

Tournée des partenaires en Abitibi, 25 septembre 2025

Les troubles d'utilisation de substances, problèmes transitoires ou au long cours ? : réfléchir nos services en dépendance différemment

Myriam Beaulieu, ps.éd., Ph.D.
Professeure à l'école de psychoéducation de l'Université de Montréal

Université
de Montréal



Plan de la présentation

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



01 Le trouble d'usage de substance (TUS)

Transitoire vs persistant

TUS transitoire vs TUS persistant

Parmi l'ensemble des personnes présentant un TUS, deux types de profil

- 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)

Profil TUS transitoire : quelques données

- % important n'utilisent pas les services en dépendance pour se rétablir
 - entre 66 et 75 % selon les études
(Heyman, 2009; Kelly, Bergman, Hoepfner, Vilsaint et White, 2017a; Müller et al., 2020; Stinson et al., 2006)
- Étude menée auprès de la population générale, majorité des personnes ont besoin entre 1 et 4 tentatives sérieuses pour cesser de consommer (Kelly et al., 2019)
- Étude menée auprès de la population générale, % important rétablissement sans avoir fait une seule rechute

Table 16: Number of relapses (n=855)

0	1	2 to 5	6 to 9	10 to 13	14 or more	No response
438	123	166	39	42	42	5
51.2%	14.3%	19.4%	4.5%	4.9%	4.9%	0.5%

Note: Total might not sum to 100% because of rounding.

Tiré de McQuaid et al., 2017, p.20

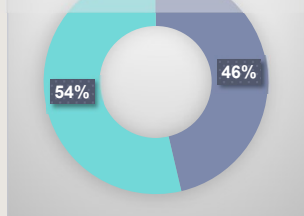
Le profil persistant

Le trouble d'usage de substance (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)

Taux de rémission moyens

(White, 2012)

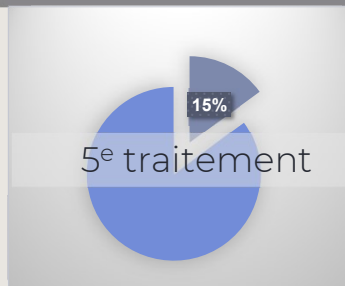
5 ans après avoir reçu des services



Relevés d'utilisation des services

(SAMHSA, 2019)

5^e traitement



Étude des trajectoires

(Fleury et al., 2016)

Pour 35% à 54 % des personnes

17 ans

Apparition du trouble

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

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

- des épisodes répétés de traitement spécialisé en dépendance (incluant AA/NA)
- des périodes d'amélioration ou de maintien, d'abstinence/consommation modérée plus ou moins longues
- des rechutes menant au retour d'une consommation problématique



(Simoneau et al., 2018; White, 2012)



La durée des services et les modèles de traitement alternatif

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)

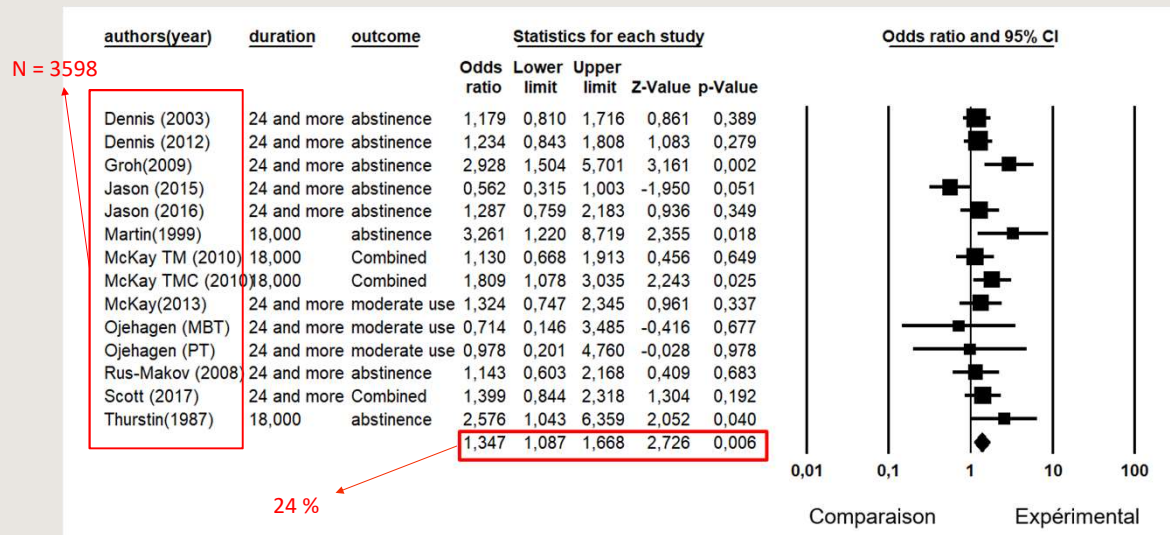
Une durée plus longue de service est associée à de meilleurs résultats quant à la diminution:

