

DOMRÉMY MAURICIE / CENTRE-DU-QUÉBEC
CENTRE DE RÉADAPTATION
TOXICOMANIE / JEU EXCESSIF



Analyse des services avec hébergement à Domrémy MCQ

**Recension des écrits, description de la situation à Domrémy, résultats de la consultation
réalisée lors du Comité de coordination et recommandations**

Karine Bertrand, M.Ps.
Psychologue chercheure

Jean-Marc Ménard, M.A.
Coordonnateur des services professionnels et jeu excessif

Mai 2004

TABLE DES MATIERES

1.	INTRODUCTION	1
2.	RECENSION DES ÉCRITS	1
2.1.	L'efficacité différentielle des traitements de la toxicomanie en milieux résidentiels et externes	2
2.1.1.	Traitement de l'alcoolisme	2
2.1.2.	Traitement de l'abus et de la dépendance aux drogues	2
2.2.	L'appariement entre les caractéristiques du client et le niveau d'intensité de soins requis	4
2.2.1.	Les études sur l'appariement	4
2.2.2.	Les consensus cliniques : les critères de l'ASAM	5
2.3.	Services avec hébergement : les meilleures pratiques	6
2.4.	La littérature en bref	7
3.	DESCRIPTION DE LA SITUATION DES SERVICES AVEC HEBERGEMENT A DOMREMY MCQ	7
3.1.	Analyse des services avec hébergement : portrait descriptif général de la clientèle	7
3.2.	Durée des stages et poursuite de la démarche dans les services externes	11
4.	RESULTAT DE LA CONSULTATION LORS DU COMITE DE COORDINATION	14
5.	RECOMMANDATIONS FINALES	16
	REFERENCES	i

ANALYSE DES SERVICES AVEC HÉBERGEMENT À DOMRÉMY MCQ
RECENSION DES ÉCRITS, DESCRIPTION DE LA SITUATION À DOMRÉMY,
RÉSULTATS DE LA CONSULTATION RÉALISÉE LORS DU COMITÉ DE
COORDINATION ET RECOMMANDATIONS

1. INTRODUCTION

Pour mieux répondre aux besoins de support et d'encadrement d'une catégorie de notre clientèle, Domrémy MCQ a mis en place au début de décembre 2002 des services de désintoxication non hospitalière, à la suite de l'obtention d'un financement par l'Agence régionale de services santé et de services sociaux. Ces services devaient s'arrimer étroitement aux centres hospitaliers de la région. Après un an d'expérimentation, et bien qu'une entente n'ait été conclue qu'avec un seul centre hospitalier jusqu'à maintenant, nous constatons déjà des impacts importants sur les demandes d'admission en hébergement, sur la gestion de l'attente, sur l'organisation des services avec hébergement et sur la trajectoire des usagers dans nos services et programmes.

Au plan des admissions, nous avons pu constater une hausse importante entre 2002 et 2004, passant de 282 à 417 sur une base annuelle. Puisque le nombre de lits est demeuré identique, cette hausse s'est accompagnée d'une diminution de la durée de séjours en hébergement, entraînant un roulement beaucoup plus important au niveau des lits. La pression exercée par l'urgence des besoins d'une catégorie plus détériorée de la clientèle a aussi complexifié la gestion de la liste d'attente, nous amenant à nous interroger sur plusieurs dimensions simultanément.

Qui doit-on placer en priorité parmi les nombreuses demandes d'admission? Les plus détériorés? Les plus motivés? Ceux qui présentent le meilleur pronostic? Doit-on répondre à la demande de l'utilisateur ou s'en tenir aux critères de *l'Addiction Society of Addiction Medicine (ASAM)*? Doit-on favoriser une durée d'hébergement la plus courte possible pour assurer une réponse aux urgences? Quel est l'impact de cette diminution de la durée de séjour sur le cheminement des usagers en traitement? Sur leur poursuite dans les services externes? Doit-on favoriser un passage entre la désintoxication et la réadaptation à l'intérieur des services avec hébergement?

L'ensemble de ces questions nous ont incités à entreprendre une analyse plus exhaustive de notre expérience de la dernière année, tout en appuyant nos réflexions sur les bases des meilleures pratiques récemment publiées dans le domaine. Nous souhaitons à travers cette démarche statuer sur des recommandations claires qui consolideront la mission des services avec hébergement tout en guidant la poursuite du virage entrepris pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant une dépendance sévère, des risques de sevrage élevés, une détresse psychologique souvent marquée ou une instabilité psychosociale manifeste.

2. RECENSION DES ÉCRITS

En vue de déterminer les orientations des services avec hébergement de Domrémy MCQ, il s'avère judicieux de faire d'abord une brève recension des écrits pertinents. Pour ce faire, trois thèmes de recherche ont été retenus :

- a) l'efficacité différentielle des traitements de la toxicomanie en milieux résidentiels et externes;
- b) l'appariement entre les caractéristiques des clients et le niveau d'intensité de soins requis;
- c) les meilleures pratiques associées aux services avec hébergement.

2.1. L'efficacité différentielle des traitements de la toxicomanie en milieux résidentiels et externes

2.1.1. Traitement de l'alcoolisme

Traditionnellement les traitements résidentiels pour alcooliques étaient perçus comme étant les plus efficaces étant donné leur plus grande intensité. L'accumulation des données empiriques a mené à la remise en question de cette croyance, relevant davantage du mythe que de la réalité. En effet, dans le milieu des années 80, deux recensions des écrits permettent de conclure que, pour les personnes alcooliques, il n'y a aucun avantage clairement montré au recours au traitement résidentiel par rapport aux approches de traitement en externe (Annis, 1986; Miller et Hester, 1986). Les auteurs de recensions de littérature plus récentes en arrivent aux mêmes conclusions (Finney, Hanh & Moos, 1996; Mattick & Jarvis, 1994), avec quelques nuances.

Ainsi, la recension de Finney et ses collaborateurs (1996) retient 14 études qui comparent l'efficacité du traitement résidentiel par rapport au traitement externe. Sept de ces études ne trouvent aucune différence significative entre les deux modalités de traitement, cinq études constatent une légère supériorité du traitement résidentiel (Chick et coll., 1988; Timko et coll., 1994, McKay et coll., 1995b; Walsh et coll., 1991; Wanberg et coll., 1974) et deux études montrent une efficacité accrue du traitement externe (Fink et coll., 1985; McKay et coll., 1995a). Les cinq études qui constatent une efficacité accrue du traitement interne se distinguent des neuf autres par les aspects suivants : 1) l'assignation au hasard à une modalité de traitement n'a pas été utilisée; 2) les patients n'ont pas été sélectionnés selon un critère de stabilisation sociale; 3) les clients du groupe de comparaison ayant reçu le traitement en externe n'ont pu bénéficier, avant leur traitement, d'une période de répit dans le cadre d'une désintoxication. Ainsi, le fait que ces études ne soient pas de nature expérimentales, contrairement aux 7 autres études qui ne constatent pas de différence significative entre les modalités de traitement, affecte la validité interne de ces recherches et la portée des conclusions. Aussi, l'absence de critères de stabilisation sociale dans les études favorisant le traitement résidentiel suggère qu'il soit possible que le traitement avec hébergement soit davantage indiqué pour des individus vivant un moment de crise au plan social, comme l'absence de logement par exemple. Ces résultats donnent aussi un certain appui à l'hypothèse selon laquelle une période de répit initiale lors de la demande de services, pouvant être offerte dans le cadre d'une désintoxication visant la stabilisation de l'état de l'individu, peut permettre à certaines personnes de mieux profiter par la suite de leur traitement externe. Enfin, notons que l'avantage du traitement résidentiel sur le traitement externe constaté dans ces cinq études demeure modeste en terme d'ampleur (Annis, 1996) et disparaît après trois mois (Annis, 1996; Rychtarick, Connors, Whitney, McGillicuddy, Fitterling & Wirtz, 2000).

