

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

Revue systématique de la littérature et méta-analyse

Mars 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

Revue systématique de la littérature et méta-analyse

est une production de la Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche
du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

950, rue de Louvain Est
Montréal (Québec) H2M 2E8
514 385-1232
ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut universitaire sur les dépendances, 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. Rapport rédigé par (Akram Djouini et Ervanne Kamgang). Montréal : CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. 2017; 98 p.

ISBN 978-2-550-79687-9 (En ligne)

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Bibliothèque et Archives Canada, 2017

© CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, 2017

Comité de suivi

Candide Beaumont	Directrice du programme d'évaluation des conducteurs, Association des intervenants en dépendance du Québec
Laurence D'Arcy	Agente de programmation, de planification et de recherche, Institut universitaire sur les dépendances, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Serge Brochu	Directeur scientifique, Institut universitaire sur les dépendances, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Pierre Noël	Chef des services Dépendance, CIUSSS de l'Estrie-CHUS (CRDE)
Christian Proulx	Spécialiste en activité clinique, CISSS de l'Outaouais
Bonita Laau	Directrice des programmes santé mentale et dépendance, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Véronique Landry	Chef de service, Institut universitaire sur les dépendances, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île de Montréal
Donald Martineau	Spécialiste en activités cliniques, CISSS de Chaudière-Appalaches
Jennifer Lavallée	Adjointe à la directrice, Direction des programmes santé mentale, dépendance, itinérance et services psychosociaux généraux, CISSS de la Côte-Nord
Serge Maynard	Coordonnateur de recherche, Institut universitaire sur les dépendances, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
Nathalie Marchiori	Conseillère-cadre au développement des pratiques professionnelles, CISSS de Lanaudière
Yves Gagnon	Coordonnateur professionnel, CISSS de Lanaudière
Martin Tétreault	Directeur adjoint des programmes santé mentale et dépendance, CISSS de la Montérégie-Ouest

Membres du comité de suivi avant la mise en place de la loi 10

Valérie Alix	Infirmière au service des équipes de liaison hospitalières, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire - Représentante du conseil des infirmières et des infirmiers du CRDM-IU
Martin Camiré	Directeur-conseil aux affaires professionnelles, Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec
Marie-Josée Giraud	Chef de l'administration des programmes – Centre de réadaptation en dépendance de l'Estrie
François Giroux	Directeur général du Centre de réadaptation en dépendance de l'Outaouais
Michel Larochelle	Directeur général du Centre de réadaptation en dépendance de Chaudière-Appalaches
Annie Sapin-Leduc	Directrice des services professionnels et de la mission universitaire, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire
François Savoie	Coordonnateur, Centre de réadaptation en dépendance de Lanaudière, CSSS de Lanaudière

Coordination du rapport

La coordination du rapport a été assurée par Muriel Guériton, Agente de programmation, de planification et de recherche, et Serge Maynard, Coordonnateur de la recherche.

Autres contributions

Remerciements à Solange Gauthier et Julie Beausoleil, de l'Institut universitaire pour les dépendances, pour leur soutien à la production de ce rapport.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs du rapport déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce rapport.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions et recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou des autres personnes consultées aux fins du présent dossier.

Soutien financier

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux et des figures	9
Sigles et abréviations	10
Glossaire	11
Mise en contexte	13
Structure du rapport.....	14
Aspects exclus.....	16

PARTIE 1 La rémission des troubles liés à l'utilisation des substances : Une revue systématique et méta-analyse

analyse	17
En bref	18
Résumé	19
1.1 Introduction – La rémission des troubles liés à l'utilisation des substances	22
1.2 Méthodologie	24
1.2.1 Questions clés de recherche	24
1.2.2 Stratégie de recherche d'informations	25
1.2.3 Critères de sélection des études	26
1.2.4 Sélection des études	27
1.2.5 Extraction des données	27
1.2.6 Évaluation de la qualité méthodologique des études.....	27
1.2.7 Méthodes d'analyse et de synthèse des données.....	28
1.3 Résultats.....	29
1.3.1 Description des résultats de la recherche documentaire et des études repérées	29
1.3.2 Durées des TUS	31
1.3.3 Taux de rémission des TUS	31
1.4 Discussion	40
Limites	43

PARTIE 2 Efficacité des modèles d'intervention	45
Résumé	46
2.1 Introduction – Efficacité des modèles d'intervention	48
2.2 Méthodologie	49
2.2.1 Questions clés de recherche	49
2.2.2 Stratégie de recherche d'information	50
2.2.3 Critères de sélection des études scientifiques	50
2.2.4 Sélection des études	51
2.2.5 Évaluation de la qualité des études	51
2.2.6 Extraction des données	51
2.3 Résultats	51
2.3.1 Description des résultats de la recherche documentaire et des études repérées	51
2.3.2 Description des modèles d'intervention	52
2.3.3 Efficacité des modèles d'intervention	53
2.4 Discussion	55
Limites	58
PARTIE 3 Dissémination et discussions des résultats avec le milieu de la pratique	59
3.1 Rencontre avec les intervenants et gestionnaires du CRDM	60
3.1.1 Réactions globales aux résultats	60
3.1.2 Les implications des résultats pour la pratique	60
3.2 Rencontre avec le comité de suivi (7 février 2017)	61
3.2.1 Constats globaux	61
3.2.2 Vers une adaptation des services pour mieux prévenir les multiples retours en traitement	62
3.2.3 Identification des clientèles « à risque »	63
PARTIE 4 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	65
Conclusion	66
Recommandations	67
Pistes de réflexion	67
Références bibliographiques	69

ANNEXES	79
Partie 1- La rémission des troubles liés à l'utilisation des substances	80
Annexe A-1 : Stratégie de recherche documentaire.....	80
Annexe B-1 : Processus de sélection des études	83
Annexe C-1 : Évaluation de la qualité méthodologique des études.....	84
Annexe D-1 : Liste et caractéristiques des études incluses	88
Partie 2 – Efficacité des modèles d'intervention	89
Annexe A-2 : Stratégie de recherche documentaire.....	89
Annexe B-2 : Processus de sélection des études	90
Annexe C-2 : Caractéristiques sociodémographiques par études.....	91
Annexe D-2 : Description des modèles	93
Annexe E-2 : Efficacité des modèles.....	96

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Liste des tableaux

Partie 1

Tableau 1. Taux de rémission des études retenues et durées de consommation	33
Tableau 2. Analyse des sous-groupes selon les caractéristiques des études	38
Tableau 3. Meta-régressions univariée selon les caractéristiques des études	39

Partie 2

Tableau 1. Equations de recherche pour les bases de données électroniques	87
---	----

Liste des figures

Partie 1

Figure 1. Les taux de rémission standards et les durées de suivi	34
Figure 2. Les taux de rémission conservateurs et les durées de suivi	35
Figure 3. Les taux de rémission standards et conservateurs des études sélectionnées	36
Figure 4. Diagramme de flux pour l'identification, le repérage et la sélection des études	83

Partie 2

Figure 1. Diagramme de flux	88
-----------------------------------	----

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ACRDQ	Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec
AIDQ	Association des intervenants en dépendance du Québec
ASAM	American Society of Addiction Medicine
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CRD	Centre de réadaptation en dépendance
CRDM-IU	Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DDL	Degrés de liberté
DSM-III-R	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, troisième édition révisée
DSM-IV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition
DSM-V	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition
ETMISSS	Évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux
ÉT	Écart-type
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IUD	Institut universitaire sur les dépendances
NESARC	National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	Odds ratio ou rapport des cotes
SIV	Soutien d'intensité variable
SI	Suivi intensif
SPA	Substance psychoactive
TUS	Troubles liés à l'utilisation des substances
TU-alcool	Troubles liés à l'utilisation d'alcool
TU-drogues	Troubles liés à l'utilisation de drogues illicites

GLOSSAIRE

Définitions des termes « Troubles liés à l'utilisation des substances (TUS) », « dépendance » et « abus ».

Dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition (DSM-IV), un TUS fait référence à un diagnostic de dépendance à une substance ou d'abus d'une substance (American Psychiatric Association, 1998). La **dépendance** est ici décrite comme un « mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative caractérisé par la présence de trois (ou plus) des sept manifestations suivantes à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois : 1) la tolérance ou accoutumance; 2) le sevrage; 3) le maintien de la consommation de la substance malgré des méfaits; 4) la perte de contrôle; 5) les tentatives de réduire la consommation; 6) la prépondérance; 7) et la participation réduite aux activités sociales, professionnelles ou récréatives » (code 303.90) (American Psychiatric Association, 1998; Collin, 2006). L'**abus** renvoi à des habitudes de consommation non responsables ayant des conséquences négatives graves sur le plan physique, social, interpersonnel ou juridique. Contrairement à la dépendance, les critères d'évaluation de l'abus ne tiennent pas compte de l'accoutumance, du sevrage ou d'une utilisation compulsive ou hors de contrôle (Canadian Centre for Addiction and Mental Health et Centre St-Joseph, 2010). Dans la cinquième version du DSM (DSM-5) publiée en 2013, les notions d'abus et de dépendance sont combinées en un seul diagnostic, soit celui de « trouble d'utilisation de substance », qui tient compte d'un continuum de sévérité allant de légère à sévère (American Psychiatric Association, 2013).

Définition des modèles d'intervention

La définition de ce qui constitue ou caractérise un modèle d'intervention faisant l'objet de débats dans la littérature, nous ne proposerons pas ici de définition spécifique. Aux fins du présent rapport nous avons appréhendé les modèles d'intervention de manière globale incluant selon les cas, les dimensions liées à l'offre de services lorsque pertinent.

Définition du taux de standard de rémission

Le taux standard de rémission est calculé en divisant le nombre de participants à l'étude qui ont atteint la rémission (depuis plus de six mois) au dernier temps de mesure du suivi, par le nombre total de participants ayant atteint le dernier temps de mesure du suivi de l'étude (excluant les participants décédés, non joignables, ayant abandonné l'étude, ou qui ne répondaient plus aux critères d'inclusion).

Définition du taux conservateur de rémission

Le taux conservateur de rémission est calculé en divisant le nombre de participants à l'étude qui ont atteint la rémission (depuis plus de six mois) au dernier temps de mesure du suivi, par le nombre total de participants au

début du suivi de l'étude.

MISE EN CONTEXTE

Les troubles liés à l'utilisation des substances (TUS), qu'il s'agisse d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues, ont des effets directs et indirects majeurs en termes de problèmes de santé et d'impacts sociétaux (Calabria et al., 2010). Plusieurs problèmes de santé physique ou mentale résultant ou concomitants à ces troubles sont en effet aujourd'hui bien connus. On sait ainsi que des conséquences sur la santé physique telles que les maladies cardiovasculaires, les maladies infectieuses et les maladies transmises sexuellement, ou des problèmes de santé mentale tels que la dépression ou l'anxiété, sont associés aux TUS (Beck et Richard, 2012; Cullen et al., 2009; Von Laue, Schwappach et Koeck, 2003). Les impacts sociétaux liés à ces troubles sont également importants incluant des problématiques comportementales en termes de violence, de négligence, de diminution de la vigilance pouvant conduire à des accidents, ainsi que des risques de suicide (Rehm, Taylor et Room, 2006; Éduc'alcool, 2005).

De nombreuses approches et traitements efficaces se sont développés aux cours des dernières décennies afin d'assurer une prise en charge de ces troubles, sans que la supériorité de certaines approches par rapport à d'autres aient pu être clairement démontrées (Desrosiers, 2010). Par ailleurs, parmi les populations concernées, de grands écarts perdurent en regard des taux de rémission (abstinence ou consommation responsable), l'atteinte d'une rémission stable pouvant s'étaler sur plusieurs années voire plusieurs décennies (Dennis, Scott, Funk et Foss, 2005; Scott, Foss et Dennis, 2005; De Soto, O'Donnell et De Soto, 1989; Vaillant, 1996; White, 2012).

Au Québec, tout comme dans d'autres pays occidentaux, on constate que les personnes qui reviennent en traitement se présentent avec des problématiques de plus en plus complexes et pour la plupart, un historique de multiples réadmissions (Dennis, Scott, Funk et Foss, 2005). Malgré les divers traitements et thérapies efficaces proposés, la rétention en traitement, la continuité des soins et le maintien du rétablissement à long terme demeurent des défis grandissants tant pour les intervenants que pour les gestionnaires (Ngui, Fleury, Kairouz et Nadeau, 2015).

La structuration québécoise actuelle des services en dépendance (modèle de traitement à court terme ou de soins aigus), s'appuyant sur une conception transitoire de l'addiction, est de plus en plus questionnée. Depuis plusieurs années, différents acteurs (l'AIDQ - ex-ACRDQ, les centres de réadaptation en dépendance, l'Institut universitaire sur les dépendances - ex-CRDM-IU) tendent à recommander une adaptation visant à mieux prendre en compte le caractère chronique des TUS (nécessité de prévoir plusieurs épisodes de soins et un suivi au long cours notamment). L'application d'une approche ou d'un modèle d'intervention en particulier n'a cependant pas encore été proposée.

Le présent projet d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) vise, d'une part, à établir un portrait plus précis concernant l'évolution à long terme des TUS (alcool ou drogues). D'autre part, il cherche à identifier les modèles d'intervention les plus efficaces pour les personnes présentant un TUS et ayant un historique de multiples réadmissions en traitement. Ces modèles devraient également permettre d'assurer la rétention en traitement et une continuité de services pour la clientèle cible.

L'Institut universitaire sur les dépendances a été sollicité afin de tenter de répondre à la question d'évaluation

suivante :

Quels sont les modèles et modalités d'offres de service¹ efficaces pour les adultes aux prises avec un TUS^{2,3} et ayant un historique de multiples réadmissions⁴ en traitement ou rechutes ?

STRUCTURE DU RAPPORT

Tel que mentionné dans la mise en contexte, la question d'évaluation, bien qu'axée sur les modèles et modalités d'offres de service, s'inscrit dans un contexte de questionnement plus large quant au caractère « chronique » des troubles liés à l'utilisation des substances. Les modèles pouvant être grandement influencés par des approches radicalement différentes, c'est-à-dire d'un côté, par une approche ponctuelle visant à intervenir auprès des individus lors de crises aiguës ayant un caractère temporaire, et d'un autre côté par une approche à long terme favorisant une prise en charge de ces personnes dans une perspective de suivi similaire à celui d'une maladie chronique.

Le fait de considérer les troubles d'utilisation des substances, ainsi que leur prise en charge, de la même façon que les maladies chroniques telles que le diabète ou l'hypertension fait l'objet de débat dans la communauté scientifique depuis le 19^e siècle.