- 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)



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



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

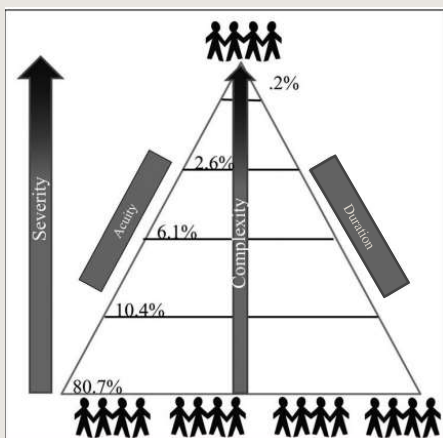


Figure tirée de Rush et al. (2019), p. 54

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

Quelques modèles de traitement alternatif : RMC

ACUITÉ – CHRONICITÉ - COMPLEXITÉ

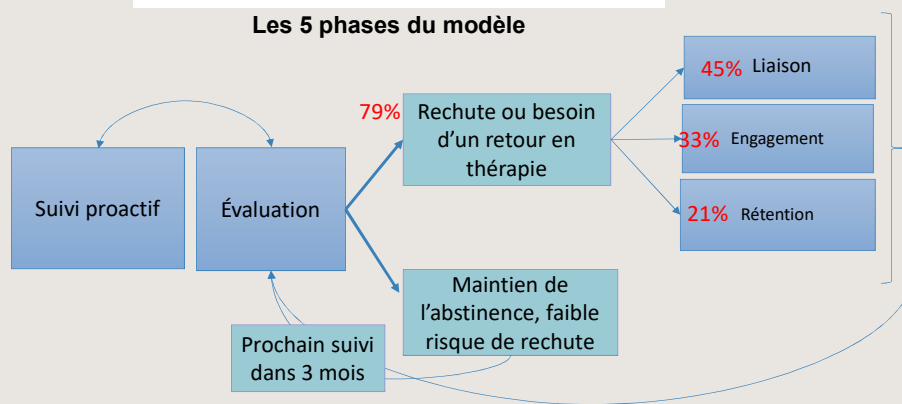
Recovery Management Check-up (RMC) (Scott et Dennis, 2003)