Concernant les deux études qui constatent une efficacité accrue du traitement externe, notons que les patients ayant reçu un traitement externe avaient davantage tendance à être impliqués dans les groupes AA ou les suivis post-traitement que ceux ayant reçu un traitement résidentiel.

L'avantage de traitement externe est cependant démontré au-delà de ces facteurs (Finney, et coll., 1996). Ces résultats portent tout de même à penser qu'il soit possible que le traitement en externe favorise la poursuite d'une démarche à plus long terme, ce qui est associé à de meilleurs résultats thérapeutiques. En effet, bien que des approches brèves puissent être efficaces (voir Brown et Wood, 2002 pour un résumé des résultats du projet MATCH), il est établi que la persistance en traitement est associée à des résultats thérapeutiques favorables chez les clients présentant des problèmes d'alcool. Les résultats de Walker et de ses collaborateurs (1983) suggèrent que peu importe la durée du stage résidentiel ceux qui poursuivront leur démarche en externe seront ceux qui obtiendront les meilleurs résultats. De telles données illustrent l'importance qui doit être accordée au transfert des apprentissages dans le milieu naturel de la personne.

En somme, en tenant compte de l'ensemble des études réalisées, Finney et ses collaborateurs (1996) en arrivent à la conclusion que la modalité de traitement, résidentielle ou externe, ne permet pas de prédire l'efficacité du traitement. Ils recommandent donc que les traitements externes soient privilégiés pour la vaste majorité de la clientèle et que le traitement résidentiel soit offert à un petit sous-groupe de clients, les cas les plus lourds (instabilité sociale et problèmes psychiatriques) de façon davantage intensive et prolongée. En même temps, comme nous le verrons plus loin, ces auteurs soulignent le manque de données empiriques pour appuyer ces critères d'appariement entre caractéristiques de la clientèle et modalité de traitement.

2.1.2 *Traitement de l'abus et de la dépendance aux drogues*

Au plan du traitement de l'abus et de la dépendance aux drogues, l'étude *Drug Abuse Treatment Outcome Study* (DATOS) réalisée auprès de 2 966 patients en traitement pour leur consommation de drogues en arrive sensiblement aux mêmes conclusions que les études portant sur les alcooliques. En effet, cette étude montre que la modalité de traitement (traitement résidentiel à long terme, traitement résidentiel à court terme et traitement externe) n'influence pas le succès thérapeutique (Simpson, Joe et Brown, 1997).

Peu importe la modalité de traitement, l'étude de DATOS montre que ceux qui rechutent le moins au suivi de un an sont ceux qui demeurent en traitement sur une période de temps de plus de 90 jours. D'autres études, le *Drug Abuse Reporting Program* (DARP) (Simpson & Sells, 1982) portant sur 4 107 patients en traitement pour la toxicomanie et le *Treatment Outcome Prospective Study* (TOPS) (Hubbard & coll., 1989) portant sur 4270 patients, en arrivent au même constat. De plus, l'analyse d'un sous-échantillon de 1393 patients de l'étude de DATOS permet de constater que ceux qui sont demeurés plus de 6 mois en traitement, résidentiel ou externe, montrent de meilleurs résultats au suivi de 5 ans (Hubbard, Craddock et Anderson, 2003). Ces auteurs en viennent donc à la conclusion qu'il est très important de cibler la rétention en traitement avec cette clientèle qui éprouve des problèmes de toxicomanie. Des analyses subséquentes des résultats de l'étude de DATOS ont permis d'établir qu'une moins grande sévérité des problèmes lors de l'entrée en traitement et l'alliance thérapeutique prédisent la persistance en traitement et les résultats positifs (Simpson, 2003). Simpson (2003) souligne l'importance de favoriser l'engagement des clients dans une démarche de traitement qui soit suffisamment prolongée pour permettre d'en arriver à de bons résultats thérapeutiques. Pour ce faire, l'alliance thérapeutique et des changements concrets réussis par le client en début de

démarche semblent être des éléments essentiels à la persistance en traitement et au maintien des gains à long terme (Simpson, 2003).

En somme, tant pour le traitement des personnes alcooliques que toxicomanes, la croyance selon laquelle la plus grande intensité de traitement permise par les traitements résidentiels permet une plus grande efficacité ne trouve pas d'appui empirique. C'est plutôt le temps écoulé durant le traitement qui semble influencer les résultats thérapeutiques, peu importe la modalité de traitement. Les auteurs reconnaissent que les services avec hébergement peuvent être nécessaires à une partie de la clientèle pour stabiliser l'état du client (tant au plan physique que psychosocial) et pour l'engager dans une démarche de changement. En même temps, il s'avère moins coûteux et moins envahissant pour le client de favoriser sa persistance en traitement dans le cadre de services externes. Ainsi, tel que le suggère Finney et ses collaborateurs (1996), les services avec hébergement peuvent permettre aux clients qui en ont besoin d'avoir un répit et de se stabiliser pour ensuite bénéficier davantage des services externes.

2.2. L'appariement entre les caractéristiques du client et le niveau d'intensité de soins requis

2.2.1. Les études sur l'appariement

Malgré le cumul d'études appuyant le constat que les traitements résidentiels ne sont pas plus efficaces que les traitements externes pour les personnes qui ont des problèmes d'alcool et de drogues, une question importante demeure sans réponse étant donné le peu d'études sur ce thème : est-ce que certains formats de traitement (avec ou sans hébergement) sont plus efficaces pour certains types de clients? C'est l'hypothèse de l'appariement. Le projet MATCH (voir Brown et collaborateurs, 2002, pour un résumé) n'appuie que très peu l'hypothèse de l'appariement. Néanmoins, on connaît très peu de choses sur l'effet modérateur des caractéristiques des clients lorsque l'on compare l'efficacité de traitements externes par rapport aux traitements résidentiels (Finney & coll., 1996; Rychtarik et coll., 2000).

Ces questionnements sur l'hypothèse de l'appariement trouvent leurs sources en diverses préoccupations. Certains auteurs pensent que le stage résidentiel peut être contre-indiqué pour certaines personnes parce qu'il risque d'entraîner, à plus ou moins longue échéance, une atrophie des habiletés et des ressources sous-utilisées de l'individu (voir Ménard, 1993). Également, l'approche axée sur le continuum de soins (« step care approach ») postule qu'il est important de choisir un traitement qui sera à la fois moins intensif tout en étant sécuritaire, pour permettre à l'individu de tester ses habiletés de réadaptation le plus près possible du « vrai monde » et ainsi réduire la fréquence de réutilisation des services. Cette approche suppose donc un appariement qui permet non seulement d'augmenter l'efficacité des services, mais aussi d'en réduire les coûts. Rychtarik et coll. (2000) ajoutent que certains clients peuvent résister davantage à une forme de traitement où il y a davantage de contrôle et qui est plus « envahissant » et tendent à appuyer l'opinion de plusieurs auteurs sur le fait que le traitement résidentiel devrait être réservé aux clients qui présentent une dépendance accrue aux produits (risque de sevrage) et une instabilité psychosociale importante.

Bien qu'aucune conclusion ferme ne peut être formulée à partir des études réalisées, certaines données permettent d'appuyer l'importance de déterminer l'intensité de soins requis en fonction

des caractéristiques du client. Ainsi, Kissin et coll. (1970) rapportent que les patients qui ont de meilleures compétences sociales obtiennent de meilleurs résultats lorsqu'ils reçoivent un traitement en externe alors que les patients caractérisés par de l'instabilité sociale réussissent mieux s'ils ont bénéficié d'un traitement résidentiel. Une étude plus récente auprès de 192 alcooliques en arrive aux mêmes conclusions (Rychtarick et coll., 2000). Ceux qui présentent des problèmes plus sévères de consommation d'alcool ont de meilleurs résultats en interne alors que la relation est inversée pour ceux qui présentent des problèmes légers à modérés. Cependant, ces auteurs nuancent leurs conclusions étant donné le fait que, dans le projet MATCH (voir Brown et ses collaborateurs, 2002), une dépendance plus sévère à l'alcool prédit de meilleurs résultats chez des patients traités en externe. Bref, la science ne donne encore que très peu d'indication claire sur la nature des critères d'appariement devant être utilisés pour bien diriger un client au niveau d'intensité de soins requis.