L'équipe de recherche a tenté d'identifier dans la littérature scientifique récente (15 dernières années) une définition opérationnelle de la chronicité afin d'appuyer ses travaux, mais n'a pu y parvenir, car trop peu d'articles présentant une définition claire de celle-ci n'a été trouvés.

Dans la mesure où il apparaissait important de mieux connaître l'évolution des TUS à long terme pour pouvoir répondre adéquatement aux besoins des clientèles visées et aux questions des demandeurs en termes d'offre de services, le projet a donc été scindé en deux parties confiées à deux équipes, visant chacune à répondre à des questions-clés de recherche distinctes.

La première partie de ce rapport étudie plus précisément l'évolution des TUS sur le long terme en se basant sur les taux de rémission provenant d'études longitudinales, afin de dresser un portrait le plus complet possible de leur évolution dans le temps. Elle s'appuie sur une revue systématique des écrits et une méta-analyse et en présente les résultats et conclusions⁵. La seconde partie est consacrée plus particulièrement à l'identification des modèles d'intervention. Elle s'appuie sur une recension systématique des écrits distincte de la première recension et présente les données relatives à

¹ Ceci ne concerne ni les approches de traitement, ni les traitements cliniques dont les types de thérapies, mais bien des modèles, modalités, stratégies ou structures d'organisation de services.

² Abus, dépendance et dans une certaine mesure, les populations à risque

³ Alcool et drogues excluant le tabac

⁴ Au moins deux admissions

⁵ Les résultats présentés dans cette section du rapport reprennent ceux présentés dans l'article : 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(1), 293-306. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.625>. Une demande de permission de reproduction des résultats a été envoyée et acceptée par la maison d'édition Elsevier. Les sections 1.2.1 Questions-clés de recherche; et 1.2.6 Évaluation de qualité méthodologique des études; ainsi que 1.3.1 Qualité des études retenues ont été rajoutées comme informations complémentaires à ceux de l'article original publié, afin de satisfaire aux exigences et standards du présent rapport.

ces modèles et à leur efficacité⁶. La troisième partie rapportera les étapes de dissémination et de discussion réalisées en collaboration avec le milieu de la pratique, en lien avec les résultats issus des deux revues systématiques. Enfin, les conclusions et recommandations font l'objet de la quatrième partie de ce rapport et intègrent les pistes de réflexion dégagées par et avec les parties prenantes (gestionnaires et intervenants cliniques) de ce projet. Le tableau ci-dessous présente les critères PICO(T)S qui décrivent les différents concepts ayant guidé la réalisation des deux revues systématiques.

PICO(T)S des deux parties de l'étude

	Étude de l'évolution à long terme des TUS	Étude des modèles d'intervention
La Population (P):	Les personnes ayant des TU-alcool ou TU-drogues, et étant âgés de 18 ans ou plus en fin de suivi.	Les personnes de 18 ans et plus ayant des TU-alcool ou TU-drogues et de multiples épisodes de réadmission en traitement ou rechutes.
L'Intervention (I):	Étude de suivi d'au moins trois mois ou plus avec au moins deux temps de mesure ou un temps de mesure sans suivi, mais avec des données de consommation à vie.	Les modèles d'intervention incluant la dispensation des services aux clientèles présentant des TU-alcool ou TU-drogues.
Le Comparateur (C):	Non applicable.	Pour la dimension de l'efficacité : 1) les modèles d'offre de services devront être comparés aux services usuels ou comparés entre eux; 2) en l'absence de comparateurs, une évaluation « avant-après » devra minimalement avoir été réalisée.
Les Résultats (Outcomes) d'intérêt :	1) La proportion d'individus en rémission depuis au moins six mois; 2) La durée moyenne de consommation avant la rémission; 3) Les caractéristiques des études pouvant expliquer les variations des taux de rémission.	D'un point de vue clinique et psychosocial : 1) l'utilisation des substances; 2) l'état psychologique et mental; 3) l'utilisation de divers types de services; 4) l'abandon du traitement; 5) la qualité et les conditions de vie; 7) le niveau fonctionnel; 8) l'efficacité
Le Contexte (Setting)	Aucun contexte spécifié.	Aucun contexte spécifié.

⁶ Les résultats présentés dans cette section reprennent ceux présentés dans l'article : Simoneau, H., Kamgang, E., Tremblay, J., Bertrand, K., Brochu, S., et Fleury, M.-J. (en révision). Efficacy of extensive intervention models for substance use disorders: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*. À l'exception de certaines sections (2.4.2, sur la stratégie de recherche; 2.4.4 sur la sélection des études et 2.4.5 sur l'évaluation de la qualité des études et enfin le point portant sur la qualité des études retenues présenté à la section 2.5.1) qui ont été rajoutées ou augmentées, afin de satisfaire aux exigences et standards du présent rapport. Une demande de permission de reproduction des résultats sera envoyée à la maison d'édition au moment de la publication de l'article (le cas échéant).

ASPECTS EXCLUS

Dans ce projet, les données sur les coûts et les analyses d'impact budgétaire ne font pas partie des éléments à exploiter. Toutefois, si l'information sur les analyses coût-efficacité des modèles est disponible dans les études retenues, elle sera rapportée. Sont également exclues les données provenant d'études portant exclusivement sur les TUS associés à la consommation de tabac, et les études ou les résultats qui portent uniquement sur les populations âgées de moins de 18 ans durant leur traitement et leurs suivis. Enfin, les dimensions éthiques et de sécurité n'ont pu être intégrées dans le présent rapport.

PARTIE 1

LA RÉMISSION DES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DES SUBSTANCES : UNE REVUE SYSTÉMATIQUE ET MÉTA-ANALYSE ⁷

⁷ Cette partie du rapport est issue d'une reproduction intégrale traduite en français de l'article : 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(1), 293-306. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.625>. Une demande de permission de reproduction des résultats a été envoyée et acceptée par la maison d'édition Elsevier. Les sections 1.2.1 Questions-clés de recherche; et 1.2.6 Évaluation de qualité méthodologique des études; ainsi que 1.3.1 Qualité des études retenues ont été rajoutées comme informations complémentaires à ceux de l'article original publié, afin de satisfaire aux exigences et standards de l'INESSS.

La rémission des troubles liés à l'utilisation des substances: Une revue systématique et méta-analyse

Objectif

Présenter les résultats d'une revue systématique et une méta-analyse des données disponibles sur les taux de rémission pour les troubles liés à l'usage de substances (TUS) en fournissant des estimations des moyennes pondérées de taux de rémission des TUS. La revue explore également les caractéristiques des études qui peuvent expliquer les variations des taux de rémission.

Méthode

Un examen systématique des études publiées entre 2000-2015 ayant examiné l'évolution à long terme des TUS (alcool, drogues) et ayant rapporté des taux de rémission après un suivi minimum de trois années a été effectué. La rémission se rapporte au fait de ne pas avoir un diagnostic de TUS pour une durée minimale de 6 mois à la fin du suivi. Des techniques de méta-analyse, une analyse de sous-groupe et une méta-régression ont aussi été menées pour explorer l'association entre les taux de rémission des études et les principales variables sélectionnées. Des taux annualisés de rémission pour l'ensemble des études ont été calculés.

Résultats

Sur 8 855 études identifiées, 21 répondent aux critères d'admissibilité. Les résultats suggèrent que 35,0 % à 54,4 % des individus atteints de TUS ont connu une rémission, et cela s'est produit après une période de suivi moyenne de 17 ans. Les taux annualisés de rémission rapportent peu de cas de rémission des TUS, soit entre 6,8 % et 9,1 % au cours d'une année donnée. Les études ayant rapporté les taux de rémission les plus élevés sont celles avec les périodes de suivi les plus longues et les taux de rétention des échantillons les plus faibles.