- 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



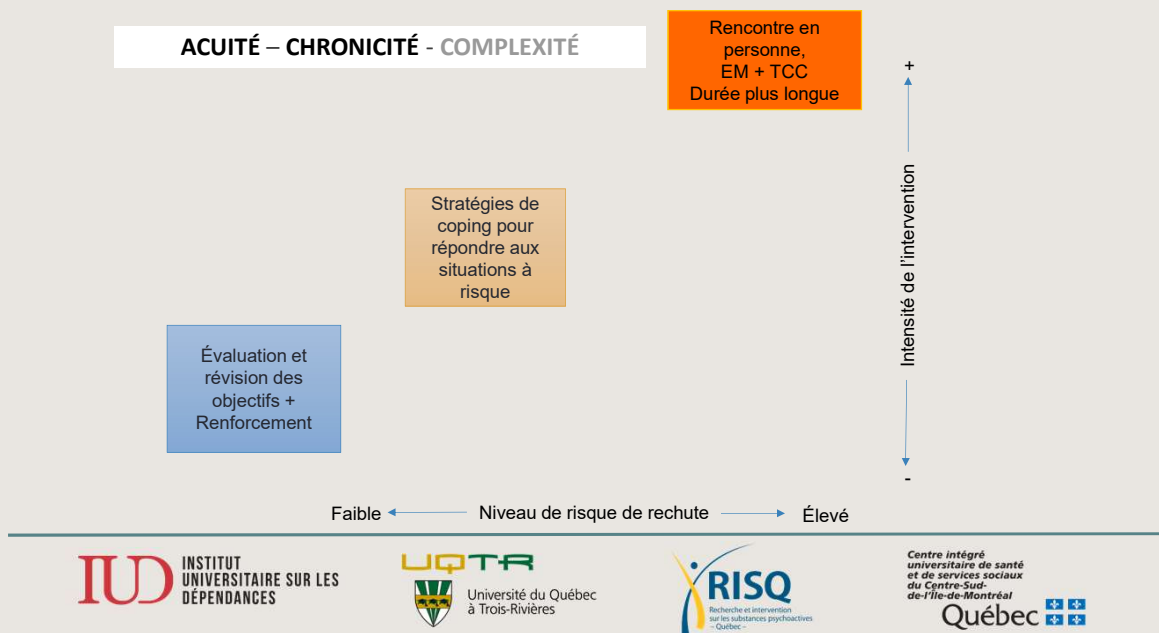
Quelques modèles de traitement alternatif : TMC

ACUITÉ – CHRONICITÉ - COMPLEXITÉ

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



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

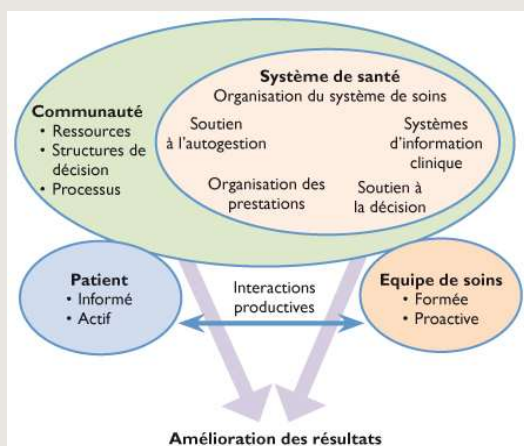
Caractéristiques	Ratio clients/ intervenant	Fréquence des contacts	Intervention de proximité (outreach)	Couverture 24h/24h	Partage des dossiers	Lieu des contacts	Niveau d'intégration du traitement
Type de modèle	ACUITÉ – CHRONICITÉ – COMPLEXITÉ						
Courtier (<i>broker</i>)	1:50	Basse	Basse	Non	Non	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

ACUITÉ – CHRONICITÉ – COMPLEXITÉ

(Mueser, Bond, Drake et Resnick, 1998)



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



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

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

03

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

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

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

Continuité des interventions

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

- Intervenir aussi aux moments où la personne va bien
- Relance après épisode de soin plus intensif
- Transformation des ateliers de groupes (- enseignement, + expérience et réflexion)