2.2.2 *Les consensus cliniques: les critères de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM)*

Bien que la littérature scientifique ne permet pas d'en arriver à des consensus, au plan des pratiques cliniques, on constate que des critères d'appariement sont utilisés. Lorsque l'on compare les populations cliniques selon la modalité de traitement, celles qui se retrouvent dans les traitements résidentiels ont des problèmes d'alcool plus sévères, moins de ressources financières et un niveau d'adaptation ou de fonctionnement plus faible à leur entrée en traitement (Timko et al., 1993). Les critères de l'*American Society of Addiction Medicine* (ASAM, 2000) sont ceux qui sont les plus reconnus et couramment utilisés. D'ailleurs, ce sont ces critères qui sont recommandés par le *Comité permanent de lutte à la toxicomanie* (CPLT, 2004). Étant donné le manque de données empiriques en ce domaine, ces critères s'appuient surtout sur le jugement clinique d'un ensemble d'experts. Ce comité d'experts cliniciens s'est prononcé concernant les critères qui devraient guider le choix du niveau de soins requis en fonction des caractéristiques des clients qui présentent des problèmes d'alcool et de drogues. Quatre niveaux de soins sont définis par l'ASAM : 1) traitement externe; 2) traitement externe intensif; 3) traitement en milieu résidentiel et 4) désintoxication en milieu hospitalier. Pour prendre cette décision, six dimensions doivent être évaluées : 1) l'état d'intoxication/le risque de sevrage; 2) la santé physique; 3) la santé psychologique; 4) l'attitude face au traitement; 5) le potentiel de rechutes; 6) les caractéristiques du milieu de réadaptation de la personne.

Les critères de l'ASAM ont fait l'objet d'une analyse critique par un panel de cliniciens experts en toxicomanie réunis par le *Substance Abuse and Mental Health Service Administration* (SAMHSA) (SAMHSA, TIP 13, 2001). Des avantages et des lacunes sont relevés. Les avantages des critères de l'ASAM sont les suivants :

- 1) favorisent une évaluation multidimensionnelle du client;
- 2) favorisent l'utilisation d'une approche axée sur un continuum de soins (« step care approach »);
- 3) permettent une base de communication entre experts;
- 4) ces critères sont largement utilisés dans les milieux cliniques.

Par contre, selon le panel de cliniciens réunis par le SAMHSA, les critères de l'ASAM présentent des lacunes :

- 1- Tous les professionnels de la santé ne sont pas bien représentés, particulièrement les cliniciens des milieux non hospitaliers spécialisés en toxicomanie;
- 2- Certaines modalités de traitement ne sont pas représentées (traitement méthadone, communauté thérapeutique)
- 3- Emphase insuffisante sur des sous-groupes particuliers (utilisateurs de drogues intraveineuses, femmes enceintes, sans-abris, etc.).
- 4- Les critères d'appariement dans les cas où il y a consommation de cocaïne ou d'héroïne sont moins bien articulés
- 5- Aucune information sur les besoins particuliers des femmes
- 6- Manque de mesure valide des critères et absence d'appui empirique de ceux-ci;
- 7- Préjudice en faveur du traitement interne

Malgré les lacunes des critères de l'ASAM, il demeure que de manière générale, deux grands consensus émergent de ces critères pour diriger quelqu'un vers des services avec hébergement :

- 1) La sévérité de la dépendance et les risques pour la santé physique
- 2) Une instabilité psychosociale marquée et/ou un environnement inadéquat pour la réadaptation

2.3 Services avec hébergement : les meilleures pratiques

À la lumière des constats de la littérature, il s'avère pertinent d'explorer les meilleures pratiques associées à la désintoxication non-hospitalière, en milieu résidentiel. Un panel d'experts cliniciens en toxicomanie ont également été réunis par le SAMHSA (SAMHSA, TIP 19, 2001) pour formuler des recommandations sur les services de désintoxication non hospitalière. Voici les grands constats qui émergent :

- 1) Les **critères d'appariement de l'ASAM** devraient être utilisés tout en ayant soin de ne pas écarter le jugement clinique et l'évaluation des besoins spécifiques de chaque client
- 2) La **désintoxication fait partie d'une stratégie globale de traitement** et ne doit pas être séparée des autres phases du processus
- 3) Offrir une **désintoxication physique seulement** sans prévoir un suivi avec le client (à un niveau de soin approprié) constitue une **utilisation inadéquate de nos ressources limitées**
- 4) Les trois objectifs prioritaires des services résidentiels devraient être : a) Fournir un **environnement sécuritaire** pour le sevrage; b) Permettre aux clients de vivre un **sevrage dans des conditions humaines** et protéger sa dignité; c) **Préparer le patient à s'engager dans un processus de rémission à plus long terme via des interventions motivationnelles et un début d'instrumentation**; Notons que ces objectifs prioritaires sont également ceux

énumérés par l'*Addiction Research Fondation* (ARF, 1994) et le *Comité permanent de lutte à la toxicomanie* (CPLT, 2004).

2.4. La littérature en bref

Cette recension des écrits permet de mettre en lumière le fait que la modalité de traitement résidentielle n'est pas plus efficace que le traitement externe. En même temps, étant donné le manque de données sur les critères d'appariement qui permettrait de déterminer quelle intensité de traitement est la plus efficace en fonction des caractéristiques des clients, tous s'entendent pour dire que le traitement résidentiel et la désintoxication en milieu résidentiel sont des services qui ont leur place et qui doivent être davantage investigués. Ainsi, il semble se dessiner des consensus entre cliniciens et chercheurs. Le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie qui convient à la vaste majorité de la clientèle constitue le traitement externe, modalité de traitement aussi efficace, moins envahissante et moins coûteuse que le traitement résidentiel. La modalité de traitement externe n'exclut pas la nécessité pour certains clients de bénéficier d'une désintoxication en milieu résidentiel qui s'inscrit dans une stratégie globale de traitement d'un individu dont l'état physique ou psychosocial a besoin d'être stabilisé. Le traitement résidentiel à long terme (3 mois et plus) devrait être réservé au sous-groupe de clients composé des cas les plus lourds (ex. : comorbidité psychiatrique sévère, cumul d'échecs en traitement à des niveaux de soins plus légers).

3. DESCRIPTION DE LA SITUATION DES SERVICES AVEC HÉBERGEMENT À DOMRÉMY MCQ

Tel que défini dans le document synthèse sur les services avec hébergement (Dufresne, Levasseur, St-Louis et Turgeon, 2003), les services avec hébergement de Domrémy MCQ comprennent deux programmes : désintoxication et réadaptation. Le programme de désintoxication, d'une durée d'environ 7 jours, vise à permettre aux usagers de vivre un sevrage sécuritaire, d'atteindre une stabilisation de leur état au plan biopsychosocial et d'amorcer une démarche de changement. Le programme de réadaptation, d'une durée d'une à trois semaines, vise à accompagner l'usager dans une stabilisation physique, psychologique et sociale, de le faire évoluer dans les étapes du changement en lui permettant de vivre un retrait temporaire de son milieu de vie. Voyons quelques données descriptives sur notre clientèle des services avec hébergement qui permettent de dresser un portrait général de la situation.