Conclusion

Les résultats soutiennent la thèse selon laquelle les TUS sont plus susceptibles d'être des troubles de longue durée ou "chroniques" que des troubles aigus pour un nombre important de personnes.

RÉSUMÉ

Introduction

Les troubles liés à l'utilisation des substances (TUS) constituent un problème majeur de santé publique. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les TUS représentent près de 5 % du coût total des maladies. La consommation d'alcool est responsable de 3,6 % de tous les décès dans le monde et l'usage de drogues illicites de 0,4 %. De plus, les TUS sont associés à des problèmes de santé, comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies infectieuses et les troubles mentaux, ainsi qu'à des problèmes sociaux, tels que la violence domestique, la négligence criminelle, les accidents de la route et le suicide.

Comment devrait-on considérer et traiter les TUS? Est-ce en tant que troubles aigus ou chroniques? La réponse à cette question est déterminante pour l'organisation de l'offre de services. Contrairement aux maladies aiguës dont la pathologie intervient violemment et cesse rapidement, les maladies chroniques persistent de nombreuses années ou sont présentes à vie; elles peuvent inclure plusieurs épisodes de maladie et de rétablissement de durée et sévérité variables. Il n'y a pas de consensus quant au nombre d'années de consommation, d'épisodes de rechute ou de traitements qu'un individu doit expérimenter pour qu'un TUS soit qualifié de chronique. Dans la littérature scientifique et les milieux cliniques, les TUS ont longtemps été considérés comme des troubles aigus, ne nécessitant aucune intervention ou un minimum de soutien clinique. Néanmoins, en raison de l'évolution souvent cyclique des TUS, alternant entre des épisodes de rémission et de rechute de durée variable pouvant s'étaler sur plusieurs années, un courant alternatif s'est progressivement imposé définissant les TUS en tant que maladies chroniques. Le taux de persévérance en traitement ou de maintien des changements des habitudes de vie chez les personnes souffrant de TUS est d'ailleurs similaire à celui d'autres maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle), s'élevant à 30 %.

La trajectoire des TUS est cependant fort individuelle et multifactorielle. Elle est influencée par des facteurs tels que l'âge d'initiation à la consommation ou de la rémission, l'intensité et la durée de la rémission, le genre (les femmes étant souvent moins affectées et moins longtemps par les TUS), le type de diagnostic (abus ou dépendance), le fait d'être abstinent lors de la rémission (par opposition à la consommation contrôlée), ainsi que le statut médical et psychiatrique de la personne. D'autres facteurs liés à l'environnement tels que le soutien familial ou des proches, la disponibilité des ressources et des services, ainsi qu'une meilleure adhésion aux traitements (communautaires, système de soins) sont considérés comme ayant une influence positive sur la rémission. Par le biais d'une revue systématique et d'une méta-analyse, l'objectif de cette première partie est de cerner les taux de rémission et la durée moyenne des TUS (alcool et drogues), afin d'éclairer ultimement les décideurs sur le dispositif de soins nécessaire à déployer ou consolider pour répondre aux différents besoins de la population aux prises avec des TUS.

Méthodologie

Une revue systématique des études publiées entre 2000-2015 qui se sont intéressées à l'évolution à long terme des TUS (alcool et drogues) et ayant rapporté des taux de rémission après un suivi minimum de trois années a été effectuée. La rémission se rapporte au fait de ne pas avoir un diagnostic de TUS pour une durée minimale de 6 mois. Des recherches électroniques (Medline, PubMed, EMBASE et PsycINFO) et manuelles dans 19 revues spécialisées en toxicomanie ont été réalisées, ainsi que des recherches secondaires dans les listes de références des études sélectionnées.

Deux taux de rémission ont été calculés : conservateur (nombre d'individus en rémission à la fin du suivi/nombre d'individus en début d'étude) et standard (nombre d'individus en rémission à la fin du suivi/nombre total d'individus à la fin du suivi). La comparaison de ces deux taux a permis de mesurer les effets potentiels de la perte d'échantillon. Une moyenne pondérée globale pour les taux conservateurs et standards ainsi que des durées moyennes de consommation avant la rémission ont été calculées. Une analyse de sous-groupe et une méta-régression ont aussi été menées afin d'identifier les caractéristiques des études (le type de substance, le traitement au départ, le type de diagnostic, la durée et les critères de définition de la rémission, la durée du suivi, les proportions d'hommes, l'âge et le taux de rétention des études) pouvant expliquer le niveau d'hétérogénéité des taux de rémission. Enfin, des taux annualisés de rémission conservateurs et standards pour l'ensemble des études et par groupe d'études ayant des caractéristiques similaires ont été calculés.

Résultats

Parmi les 8 855 études identifiées à partir des titres et mots-clés, 119 articles ont été sélectionnés pour une lecture intégrale; et partant de nos critères d'inclusion, 21 articles ont été retenus pour cette revue systématique. Selon la substance primaire consommée, 12 articles s'intéressaient à l'alcool, 4 à l'héroïne, et 5 aux poly substances. Quinze études comportaient un échantillon clinique, 4 communautaire, et 2 populationnel. La taille des échantillons dans les 21 études variait de 86 à 5 719 (moyenne : 1 018, médiane : 613), et les périodes de suivi s'étalaient de 3 à 50 ans.

Les taux de rémission des études sélectionnées étaient très variables, allant de 19,6 % à 95,7 % pour le taux standard et de 15,5 % à 95,7 % pour le taux conservateur. Les résultats montrent que 35,0 % (avec le taux conservateur) à 54,4 % (avec le taux standard) des individus ayant des TUS ont atteint la rémission, ceci s'est produit après une période moyenne de suivi de 17 ans. Le taux annualisé de rémission pour l'ensemble des études suggère qu'entre 6,8 % (conservateur) et 9,1 % (standard) des individus ayant des TUS étaient en rémission annuellement. Les estimations des taux moyens pondérés de rémission par substance étaient, respectivement, de 51,7 %, 54,0 % et 60,0 % pour les sous-groupes TUS alcool, héroïne et poly substances.

Un tiers des 21 études retenues a examiné la durée de la consommation avant la rémission. Ces dernières révèlent dans plus de deux tiers des cas, la période moyenne de consommation avant la rémission était de 14 ans. Cette période est généralement plus longue pour l'alcool que pour les autres substances. L'analyse de sous-groupes et la méta-

régression montrent que les études avec les taux de rémission les plus élevés sont celles ayant les plus longues périodes de suivi, et celles ayant les taux de rétention les plus faibles.

Conclusion

Cette étude est originale du fait qu'il s'agit d'une première revue systématique et méta-analyse portant sur les TUS à la fois à l'alcool et aux drogues. Les résultats démontrent globalement que peu de recherches se sont intéressées à documenter la rémission et la durée des TUS, en particulier ceux aux drogues et ce, bien qu'il existe un vif débat sur la chronicité ou non des TUS. Globalement, les taux de rémission des 21 études variaient substantiellement. Les résultats révèlent que seulement un tiers à la moitié des personnes avec un TUS ont atteint la rémission, et ceci après une période moyenne de suivi de 17 ans, selon que l'on considère ou non l'attrition des échantillons. Les taux de rémission annualisés indiquent que peu de personnes ayant des TUS atteignent la rémission chaque année, soit entre une personne sur 10 à une sur 15 par an. Le statut légal de la consommation d'alcool par rapport aux drogues, et les pressions sociales qui en découlent peuvent expliquer la durée un peu plus longue des TUS alcool, comparativement aux troubles liés aux drogues. Le fait que les statistiques de rémission soient établies sur des taux de rémission standards ou conservateurs, ainsi que la durée du suivi des TUS, est un facteur-clé venant surévaluer ou sous-estimer le taux réel de rémission.