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 souple et variée

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

Acuité variable

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

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

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

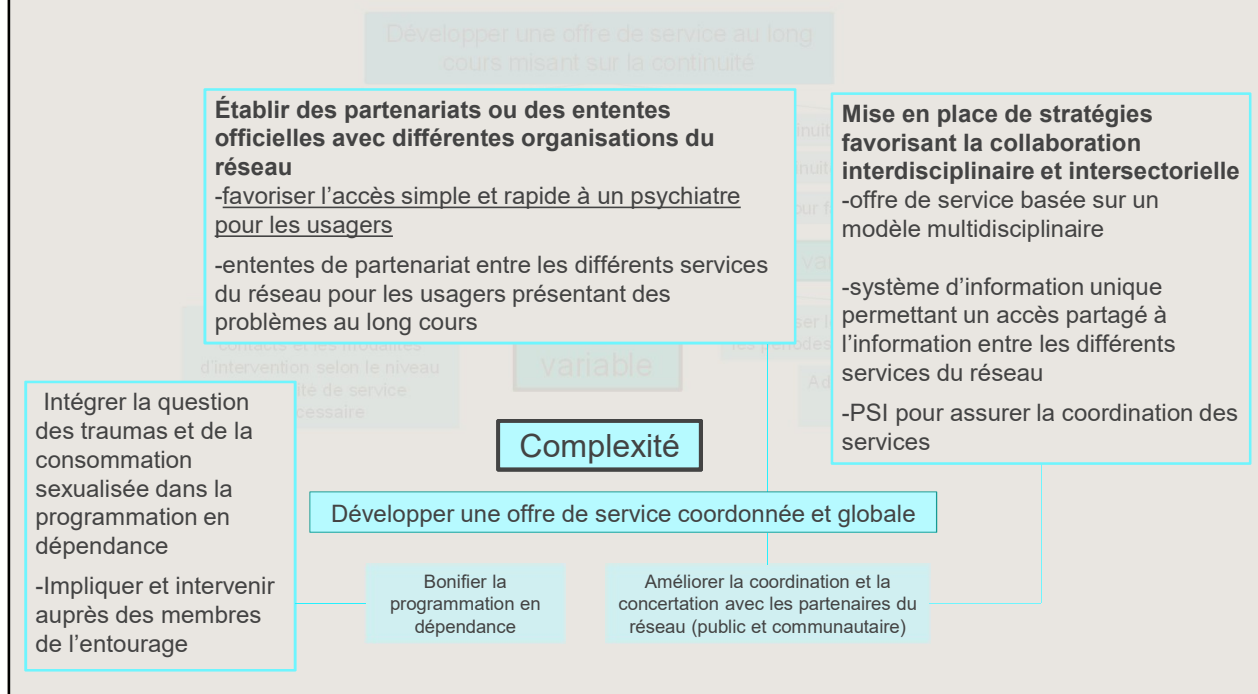
Acuité variable

Optimiser les interventions entourant les retours dans les services

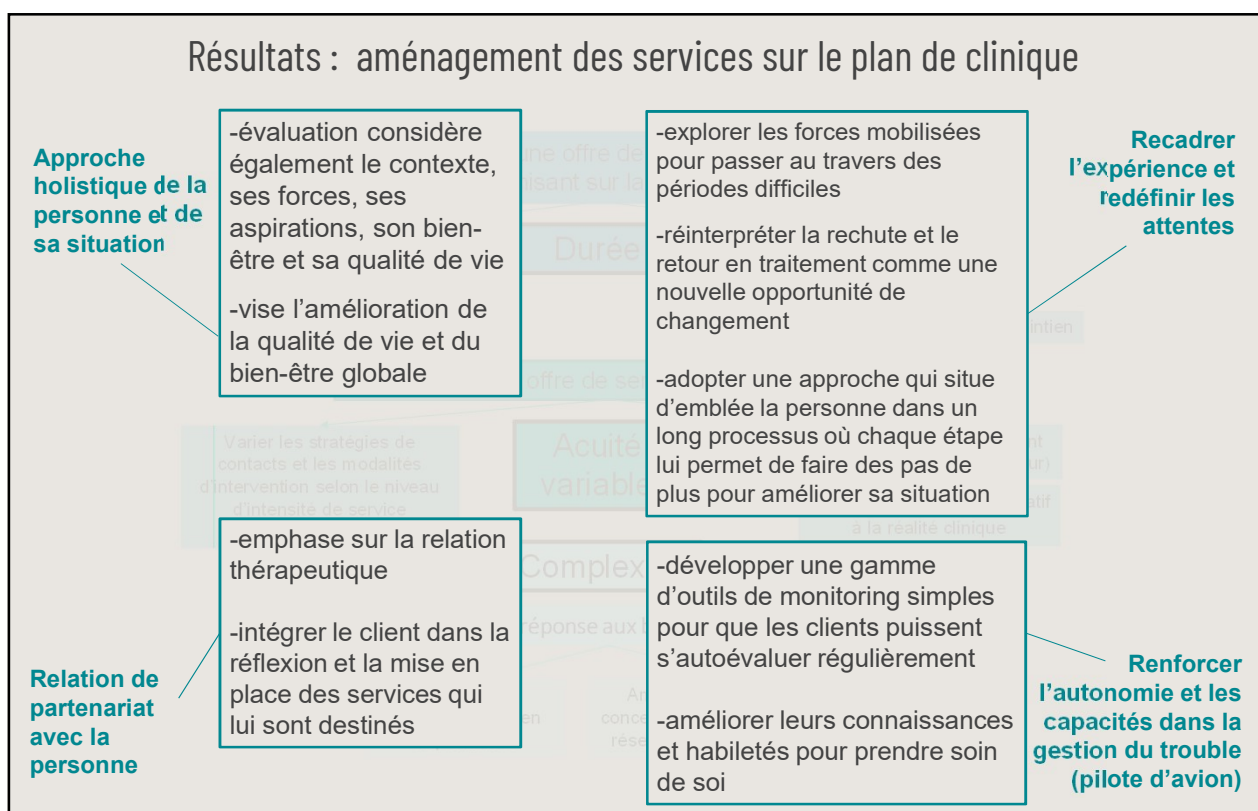
Adapter le cadre administratif à la réalité clinique