3.1 Analyse de services en hébergement : portrait descriptif général de la clientèle

Alors que 282 personnes étaient admises dans nos services avec hébergement en 2001-2002, le nombre d'admission dans ces services est passé à 417 personnes en 2003-2004 (1^{ère} année complète avec 6 lits en désintoxication). Le tableau 1 à la page suivante présente le résultat de l'ensemble des évaluations santé (adaptation du NID-ÉM¹ 2.0) réalisées dans nos services externes entre février et novembre 2003 (n=836; 81% des inscriptions). On constate que 30% de la clientèle ayant été évaluée ont besoin de services avec hébergement. Si l'on considère qu'il y a

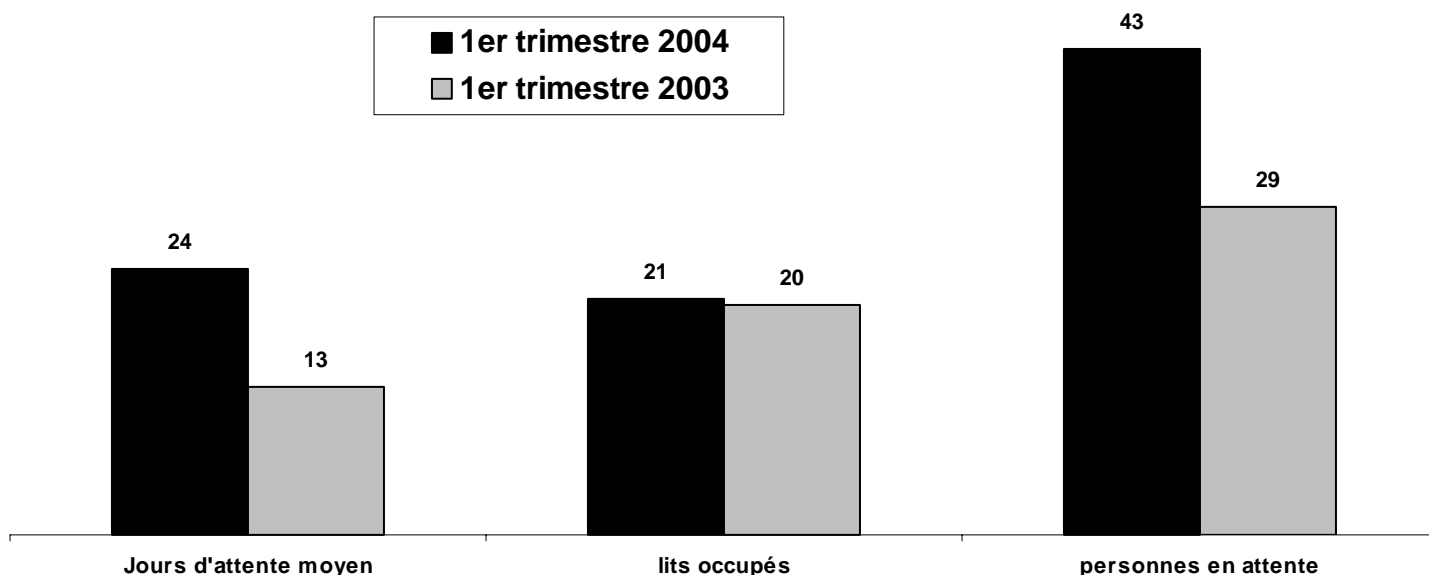
¹ L'évaluation santé adaptée du NID-ÉM 2.0 permet d'en arriver, à partir des critères de l'ASAM, à un classement selon les 4 niveaux d'intensité de soins (1= externe; 2= externe intensif; 3=services résidentiels; 4=désintoxication en milieu hospitalier)

eu 1351 nouvelles inscriptions d'usagers adultes au programme toxicomanie en 2003-2004, on peut s'attendre de devoir répondre de façon prioritaire, en ce qui concerne les services avec hébergement, à environ 405 usagers par année. La hausse des admissions de la dernière année laisse même suggérer une hausse de cette clientèle, ce qui peut s'expliquer par les nouveaux liens de partenariat avec les centres hospitaliers. On constate d'ailleurs une hausse du nombre de personnes en attente et des délais d'attente dans nos services avec hébergement durant le premier trimestre 2004, comparativement au premier trimestre 2003 (voir figure 1 à la page suivante).

Tableau 1. Niveau d'encadrement requis selon les risques de sevrage.

Types	Femmes	Hommes	Total
1-Externe	15%	24%	20%
2-Externe intensif	48%	47%	47%
3-Interne	34%	27%	30%
4-CH	3%	2%	2%

Figure 1. Comparaison des indicateurs d'accès aux services avec hébergement 2003-2004



L'analyse du portrait de la clientèle permet également de documenter le fait que les usagers admis en milieu résidentiel constituent une clientèle avec un profil de gravité plus lourd que la clientèle admise en externe. Des analyses statistiques ont été réalisées à partir des résultats à l'*Indice de gravité d'une toxicomanie* (IGT) de 1021 usagers inscrits à Domrémy MCQ entre 2000 et 2001 (programme adulte pour la toxicomanie). Les usagers inscrits au programme avec hébergement présentent, en comparaison de la clientèle recevant des services ambulatoires, des problèmes plus graves sur 5 sphères de l'IGT parmi les 7 sphères évaluées, et ce, de manière statistiquement significative. Ces cinq échelles sont les suivantes : alcool, drogues, médicale, familiale et psychologique (voir figure 2 à la page suivante). Aussi, on constate que les usagers admis dans les services résidentiels ont davantage eu des idées suicidaires (69% vs 53%), rapportent plus souvent avoir fait une tentative de suicide (44% vs 35%) et sont plus nombreux à avoir un médicament prescrit pour un problème psychologique et émotionnel (62 vs 48%) que la clientèle des services ambulatoires (voir figure 3 à la page suivante).

Figure 2. Gravité comparative des problèmes des adultes en traitement pour un problème de consommation à Domrémy MCQ (2000-2001) selon l'IGT
n=1021