Les études analysées comprenaient aussi plusieurs limites importantes à considérer pour l'interprétation des résultats dont : la surreprésentation des hommes caucasiens dans les échantillons; la sous-représentation des populations autres que cliniques; le fait que le suivi s'est effectué sur moins de 12 ans pour environ la moitié des études; et que ces dernières ont pour la plupart été menées aux États-Unis. Dans les études, la définition de la rémission variait aussi beaucoup, allant de l'abstinence à la consommation contrôlée, ou étant mesurée selon un minimum de 6 mois à un maximum de 10 ans sans TUS. En outre, les taux de rémission étaient évalués au cours du dernier suivi et ne tenaient pas compte de l'alternance des cycles de rémission et de rechute. Par exemple, un individu abstinent durant les 10 années de suivi d'une étude, et rechutant dans les 6 derniers mois se retrouvait en non-rémission, et vice-versa.

En conclusion, les résultats de cette revue systématique soutiennent la thèse selon laquelle les TUS sont, pour un nombre important de personnes, plus susceptibles d'être considérés comme des troubles de longue durée ou « chroniques » plutôt que des troubles aigus.

1.1 INTRODUCTION – LA RÉMISSION DES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DES SUBSTANCES

Les troubles liés à l'utilisation des substances constituent un problème majeur de santé publique, et ont des conséquences néfastes pour les individus qui en souffrent, ainsi que pour leur famille et l'ensemble de la société (Calabria et al., 2010). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les TUS représentent près de 5 % du coût total des maladies, soit 4 % attribuable à l'alcool et 0,8 % aux drogues illicites (WHO, 2004). La consommation d'alcool est responsable de 3,6 % de tous les décès dans le monde, ce taux se chiffrant à 0,4 % pour les drogues illicites (Whiteford, Ferrari, Degenhardt, Feigin et Vos, 2015). Par ailleurs, les TUS sont associés à des problèmes de santé tels que les maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies infectieuses et les troubles mentaux, ainsi qu'à des problèmes sociaux tels que la violence domestique, la négligence criminelle, les accidents de la route et le suicide (Beck et Richard, 2012; Cullen, O'Brien, O'Carroll, O'Kelly et Bury, 2009). Au cours des dernières décennies, les taux élevés de morbidité et de mortalité associés aux TUS ont conduit au déploiement d'efforts visant à améliorer les traitements offerts aux personnes souffrant de ces troubles. De nombreuses études ont d'ailleurs mesuré et confirmé l'efficacité de ces différents traitements tels que les groupes d'entraide (Gerstein et al., 1997; UKATT Research Team, 2005). Une récente revue de 415 études cliniques et démographiques publiées entre 1868 et 2011 a révélé une rémission des TUS chez près de la moitié des participants (White, 2012). Cependant, les impacts des traitements ont été mesurés, pour la majorité de ces études, après une courte période de suivi, soit principalement de 12 mois, et ce, en concordance avec la durée habituelle des traitements offerts aux personnes ayant un TUS (Arria et McLellan, 2012).

La communauté scientifique a essayé dès le début du 19^e siècle de déterminer si les TUS doivent être considérés et traités comme des troubles chroniques ou aigus. Les travaux pour répondre à ce questionnement se sont surtout multipliés durant les années 2000 en raison des grandes réformes des systèmes de santé qui les ont caractérisées. Contrairement aux maladies aiguës qui sont généralement sévères et de courtes durées, les maladies chroniques persistent durant plusieurs années voire toute la vie, ou impliquent de multiples épisodes de rémission et de rechute qui varient en termes de durée et de sévérité clinique (Brecher, 1972; Gossop, Marsden, Stewart et Kidd, 2003; Hser, Anglin et Powers, 1993; Vaillant, 1973; White, Boyle et Loveland, 2002). Il n'existe aucun consensus quant au nombre d'années de consommation, ainsi qu'au nombre minimum de rechutes ou d'épisodes de traitement permettant de déterminer la chronicité d'un TUS (Kelly et White, 2011; White, 2012). Un changement de paradigme qui définirait les TUS comme des maladies chroniques obligerait, d'une part, les milieux cliniques à offrir davantage de services d'intensité variable et dispensés de façon continue sur le long cours et, d'autre part, le milieu scientifique à s'intéresser plus aux études longitudinales.

De nombreux chercheurs ont observé une rémission spontanée des TUS sans traitement, pouvant survenir après plusieurs années de consommation (Birnacki, 1986; Toneatto, Sobell, Sobell et Rubel, 1999; Waldorf, Reinerman et Murphy, 1991). Cependant, de précédentes recherches rapportent qu'en général, la rémission spontanée serait associée à une durée de consommation plus courte, à des troubles moins sévères, à des risques moins élevés de comorbidité et à moins de facteurs de risque (Sobell, Cunningham et Sobell, 1996; White, 2012). À l'inverse, d'autres auteurs ont décrit les

TUS comme des désordres chroniques caractérisés par une alternance de cycles de rémission et de rechute de durées variables qui peuvent perdurer sur plusieurs années. Dans ces conditions, les soins devraient être d'intensité variable, dispensés de façon continue et à long terme. La récurrence des symptômes et les taux élevés de rechute chez les personnes ayant un TUS sont d'ailleurs comparables à ceux des autres maladies chroniques telles que le diabète de type deux, l'hypertension et l'asthme (McLellan, Lewis, O'Brien et Kleber, 2000). Les taux d'adhérence aux traitements sont également similaires; en effet, tout comme les personnes atteintes de troubles médicaux chroniques, moins de 30 % des personnes atteintes de TUS adoptent des changements dans leurs comportements dans le but d'améliorer leur santé (McLellan, Lewis, O'Brien et Kleber, 2000).

Tous les TUS ne deviennent pas forcément chroniques et l'état d'avancement des recherches actuelles ne permet pas d'établir avec certitude les conditions d'une telle évolution (White et McLellan, 2008). L'évolution des TUS varie d'un individu à l'autre et est influencée par des facteurs tels que l'âge d'apparition des troubles, leur intensité et leur durée, les cycles de rémission et de rechute, ainsi que l'historique médical et psychiatrique de la personne (El-Guebaly, 2012; White et McLellan, 2008). Le soutien de l'entourage, ainsi que l'accès à des ressources communautaires ou des soins médicaux ont également un impact sur l'évolution des troubles et leur rémission à long terme (Bischof, Rumpf, Myer, Hapke et John, 2004; Granfield et Cloud, 1999). Une revue récente des enquêtes épidémiologiques nationales réalisées auprès d'utilisateurs de substances psychoactives (SPA) révèle que les taux de rémission varient considérablement selon le type de substance consommée, ainsi que son statut légal ou illégal (Heyman, 2013). Plusieurs études ont aussi identifié des facteurs qui influencent positivement l'évolution des TUS, c'est notamment le cas du genre (féminin) (Fillmore, 1987; Gomberg, 1995; Hyman, Garcia et Sinha, 2006; Liu et Kaplan, 1996; O'Brien, Wu et Anthony, 2005; Walton, Blow, Bingham et Chermack, 2003; Weisner, Matzger et Kaskutas, 2003), de l'âge (avancé) (Chi et Weisner, 2008; Kalaydjian et al., 2009; Tuithof, Ten Have, van den Brink, Vollebergh et de Graaf, 2013; Weisner, Matzger et Kaskutas, 2003) et de l'engagement en traitement (Best et Lubman, 2012; Dawson, Goldstein, Ruan et Grant, 2012; El-Guebaly, 2012; Hser, Evans, Grella, Ling et Anglin, 2015; Hser, Huang, Teruya et Anglin, 2003; Laudet, Savage et Mahmood, 2002; Nosyk, Anglin, Brecht, Lima et Hser, 2013; Xie, McHugo et Drake, 2009). De plus, un diagnostic d'abus offre généralement un meilleur pronostic de rémission des TUS, en comparaison à celui de la dépendance (Hasin, Van Rossem, McCloud et Endicott, 1997; Schuckit et Smith, 2011). L'abstinence, par opposition à l'usage contrôlé de la substance, favoriserait également la rémission (Chi, Parthasarathy, Mertens et Weisner, 2011).