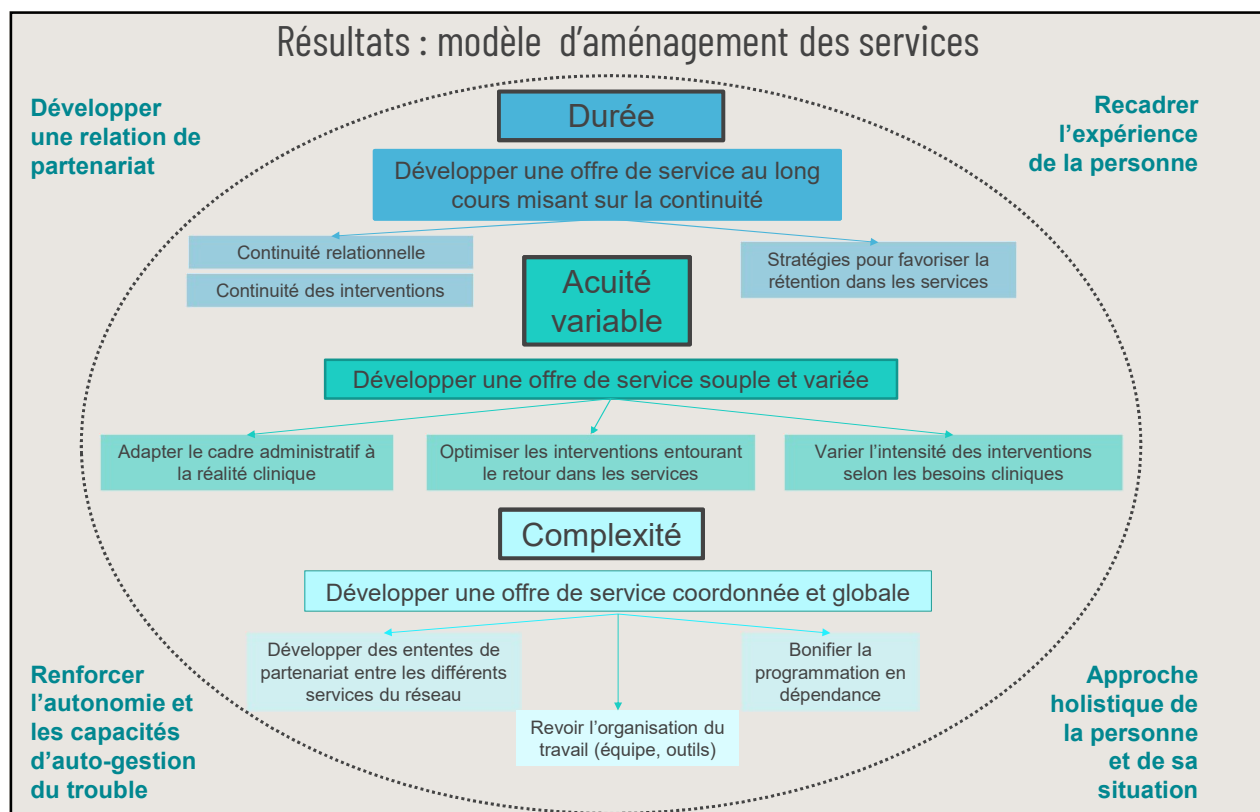
- Simplifier le processus administratif menant au retour dans les services : développement d'un outil d'évaluation abrégé