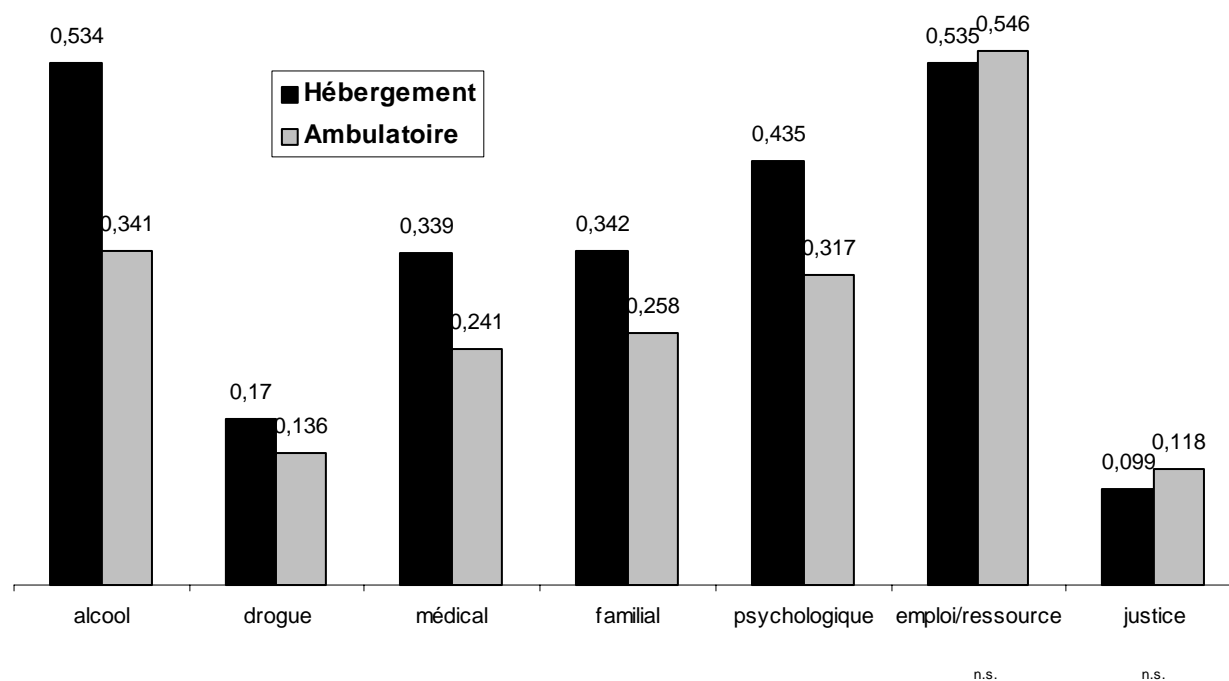
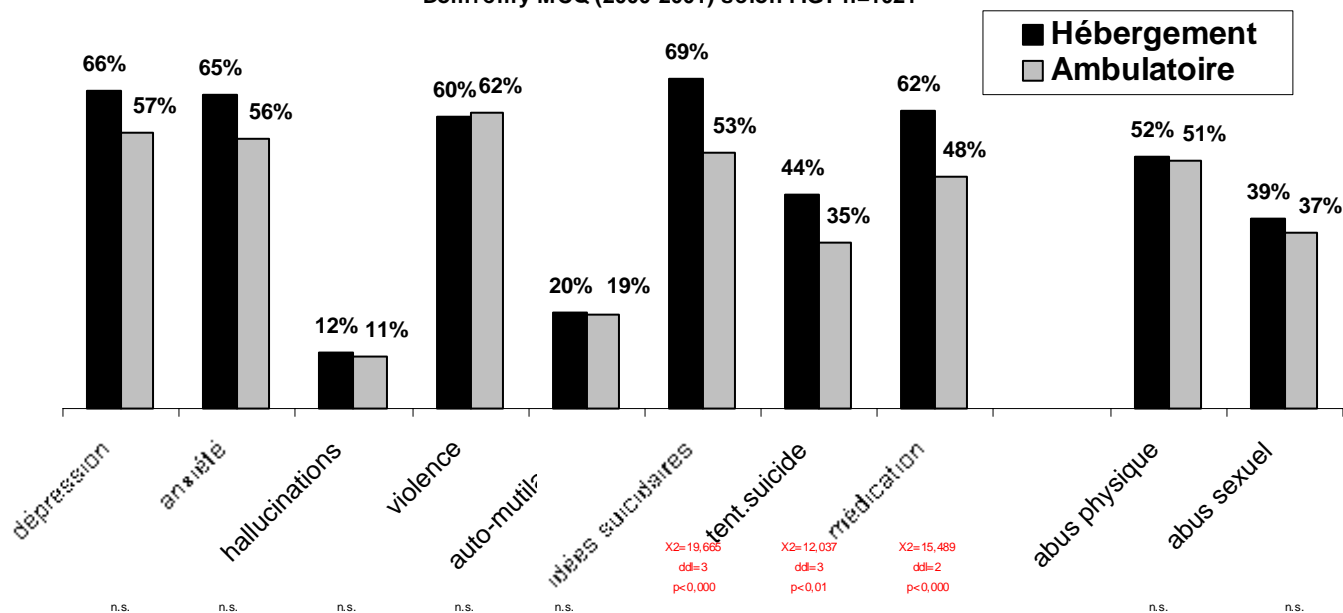


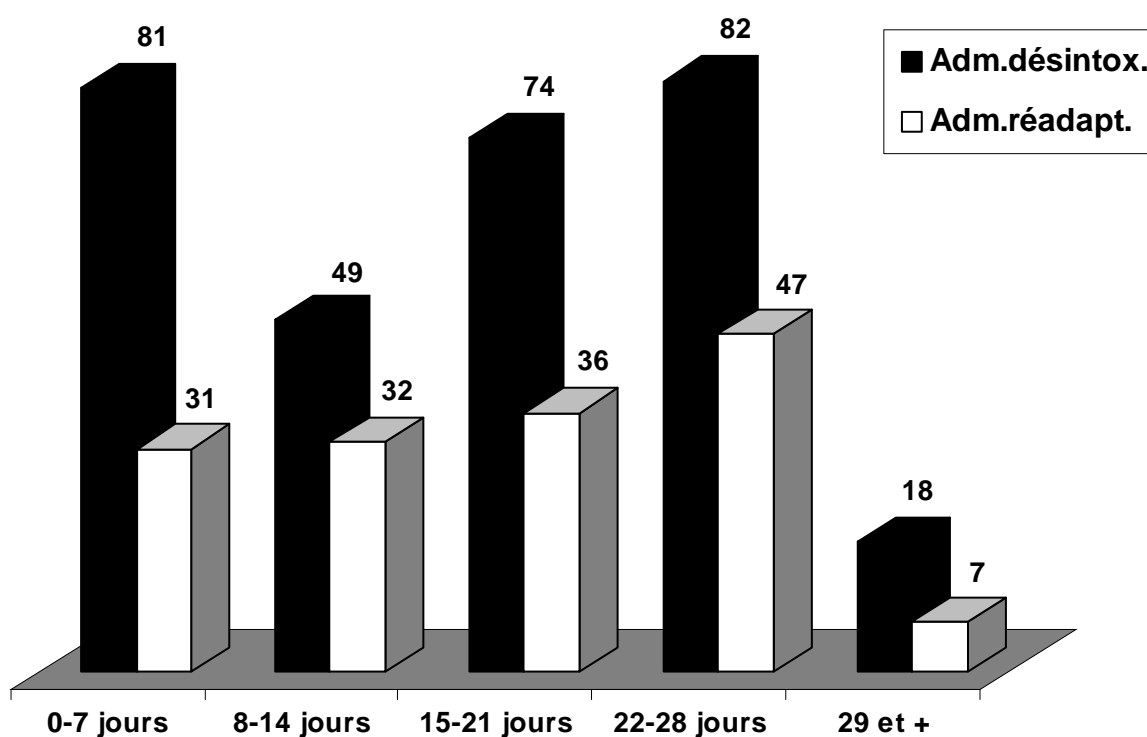
Figure 3. Proportions d'utilisateurs présentant des antécédents de symptômes psychiatriques à Domrémy MCQ (2000-2001) selon l'IGT n=1021



Voyons maintenant les analyses descriptives d'un échantillon de 457 admissions dont le stage en hébergement a été complété entre le 1^{er} janvier 2003 et le 16 mars 2004. Ces admissions concernent 399 usagers. Durant cette période, 88% d'entre eux ont fait un stage, 9% en ont fait deux et 3% ont complété trois stages. Parmi ces 457 admissions aux services avec hébergement, 67% concernent une admission au programme de désintoxication non-hospitalière alors que 33% réfèrent à des admissions au programme réadaptation. Parmi les 457 admissions, une évaluation santé de type NID-ÉM a été réalisée pour 68,6% des clients. Cette donnée révèle qu'il n'y a pas

Figure 4. Distribution des stages par durée de séjour selon le type d'admission

échantillon de 457 stages entre 1^{er} janvier 2003 & 16 mars 2004



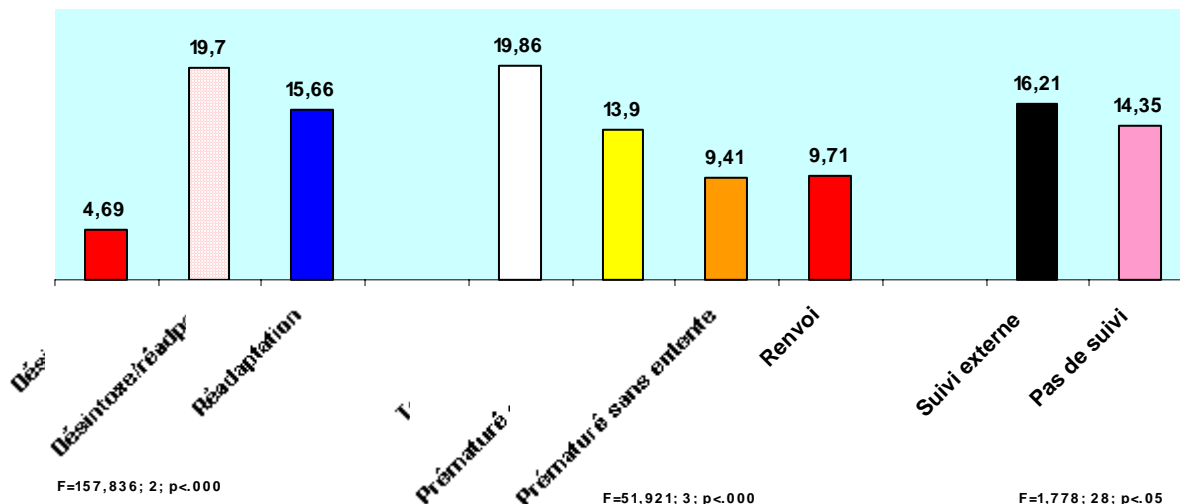
eu d'évaluation santé réalisée pour le tiers de la clientèle référée en hébergement, élément qui devrait être questionné. Parmi les usagers évalués, comme on pouvait s'y attendre, la majorité (62,1%) requière un encadrement de niveau trois; ce niveau étant associé à une référence aux services résidentiels. Par ailleurs, 3,7% de la clientèle est de niveau quatre, 28% de niveau deux et 6,2% de niveau un.