Même si les études sur l'impact des traitements indiquent que la moitié, voire plus, des individus ayant un TUS atteignent la rémission à court et à moyen terme (Armor, Polich et Stambul, 1978; Edwards et al., 1977; Sellman et Joyce, 1996), d'autres recherches ont rapporté que seul le quart maintiennent leur abstinence sur le long terme (Vaillant, 1988). Les taux de rémission des TUS varient grandement selon la définition de la rémission (abstinence totale ou consommation contrôlée), sa durée (par exemple, absence de critères diagnostiques de TUS pendant 6 mois, 12 mois ou plus), ainsi que la durée de suivi des échantillons (par exemple, 1 à 15 ans) (Dennis, Foss et Scott, 2007). Enfin, les études de suivi plus

longues sont particulièrement sensibles à l'attrition⁸ des participants, et tendent ainsi à sur ou sous rapporter les taux de rémission des TUS en fonction de la façon dont ces derniers sont calculés (Simpson, Joe et Brown, 1997).

Une meilleure connaissance des taux de rémission, de la durée de la trajectoire de consommation et de l'évolution au long cours des TUS faciliterait le développement de services adaptés aux besoins divers des personnes souffrant de TUS (Arria et McLellan, 2012). Bien que de récentes revues de la littérature ont permis de mieux comprendre l'évolution de la rémission des TUS, les informations disponibles sur les trajectoires des TUS demeurent toutefois limitées. Par exemple, la revue réalisée par Hser, Evans, Grella, Ling et Anglin (2015) traite des taux de rémission uniquement pour les troubles liés à l'utilisation d'opiacés, alors que celle de Calabria et collaborateurs (2010) a étudié ces taux pour les troubles liés à l'utilisation de drogues illicites sans toutefois mesurer la durée de la consommation ou de la rémission des troubles liés à l'alcool. Une autre revue (Finney, Moos et Timko, 2013) a comparé les taux de rémission et les durées de consommation d'individus en traitement à ceux de personnes qui ne reçoivent pas de services, toutefois cette étude comporte d'importantes limites (revue de la littérature non systématique et présentation des résultats sous forme narrative).

L'objectif de cette étude est de présenter un portrait complet et récent de l'évolution à long terme des TUS par le biais d'une revue systématique des écrits publiés entre 2000 et 2015 qui ont mesuré les taux de rémission des troubles liés à l'utilisation d'alcool et/ou de drogues illicites. Une analyse quantitative (méta-analyse) des données collectées a par la suite été effectuée. La durée de la consommation a également fait l'objet d'analyse, lorsque cette information était disponible. Enfin, les sources potentielles d'hétérogénéité dans les taux de rémission de ces différentes études ont été explorées.

1.2 MÉTHODOLOGIE

1.2.1 Questions clés de recherche

Les questions de recherche formulées dans le plan de réalisation initial et auxquelles cette étude a tenté de répondre étaient les suivantes :

- Question 1 : Comment peut-on opérationnaliser la définition de la « chronicité des TUS »? La chronicité des TUS peut-elle se définir en fonction de leur durée dans le temps, du nombre de rechutes, du nombre d'épisodes de soins, du nombre et de la durée des épisodes d'intoxications, etc.?

- Question 2 : Quel est le profil sociodémographique et clinique (âge, sexe, état matrimonial, emploi, présence d'autres troubles de la santé mentale et physique, etc.) des personnes ayant un TUS chronique ou récurrent ?

L'exploration des écrits portant sur ces questions a rapidement démontré que les devis et résultats de recherche des études recensées ne permettaient pas de formuler une définition opérationnelle de la chronicité (que ce soit en termes de nombre de rechutes, de nombre d'épisodes de soins, de nombre et de durée des épisodes d'intoxications, etc.). À ce jour, la conception des TUS comme une maladie chronique ou aiguë ne fait toujours pas consensus au sein de la

⁸ L'attrition dans les enquêtes longitudinales est la perte d'individus de l'échantillon au cours du temps.

communauté scientifique, d'autant plus que le nombre d'études et de preuves scientifiques est insuffisant pour trancher clairement le débat. La difficulté de s'entendre sur une représentation commune des TUS tient du fait que l'évolution de ces troubles est complexe, étant cyclique (alternance d'épisodes de rémission et de rechute) et d'une durée variable, s'étendant parfois sur plusieurs années. La trajectoire individuelle des personnes ayant un TUS influence également son évolution et dépend de multiples facteurs. Pour ces raisons, cette revue a voulu mieux comprendre l'évolution des TUS sur le long cours. Les questions de recherche ont donc été reformulées :

Question 1 : Quels sont les taux de rémission d'un TUS (alcool ou drogues illicites) chez les personnes rencontrées dans les études de suivi? Quelle est la durée moyenne de la consommation de substances avant le début de la rémission?

Question 2 : Quelles sont les caractéristiques des études de suivi ou des participants qui expliquent les variations observées dans les taux de rémission entre les études ?

Afin de répondre à ces questions de recherche, une revue systématique de la littérature a été réalisée en s'appuyant plus spécifiquement sur les critères **PICOTS** suivants :

La Population (P): les personnes ayant des TUS-alcool ou TUS-drogues, et étant âgées de 18 ans ou plus en fin de suivi.

L'Intervention (I): étude de suivi d'une période d'au moins trois ans ou plus comprenant au moins deux temps de mesure; ou un temps de mesure sans suivi, mais avec des données de consommation à vie.

Le Comparateur (C): non applicable.

Les Résultats (Outcomes) d'intérêts :

La proportion d'individus en rémission depuis au moins six mois;

La durée moyenne de consommation avant la rémission;

Les caractéristiques des études pouvant expliquer les variations des taux de rémission.

Le contexte (Setting) : aucun contexte n'est spécifié.

1.2.2 Stratégie de recherche d'informations

Les deux questions de recherche étant inclusives, une seule stratégie de recherche a été utilisée pour y répondre plutôt qu'une stratégie propre à chacune des questions. Cette revue systématique s'est conformée aux lignes directrices PRISMA pour la réalisation des revues systématiques et des méta-analyses (Moher, Liberati, Tetzlaff et Altman, 2009) et à celles énoncées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS, 2013).