Résultats : aménagement des services sur le plan de la complexité



Résultats : aménagement des services sur le plan de clinique





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...



Nouveau projet de recherche en cours Services adaptés TUS persistant

- ❖ But du projet : concevoir, d'implanter et d'évaluer différents projets pilotes de services/programmations adaptés aux besoins des personnes présentant un profil persistant

Projet de recherche collaboratif, 7 centres de réadaptation en dépendance au Québec

- CISSS-BSL : identification des personnes et cibler quelques changements dans l'offre de service
- CISSS-CA : trajectoire de service, équipe réinsertion + réadaptation
- CISSS-MO : fluidité entre services interne et externe
- CIUSSS-CN : équipe contacte
- CIUSSS-CSMTL : service de relance téléphonique
- CIUSSS-MCQ : programmation TUS persistant
- CIUSSS-CHUS : identification des personnes et service de relance téléphonique

Projet Services TUS persistant Proposition pour CISSS-CA

---Critère d'inclusion personne présentant TUS persistant---

La liste doit être utilisée pour soutenir la réflexion clinique pour identifier les personnes présentant ce profil. Il est important d'utiliser son jugement clinique en abordant la personne dans son ensemble.

Pour être retenue dans le cadre du projet pilote les personnes devraient présenter au moins 1 critère lié à la durée du problème ET au moins 1 critère lié soit à la complexité ou à la sévérité.

DURÉE DU PROBLÈME	
#1 La demande actuelle est un 3 ^e épisode ou plus de services spécialisés en dépendance (que ce soit dans les CRD du CISSS-CA ou ailleurs) *	☐
Distinction avec les multiples demandes sans suite (ex. références liaison, épisode de service qui ne va pas au-delà de l'évaluation)	
ou	
#2 Le trouble d'usage de substance dure depuis plusieurs années (âge du début du problème vs. âge de début de la consommation)	☐
ou	
#3 Utilisation des services avant 18 ans (IGT)	☐

*Ce critère peut être utilisé pour dépister les personnes qui pourraient avoir ce profil lorsqu'elles sont en contact avec l'usager

ET

COMPLEXITÉ DU PROBLÈME	
#1 Accumulation d'au moins 2 autres problèmes que l'usage de substance (problème de santé physique (utilisation de services hospitaliers ou généraux), atteinte cognitive, problème de santé mentale (utilisation de services psychiatriques), histoire de trauma complexes, troubles judiciaires, instabilité résidentielle dans les 12 derniers mois-IGT)	☐
OU	
SÉVÉRITÉ DU PROBLÈME	
#1 La problématique d'usage ainsi que les autres problèmes altèrent gravement le fonctionnement de la personne ou de son entourage (conséquence sur plusieurs sphères-indices de gravité-complexité)	☐
ou	
#2 Présente un indicateur de sévérité du TUS (polydépendance, sevrage ayant nécessité hospitalisation, intoxication/surdose ayant nécessité hospitalisation-IGT)	☐

Autres critères pour soutenir la réflexion clinique

#1 Faible capital de rétablissement (individuel, social et environnemental- BARC-10 ou autre)	☐
#2 Sentiment partagé -intervenant et client- « d'avoir fait le tour », d'avoir épuisé les possibilités et stratégies offertes habituellement	☐
#3 Ne reçoit pas déjà des services long cours (ex. SI)	☐



Merci de votre écoute !



04

Échanges et questions

Pour me joindre :

École de psychoéducation, Université de Montréal

myriam.beaulieu.1@umontreal.ca



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 Rofe, 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(s)18*, 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.