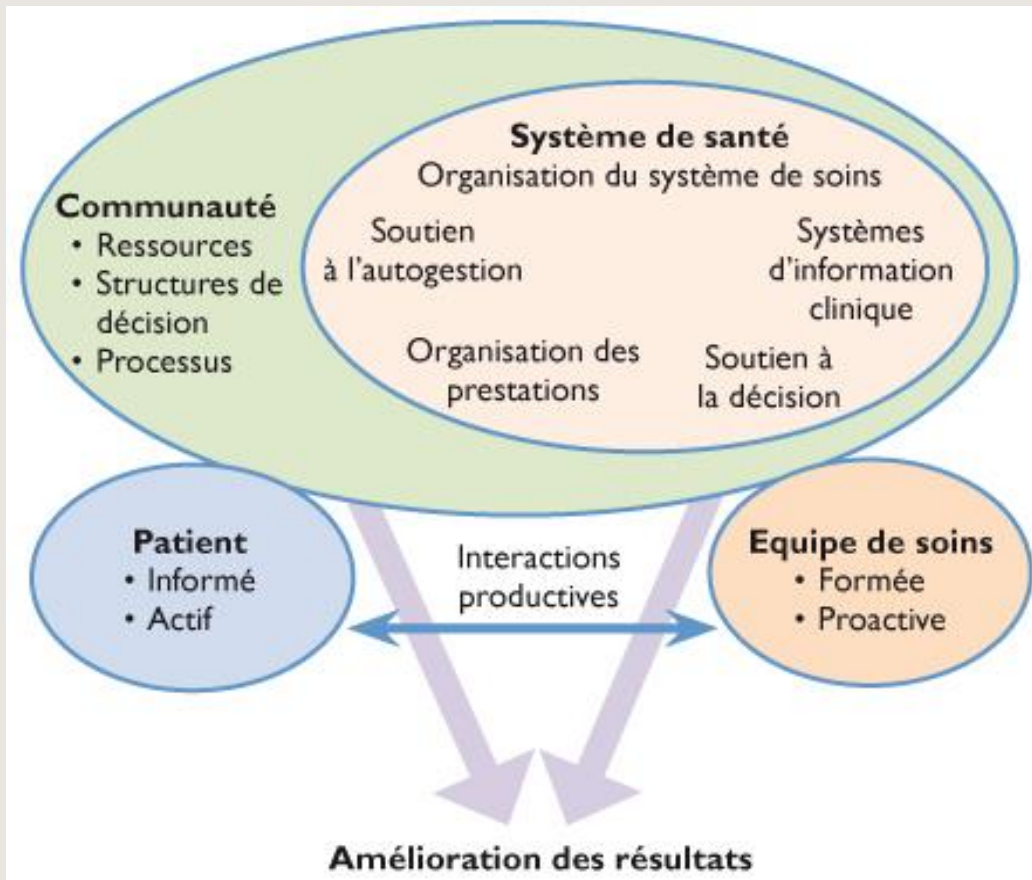
Relation de partenariat avec la personne

- emphasis sur la relation thérapeutique
- intégrer le client dans la réflexion et la mise en place des services qui lui sont destinés

Renforcer l'autonomie et les capacités dans la gestion du trouble (pilote d'avion)

- développer une gamme d'outils de monitoring simples pour que les clients puissent s'autoévaluer régulièrement
- améliorer leurs connaissances et habiletés pour prendre soin de soi

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

Résultats : modèle d'aménagement des services

Développer
une relation de
partenariat

Recadrer
l'expérience
de la personne

Durée

Développer une offre de service au long
cours misant sur la continuité

Continuité relationnelle

Continuité des interventions

Stratégies pour favoriser la
rétention dans les services

**Acuité
variable**

Développer une offre de service souple et variée

Adapter le cadre administratif à
la réalité clinique

Optimiser les interventions entourant
le retour dans les services

Varier l'intensité des interventions
selon les besoins cliniques

Complexité

Développer une offre de service coordonnée et globale

Développer des ententes de
partenariat entre les différents
services du réseau

Revoir l'organisation du
travail (équipe, outils)

Bonifier la
programmation en
dépendance

Renforcer
l'autonomie et
les capacités
d'auto-gestion
du trouble

Approche
holistique de
la personne
et de sa
situation

Conclusion

La question n'est plus de savoir si certaines personnes ont un profil persistant ou si elles devraient recevoir des services au long cours :

- mais plutôt de savoir de quoi ces services devraient être constitués pour mieux répondre à leurs besoins

Beaucoup reste encore à faire sur ce plan :

- prochaine étape sera d'implanter certains aménagements dans les CRD





03

Échanges et questions

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.
- 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>
- 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.
- 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.
- 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