3.2 *Durée des stages et poursuite de la démarche dans les services externes*

Toujours concernant l'échantillon de 457 admissions réalisées entre le 1^{er} janvier 2003 et 16 mars 2004, la durée des stages varie entre 0 et 38 jours. Tant pour les admissions en désintoxication que pour les admissions en réadaptation, la durée moyenne de séjour est de 16 jours. Il est à noter que la durée de séjour moyenne a diminué depuis deux ans, passant de 22 jours en 2001/2002 à 19 jours en 2002/2003 et à 16 jours en 2003/2004. La figure 4 présente la

distribution des stages par durée de séjour selon le type d'admission. On note que les séjours de plus de 28 jours sont très peu fréquents et que les courts séjours de moins d'une semaine caractérisent davantage ceux ayant été admis en désintoxication. On constate également que la majorité des usagers admis en désintoxication, soit 73%, poursuivent au programme de réadaptation offert en hébergement.

Figure 5 - Durée de séjour (jours) en hébergement selon le type de stage et le type de départ

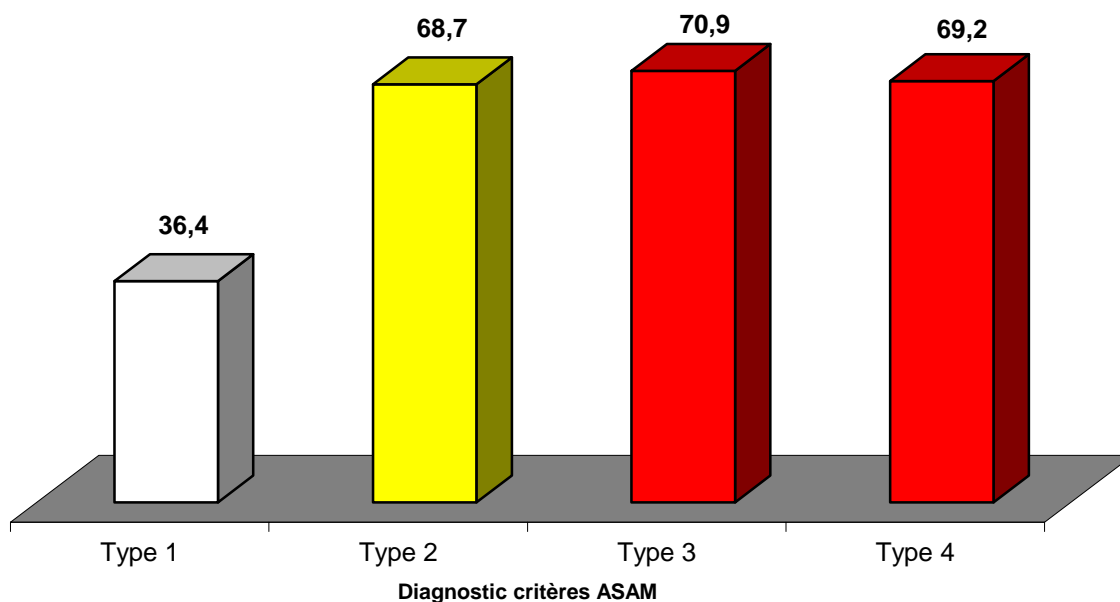


La figure 5 présente la durée de séjour en hébergement selon le type de stage, le type de départ et la poursuite ou non de la démarche dans les services externes. Nous observons dans un premier temps que la durée moyenne de séjour pour les usagers se limitant à une désintoxication non-hospitalière est de 4,6 jours, qu'elle est de 19 jours pour ceux qui poursuivent au programme réadaptation et qu'elle est de 15,6 jours pour ceux qui ont été admis au programme réadaptation. Nous observons aussi que les départs prématurés sans entente et les renvois sont associés à de courtes durées de séjour, soit respectivement 9,41 et 9,71 jours en moyenne. Notons que 45% des départs prématurés sans entente se sont produits dans le cas d'usagers ayant seulement bénéficié du programme désintoxication. Aussi, les usagers qui poursuivent en externe sont ceux qui, en moyenne, sont demeurés plus longtemps dans les services avec hébergement. Enfin, on constate que le fait de demeurer dans les services avec hébergement 7 jours ou plus ($\chi^2=4,417, p = 0,036$) et le fait de compléter un séjour de 14 jours ou plus ($\chi^2 = 4,891, p = 0,027$) augmentent de manière statistiquement significative la poursuite du suivi en externe. Des séjours de plus de 20 jours ne sont pas associés à une plus grande probabilité de poursuivre en externe ($\chi^2 = 4,417, p = 0,196$). Bien que ces données soient intéressantes, ces analyses ne contrôlent pas des variables confondantes potentielles. D'autres types d'analyses seraient nécessaires pour mieux définir la durée optimale du traitement en hébergement, tout en favorisant une poursuite dans les services externes.

Enfin, concernant le taux de retour en suivi externe, notons que la clientèle ayant été évaluée de niveau 1 à l'évaluation santé selon les critères de l'ASAM, qui constitue une très faible minorité des usagers admis en hébergement (6,2%), poursuit de façon significativement moins fréquente

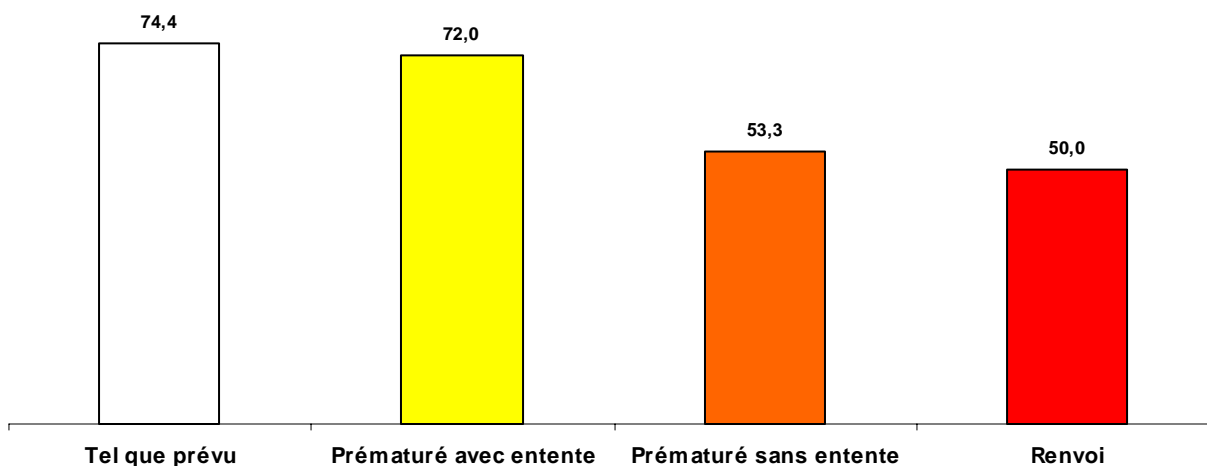
leur suivi en externe que les autres, c'est-à-dire qu'ils poursuivent dans seulement 36,4% des cas (voir figure 6 à la page suivante). Pour les autres niveaux, de 2 à 4, les clients poursuivent en