La stratégie de recherche s'est déclinée en trois étapes. Dans un premier temps, une recension des écrits scientifiques a été effectuée dans les bases de données bibliographiques suivantes : 1) Medline, PsycInfo (APA), 2) The

Cochrane Library et The Center for Reviews and Dissemination de l'Université de York (PROSPERO), 3) CAB Abstracts, 4) les bases EBM Review (ACP Journal club, DARE, Central, Cochrane Methodology Register, Health Technology Assessment, NHS Economic Evaluation Database), 5) Embase, et 6) Social Works Abstracts. Cette recherche des études pertinentes s'est appuyée sur des concepts-clés tels que les TUS (abus, dépendance), le type de substance spécifique (par exemple, l'héroïne, l'alcool), la rémission, le rétablissement, l'abstinence, les prédicteurs et le suivi à long terme (la stratégie de recherche d'informations et les mots-clés utilisés sont présentés à l'annexe A1).

Dans un deuxième temps, des recherches manuelles ont été effectuées dans différentes revues spécialisées en toxicomanie sélectionnées par des experts du domaine. Les revues consultées sont les suivantes: *Addiction*, *Addiction Science and Clinical Practice*, *Addictive Behaviors*, *Alcoholism Treatment Quarterly*, *Alcoologie et addictologie*, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *Drug and Alcohol Dependence*, *Drug Dependence*, *Alcohol Abuse and Alcoholism*, *Journal of Addiction Research & Therapy*, *Journal of Substance Abuse Treatment*, *Journal of Substance Use and Misuse*, *Psychology of Addictive Behaviors*, *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*. Enfin, des recherches secondaires dans les listes de références des études sélectionnées ont complété la revue systématique.

1.2.3 Critères de sélection des études

Afin de présenter un portrait à jour de l'évolution au long cours des TUS, les études publiées entre janvier 2000 et décembre 2015 ont été recensées. Dans le but d'assurer une certaine homogénéité et comparabilité des résultats, les recherches sélectionnées devaient avoir été menées dans des pays présentant des caractéristiques comparables, soit ceux membres de l'Organisation de coopération et le développement économique (OCDE⁹) et être rédigées en anglais ou en français. Conformément à la méthodologie privilégiée dans la revue de Calabria (2010) et ses collègues et aux lignes directrices de l'*American Medical Association Committee on Alcoholism and Drug Dependence* (1970), les études dont les échantillons ont fait l'objet d'un suivi de trois ans et plus ont été retenues. En outre, les études sélectionnées devaient répondre aux critères d'inclusion suivants: un suivi d'une durée de trois ans ou plus comprenant au moins deux (début et fin de suivi) ou plusieurs temps de mesure; ou un temps de mesure sans suivi, mais incluant des données de consommation à vie et une estimation des probabilités cumulées d'être en rémission.

Les participants de ces études devaient être âgés d'au moins 18 ans lors de la dernière période de suivi. Les études comportant les caractéristiques suivantes ont été exclues :

L'ensemble ou une partie des participants n'avaient pas obtenu de diagnostic de TUS en début de suivi, que ce soit à l'alcool ou aux drogues;

La durée de la période de rémission, c'est-à-dire l'absence de TUS selon les critères diagnostiques de dépendance, était de moins de 6 mois (correspondant à la durée minimale selon la définition du DSM-III-R);

⁹ Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Chili, Corée, Danemark, Espagne, Estonie, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Israël, Irlande, Italie, Japon, Luxembourg, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République Slovaque, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovénie, Suède, Suisse, Turquie.

L'échantillonnage portait exclusivement sur des groupes particuliers tels que les sans-abri, les personnes incarcérées, les peuples autochtones, les anciens combattants, ou des personnes ayant des conditions médicales spécifiques (par exemple, les femmes enceintes).

Les études d'efficacité de traitements expérimentaux, les enquêtes sur les programmes de traitement de substitution (par exemple : méthadone, buprénorphine) et les essais cliniques (ces études ont souvent des critères d'inclusion très spécifiques qui favorisent le recrutement de participants atypiques, non représentatifs des individus ayant des TUS en général, ou fortement exposés aux pratiques innovantes de traitement).

Enfin, dans les cas où plus d'une publication présentaient des résultats issus d'un même échantillon, mais pour des périodes de suivi d'une durée différente, la publication impliquant la période de suivi la plus longue a été choisie.

1.2.4 Sélection des études

Dans un premier temps, deux examinateurs ont procédé de façon indépendante à une sélection des études pertinentes en consultant les titres et les résumés des articles préalablement identifiés et en s'appuyant sur les critères de sélection énumérés ci-dessus. Les désaccords liés à l'inclusion des études ont été discutés et résolus en impliquant un troisième membre de l'équipe. Le niveau d'accord inter-juges, calculé pour 10 % des études, était élevé (96 %). Dans un deuxième temps, les études retenues ont été lues dans leur intégralité par deux membres de l'équipe afin d'assurer le respect des critères de sélection.

1.2.5 Extraction des données

L'extraction des données a été réalisée à l'aide d'un formulaire préétabli dont la validité a été préalablement testée sur quelques-unes des études retenues. Ce dernier a également été approuvé par l'équipe de recherche et le comité scientifique. Deux membres de l'équipe ont procédé, de façon indépendante, à l'extraction des données suivantes pour chaque étude retenue : objectif de l'étude; hypothèses de recherche; méthodologie de recherche y compris le type d'étude; cadre conceptuel de la recherche; stratégie d'échantillonnage; analyses statistiques; variables indépendantes et dépendantes; principaux résultats; conclusions et limites. Les données recueillies par chacun des analystes ont par la suite été combinées afin d'assurer une extraction complète des informations recherchées. Des données manquantes pour certaines études ont nécessité une prise de contact avec les auteurs des articles concernés afin de solliciter des informations supplémentaires.

1.2.6 Évaluation de la qualité méthodologique des études

Une évaluation critique de la qualité des études sélectionnées a été effectuée à l'aide de la grille d'évaluation *Critical Appraisal Skills Programme* (Critical Appraisal Skills Programme, 2015). Des scores de 9 à 11 ont été attribués aux études de qualité excellente; de 7 ou 8 à celles de bonne qualité; de 5 ou 6 à celles de qualité acceptable, et enfin, de 4 ou moins à celles de mauvaise qualité. L'évaluation de la qualité des études a fait l'objet d'un accord inter-juges. Ainsi, deux membres de l'équipe de recherche ont, de manière indépendante, noté la qualité de chacune des études. Les scores ont par la suite été comparés et, dans les cas de désaccords, discutés afin d'en arriver à un consensus. Les outils et les critères

d'évaluation sont présentés à l'annexe C-1.

1.2.7 Méthodes d'analyse et de synthèse des données

Méthodes de mesures

Afin de mesurer les taux de rémission, pour chacune des études examinées, seules les données recueillies lors du dernier temps de mesure ont été considérées. Deux mesures des taux de rémission ont été effectuées. La première, appelée « taux standard de rémission », est systématiquement rapportée dans la partie résultat de la revue, elle est calculée en divisant le nombre de participants qui ont atteint la rémission (depuis plus de six mois) au dernier temps de mesure, par le nombre total de participants ayant complété l'étude à la fin du suivi (excluant les participants décédés, non joignables, ayant abandonnés l'étude, ou qui ne répondaient plus aux critères d'inclusion). La deuxième mesure appelée « taux de rémission conservateur », est calculée en divisant le nombre de participants qui ont atteints la rémission (depuis plus de six mois) au dernier temps de mesure, par le nombre total de participants en début d'étude. La comparaison de ces deux mesures permettra d'examiner les écarts entre les taux de rémission, ainsi que d'évaluer les effets possibles de l'attrition au sein des échantillons.