Figure 6. Taux de retour en suivi externe suite à l'hébergement



externe dans une proportion de 69 à 71%. Le type de départ influence également le taux de suivi en externe. En effet, alors que de 72% à 74% des usagers ayant terminé leur séjour tel que prévu ou de façon prématurée avec entente poursuivent en externe, seulement la moitié des usagers ayant été renvoyés ou ayant quitté prématurément sans entente font de même (voir figure 7)

Figure 7. Taux de retour en externe selon le type de départ en stage



4. RÉSULTAT DE LA CONSULTATION LORS DU COMITÉ DE COORDINATION

En date du 17 mars 2004, une démarche de réflexion sur les orientations des services avec hébergement et de l'impact de ces orientations sur l'organisation des services a été amorcée. Cette réflexion s'est réalisée avec les membres du comité de coordination ainsi qu'avec des intervenants invités. Un bref relevé de la littérature a été présenté aux participants pour stimuler la discussion. Aussi, afin d'alimenter la discussion, 5 éléments de réflexion ont été retenus :

- 1) À qui s'adressent nos services avec hébergement ?
- 2) Quelle est la clientèle prioritaire ?
- 3) Quel est le rôle et les objectifs des services avec hébergement ?
- 4) Quelle est la place de la réadaptation dans le cadre de nos services résidentiels ?
- 5) Comment doit-on faciliter le passage et la continuité entre la désintoxication et la réadaptation?

Voici une liste de constats qui ont obtenu un consensus lors de cette rencontre :

La clientèle

- 1- Les critères de l'ASAM devraient être utilisés pour établir des priorités dans l'admission de la clientèle : les clients de niveau 3 (ce qui inclut les évaluations de niveau 2 avec facteurs d'aggravation qui font passer l'évaluation à un niveau 3) devraient recevoir des services en priorité.
- 2- Les intervenants font souvent face à des usagers qui, bien qu'ils ne présentent pas de besoins au plan de la stabilisation physique et psychosociale (niveau 1 ou 2), insistent pour obtenir un traitement résidentiel, car ils ont la perception qu'il s'agit du traitement le plus efficace; on suggère alors deux options:
 - a) l'intervenant peut informer le client sur la différence entre les deux modalités de traitement, notamment au plan des objectifs et de l'efficacité, pour tenter d'influencer le client à choisir la modalité de traitement la moins envahissante en fonction de ses besoins.
 - b) Si le client persiste dans sa préférence, afin de préserver l'alliance thérapeutique, il peut être opportun de lui offrir un stage dans la mesure où il s'investit d'abord dans une démarche de traitement externe pour la durée d'attente (ce client ne peut être mis en priorité sur la liste d'attente des services avec hébergement); il sera alors opportun de réévaluer avec le client, lorsqu'une place se libérera en milieu résidentiel, si cette modalité de traitement lui convient toujours.

Les objectifs et le rôle des services avec hébergement

- 3- Les objectifs du stage résidentiel devraient être :

- a) stabilisation physique et psychologique / arrêt d'agir;
- b) hausse de la motivation au changement et instrumentation;
- c) favoriser l'engagement à poursuivre la démarche en externe.

La durée des services avec hébergement

4. La durée du stage ne fait pas consensus; pour certains, la durée devrait se limiter à deux ou trois semaines au maximum alors que pour d'autres, les prolongations doivent être permises pour pouvoir s'adapter à certaines situations (ex. : un client dont la médication a été changée et qui demande une supervision prolongée); on s'entend que ces prolongations devraient être exceptionnelles pour répondre à un besoin spécifique de l'utilisateur et les critères pour permettre une prolongation devraient être établis clairement; répondre à l'anxiété de l'utilisateur face à la poursuite de sa démarche en externe par un prolongement de son stage n'est pas l'avenue la plus aidante pour le client.

La continuité de la démarche et l'arrimage entre les services résidentiels et externes

- 5- La structure actuelle des services avec hébergement comprenant deux programmes distincts (réadaptation et désintoxication) et même l'organisation des lieux (désintoxication au premier étage et réadaptation au deuxième étage) comportent des désavantages importants :
- a) l'utilisateur n'a pas l'impression d'avoir amorcé sa démarche de changement lorsqu'il est en désintoxication et attend avec impatience de « graduer » au programme de réadaptation;
 - b) l'utilisateur doit changer d'intervenant en une courte période de temps;
 - c) la désintoxication ne s'inscrit pas dans une démarche globale de changement, ce qui ne favorise pas l'alliance thérapeutique, la continuité de la démarche à l'intérieur même des services avec hébergement et dans la poursuite en externe et donc la persistance en traitement.
- 6- Il y a donc consensus à l'effet qu'il faut favoriser la création d'un seul programme dans le cadre des services avec hébergement, dont le mandat sera la stabilisation au plan physique, psychologique et social, ce qui permettra :
- a) de favoriser une plus grande alliance entre le « médical » et le « psychosocial »;
 - b) de maintenir le même intervenant tout au long de la démarche de l'utilisateur en milieu résidentiel;
 - c) de faciliter la continuité dans la démarche de réadaptation lors du passage des services résidentiels aux services externes.
- 7- Pour faciliter la poursuite en externe et favoriser la continuité entre les services résidentiels et externes, différentes avenues de solution ont été considérées :

- a) L'intervenant qui suit l'utilisateur en résidentiel tout au long de son séjour gagnerait à établir un contact avec l'intervenant en externe qui sera responsable du dossier pour lui communiquer le plan d'intervention établi et le cheminement du client;
- b) la création d'un lien entre l'intervenant du milieu externe et l'utilisateur alors que ce dernier est toujours en stage est une stratégie qui permet de favoriser l'alliance thérapeutique, la continuité de la démarche et de diminuer l'angoisse du client face à l'inconnu; ce contact peut être en personne ou par téléphone;
- c) Les clients qui terminent un stage en milieu résidentiel devraient être reçus en externe en priorité étant donné qu'il y a déjà eu beaucoup d'investissement dans la démarche de ce client de la part de Domrémy et pour maximiser la probabilité que sa démarche se poursuive, et ce, en continuité.

L'ensemble des personnes présentes à la rencontre s'entendent pour dire que ces nouvelles orientations auront des impacts au plan de l'organisation du travail et du personnel particulièrement en milieu résidentiel, mais aussi en externe. Il s'avère donc important d'en arriver à des décisions au plan de l'organisation des services, en collaboration avec les cliniciens. Pour ce faire, une deuxième discussion est prévue le 14 mai 2004 entre l'équipe de direction et un groupe plus élargi composé de membres du personnel intervenant en milieu résidentiel et externe. Le présent rapport, qui en arrive à des recommandations à partir des constats de la littérature, du portrait descriptif des services avec hébergement et des constats de cette première discussion du 17 mars 2004 (voir ci-dessus) constituera une base de discussion.

5. RECOMMANDATIONS FINALES

- 1) Il faut adopter une approche axée sur le continuum de soins (« step care approach ») et donc chercher à déterminer le niveau de soins requis pour chaque client qui soit le moins envahissant tout en assurant sa sécurité.
 - a) Ainsi, les services avec hébergement devraient **viser prioritairement** les clientèles qui, lors de leur évaluation santé présentent un niveau de services requis de type 3, ce qui est cohérent avec les critères d'appariement établis par l'ASAM :1) **un risque de sevrage ou un risque significatif pour leur santé physique** (qui ne requiert pas d'hospitalisation et donc de supervision médicale constante) et/ou 2) **une instabilité psychosociale marquée**.
 - b) Les clients qui répondent à ces critères et qui sont référés par le milieu hospitalier devraient être placés en priorité pour éviter le cercle vicieux des réadmissions hospitalières multiples coûteuses et inefficaces et permettre ainsi au client de briser ce cercle en s'engageant dans une démarche de changement.
 - c) Les services avec hébergement pourraient également être accessibles aux personnes qui ont besoin d'être retirées temporairement d'un milieu naturel très peu propice à la réadaptation en vue de permettre un arrêt d'agir initial, même si cette clientèle n'est pas prioritaire.

- d) De la même façon, les usagers demeurant dans des localités moins bien desservies (i.e. les petits points de services qui ne peuvent offrir que des services externes sur une base hebdomadaire et non de manière intensive) pourraient recourir aux services avec hébergement en vue de répondre adéquatement à leurs besoins.
 - e) Pour la minorité des clients qui requièrent un traitement résidentiel à long terme (3 mois et plus; ex. : conditions psychiatriques lourdes, multiples tentatives de traitement externes et de stages résidentiels à court terme ayant échouées), il est opportun de les référer à des partenaires qui offrent ce type de services (ex. : communautés thérapeutiques).
- 2) Le rôle et les objectifs des services avec hébergement devraient être :
- a) Fournir un environnement sécuritaire pour le sevrage;
 - b) Permettre aux clients de vivre un sevrage dans des conditions humaines et protéger sa dignité;
 - c) Préparer le patient à s'engager dans un processus de rémission à plus long terme via des interventions motivationnelle et un début d'instrumentation.
- 3) Pour s'assurer d'engager le client dans un processus de réadaptation à plus long terme et donc d'inscrire la désintoxication résidentielle dans une stratégie globale de traitement, il faut :
- a) Corriger le clivage qui existe actuellement dans nos services avec hébergement entre programme « désintoxication » et « réadaptation » en établissant un seul programme;
 - b) Faire une évaluation systématique de chaque personne admise dans les services avec hébergement au plan de sa santé (adaptation du NIDEM 2.0) et au plan psychosocial (*Indice de Gravité d'une toxicomanie (IGT)*) en vue d'établir en collaboration avec le client un plan d'intervention.
 - c) Favoriser la poursuite et la continuité de la démarche dans le cadre des services externes :
 - i. le planifier à l'intérieur du plan d'intervention;
 - ii. assurer le lien avec l'intervenant responsable du dossier en externe pour favoriser la continuité de la démarche;
 - iii. lors de l'inscription aux services externes, mettre les usagers provenant des services avec hébergement en priorité pour s'assurer de ne pas induire une rupture dans le processus de réadaptation du client pour qui des ressources ont déjà été investies.
 - d) Proposer une durée de séjour standard de 21 jours qui permet d'établir une alliance thérapeutique avec le client en plus de lui permettre d'amorcer sa démarche de changement et de maximiser sa motivation à poursuivre sa démarche en externe; les prolongations devraient être exceptionnelles.
 - e) Pour favoriser l'alliance thérapeutique et la continuité de la démarche, désigner un seul intervenant psychosocial principal qui accompagnera l'utilisateur tout au long de son stage.

- f) Amorcer une démarche de réflexion pour mieux comprendre le processus qui conduit au renvoi des usagers et au départ prématurés de ceux-ci sans entente, avenues associées à la rupture du contact de l'utilisateur avec les services de Domrémy : quelles sont les caractéristiques de ce sous-groupe? Quels sont les motifs de renvoi et de départ? Quelles sont les stratégies de gestion cliniques utilisées face à divers comportements indésirables des usagers?

RÉFÉRENCES

Annis, H.M. (1986). Is inpatient rehabilitation of the alcoholic cost effective? Con position. Advances in Alcohol and Substance Use, 5, 175.

Annis, H.M. (1996). Comments on Finney & al.'s "The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effect". Addiction, 91(12), 1803-1820.

American Society of Addiction Medicine (ASAM) (2000). "Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition, Revised (ASAM PPC-2R)". Chevy Chase, MD.

Brown, T.G. & Wood, W-J. (2002). Abus de substances: tous les traitements se valent-ils? Québec : Gouvernement du Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT).

Chick, J., Ritson, B., Connaughton, J., Stewart, A. & Chick, J.(1988). Advice versus extended treatment for alcoholism: a controlled study. British Journal of Addiction, 83, 67-81.

Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) (2004). La désintoxication : revue des meilleures pratiques. Document de travail.

Dufresne, J., Levasseur, S., St-Louis, L. & Turgeon, C. (2003). Ajustements dans les programmes au centre de services avec hébergement de Pointe-du-Lac. Trois-Rivières : Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec.

Fink, E.B., Longabaugh, R., McCrady, B.M. & coll. (1985). Effectiveness of alcoholism treatment in partial versus inpatient settings: twenty-four months outcomes. Addictive Behaviors, 10, 235-248.

Finney, J.W., Hanh, A.C., & Moos, R.H. (1996;). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. Addiction, 91 (12), 1773-1796.

Hubbard, R.L., Craddock, S.G., Flynn, P.M., & Anderson, J.(2003). Overview of 5 years follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). Journal of Substance Abuse and Treatment, 25, 125-134.

Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood, H.J., Cavanaugh, E.R., & Ginzburg, H.M. (1989). Drug abuse treatment: a natural study effectiveness. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Kissin, B., Platz, A., & Sue, W.H. (1970). Social and psychological factors in the treatment of chronic alcoholism. Journal of Psychiatric Research, 8, 13-27.

Mattick, R. P. & Jarvis (1994). In-patient setting and long duration for the treatment of alcohol dependence? Out-patient is as good. Drug and Alcohol Review, 13, 127-135.

McKay, J.R, & Alterman, A.I, McLellan, A.T., & Snider, E.C., & O'Brien, C.P. (1995). The effect of random versus non-random assignment in a comparison of inpatient and day hospital rehabilitation for male alcoholics. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 70-78.

Ménard, J.-M. (1993). L'efficacité du stage résidentiel : Mythe et réalité. Info-toxico, 5 (1), 1-2.

Miller, W.R. & Hester, R.K. (1986). Inpatient alcoholism treatment. Who benefit? American Psychologist, 41, 794-805.

Rychtarick, R.G., Connors, G.J., Whitney, R.B., McGillicuddy, N.B., Fitterling, J.M., & Wirtz, P.W. (2000). Treatment settings for persons with alcoholism evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(2), 277-289.

Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA) (2001). Quick guide for clinicians based on TIP 13: The role and current status of patient placement criteria in the treatment of substance abuse disorders. Voir <http://www.treatment.org/Externals/tips.html>, TIP 13

Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA) (2001).). Quick guide for clinicians based on TIP 19 (Detoxification from alcohol and other drugs). Voir <http://www.treatment.org/Externals/tips.html>

Simpson, D.D. (2003). Methods & findings from DATOS: Evaluating outcomes and Process. The effectiveness of interventions for addictions, NIH International Conference, 1er avril, Rome.

Simpson, D.D., Joe, G.W., & Brown, B.S. (1997). Length of stay in treatment and follow-up outcomes in DATOS. Psychology of Addictive Behaviors, 11 (4), 294-307.

Simpson, D.D. & Sells, S.B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse :: An overview of the DARP research program. Advances in Alcohol and Substance Abuse, 2 (1), 7-29.

Timko, C., Moos, R.H., Finney, J.W., & Moos, B.S. (1994). Outcome of treatment for alcohol abuse and involvement in A.A. among previously untreated problem drinkers. Journal of mental Health Administration, 21, 145-160.

Timko, C., Finney, J.W., Moos, R.H., Moos, B.S., & Steinbaum, D.P. (1993). The process of treatment selection among previously untreated help-seeking problem drinkers. Journal of Substance Abuse, 5(3), 203-220.

Walker, R.D., Donovan, D.M., Kivlahan, D.R. & O'Leary, M.R. (1983). Length of stay, neuropsychological performance, and aftercare; Influences on alcohol treatment outcome. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 900-911.

Walsh, D.C., Hingson, R.W., Merrigan, D.M. & coll. (1991). A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers, New England Journal of Medecine, 12, 775-782.

Wanberg, K.W., Horn, J.L.& Fairchild, D. (1974). Hospital versus community treatment of alcoholism problems. International Journal of Mental Health, 3, 160-176.