Meta-analyse

Une méta-analyse a été réalisée afin d'obtenir la valeur globale pondérée des taux de rémission standard et conservateur. Pour ce faire, le logiciel *Comprehensive Meta-Analysis* a été utilisé. Un modèle à effets aléatoires a été choisi, car les études sélectionnées ont été menées par des équipes de recherche différentes dans des conditions variables (type d'échantillon, pays, etc.), estimant ainsi qu'une taille d'effet commune à toutes les études serait peu probable et que la dispersion des résultats pourrait effectivement refléter de réelles différences d'une étude à l'autre (Borenstein, Hedges, Higgins et Rothstein, 2009). Pour chaque étude, le taux de rémission rapporté a été pondéré en utilisant l'inverse de sa variance. Une analyse de sensibilité a ensuite été menée afin d'estimer le taux global de rémission en excluant une étude à la fois; ceci a permis de vérifier si certaines études avaient une influence « démesurée » sur le taux global de rémission.

L'hétérogénéité a été évaluée à l'aide du test Q de Cochran, qui correspond à la somme des carrés des déviations du taux de rémission de chaque étude par rapport au taux global de rémission; et en obtenant la statistique I^2 , qui représente la proportion de la variance observée et qui reflète les différences réelles entre chaque étude (Borenstein, Hedges, Higgins et Rothstein, 2009). Une valeur de Q supérieure au nombre de degrés de liberté (ddl) indique qu'il existe une variance dans les tailles d'effet réelles. Un I^2 avec des valeurs de 25 %, 50 %, et 75 % représente respectivement des niveaux d'hétérogénéité faible, modéré et élevé (Higgins, Thompson, Deeks et Altman, 2003).

Une analyse de sous-groupes et une méta-régression ont été menées afin d'identifier les caractéristiques des études pouvant expliquer un éventuel niveau élevé d'hétérogénéité. Les caractéristiques ont été choisies en fonction de leur pertinence dans la littérature scientifique sur la rémission des TUS et parce qu'elles faisaient parties des variables prises en compte dans les études retenues pour cette revue. L'analyse de sous-groupes a été réalisée pour chacune des variables catégorielles suivantes: type de substance (alcool, héroïne, poly substances), être en traitement lors du recrutement

(oui/non), type de diagnostic (tous TUS confondus versus dépendance seulement), définition de la rémission (abstinence complète versus consommation contrôlée) et durée de la rémission (6 mois, 12 mois, 5 ans et plus). Des estimations du taux de rémission et des intervalles de confiance regroupés ont ensuite été obtenues pour chaque sous-groupe. Une valeur Q a été calculée en utilisant les estimés regroupés pour chaque sous-groupe afin de déterminer si au moins un des sous-groupes différait de l'effet global (Borenstein, Hedges, Higgins et Rothstein, 2009). Des intervalles de confiance qui ne se chevauchaient pas étaient indicatifs de différences significatives (Hunter et Schmidt, 2015). Des méta-régressions ont été réalisées pour chaque caractéristique ou variable continue: la durée de suivi de l'étude, la proportion d'hommes, l'âge, ainsi que le taux de rétention des participants à l'étude. Un changement dans le pouvoir prédictif du modèle a été évalué avec la valeur Q et sa valeur *p* correspondante (Borenstein, Hedges, Higgins et Rothstein, 2009).

Les biais de publication ont été déterminés par un examen visuel des graphiques en entonnoir (*funnel plot*). Une distribution asymétrique des études autour du taux global estimé suggère la présence d'un biais de publication. La méthode *trim-and-fill* a été utilisée pour déterminer un taux de rémission hypothétique sans biais de publication, en éliminant itérativement les études ayant les plus petits échantillons à l'endroit où l'entonnoir contient le plus grand nombre d'études jusqu'à ce que le graphique en entonnoir devienne symétrique (Duval et Tweedie, 2000a, 2000b). Le seuil de signification a été fixé à 0,05 compte tenu de la nature exploratoire de ces analyses.

Taux de rémission annuels estimés

Les taux de rémission annualisés des études pour des échantillons de tailles et de durées de suivi différentes ont été calculés selon la méthodologie utilisée dans la revue de Calabria et collaborateurs (2010). Deux taux de rémission annualisés ont été calculés en utilisant les deux mesures (standard et conservateur), et ceci, en utilisant l'équation suivante (Mathers, Vos, Stevenson et Begg, 2001; Saha, Barendregt, Vos, Whiteford et McGrath, 2008) :

$$pooled\ remission\ rate = \sum_1^n \left[\frac{-\ln(1-b)}{c} \frac{a}{\sum a} \right]$$

Où : a = taille d'échantillon, b = taux de rémission, c = durée de suivi en année, n = nombre d'études.

1.3 RÉSULTATS

1.3.1 Description des résultats de la recherche documentaire et des études repérées

Processus de sélection des études

La figure 4 présentée en annexe A-1 illustre chacune des étapes du processus de sélection des études. Des 8 885 études pertinentes repérées, 119 ont été sélectionnées pour une évaluation du texte intégral de l'article. De ce nombre, 21 répondaient aux critères d'inclusion, parmi lesquelles huit ont rapporté la durée de la consommation avant la rémission. La principale raison d'exclusion des études identifiées pour lecture complète était l'absence de données sur les taux de rémission au dernier temps de mesure (n = 49).

Caractéristiques des études retenues

Parmi les 21 études retenues, une a rapporté une estimation projetée du taux de rémission en s'appuyant sur des données recueillies à vie. La taille des échantillons des études au début des suivis variait de 86 à 5 719 personnes (moyenne : 1 018, médiane : 613). La durée des suivis variait de trois à 50 ans (moyenne: 17 ans, médiane: 13 ans) avec des taux de rétention se situant entre 47 % et 98 % (moyenne: 80 %) en excluant les participants décédés, et entre 21 % et 96 % en incluant les participants décédés (moyenne: 67 %).

Le tableau en annexe D-1 présente la liste et les caractéristiques des études retenues classées par type de substance consommée : études portant sur les troubles d'utilisation d'alcool (n = 12), d'héroïne (n = 4) et de poly substances¹⁰ (n = 5). Sur les 12 études s'intéressant à l'alcool, la majorité a été menée aux États-Unis (n = 8). La majorité a été effectuée auprès de populations cliniques¹¹ impliquant des suivis d'une durée de trois à 20 ans (n = 8), tandis que trois études ont ciblé des échantillons communautaires¹² avec des périodes de suivi de 20 à 50 ans et qu'une étude a été réalisée auprès d'un échantillon populationnel¹³ qui a été suivi sur trois ans. Toutes les études portant sur l'usage d'héroïne ont examiné des échantillons cliniques et comprenaient des périodes de suivi allant de trois à 33 ans. Sur les cinq études qui se sont intéressées à l'utilisation de poly substances, une majorité (n = 4) ont été menées aux États-Unis. Trois de ces études comportaient des échantillons cliniques ayant fait l'objet d'un suivi d'une durée variant de trois à 30 ans, alors qu'une autre étude a suivi un échantillon communautaire sur une durée d'un peu plus de 12 ans. Enfin, la cinquième étude a été conduite auprès de la population générale et a présenté une estimation projetée des taux de rémission sur une période de 10 ans et à vie.

Sur les 21 études retenues, 14 ont étudié les TUS indépendamment de leur statut diagnostique (abus et / ou dépendance), alors que sept se sont intéressées seulement aux dépendances. La définition de la rémission n'était pas la même d'une étude à l'autre. Cinq études ont examiné les taux de rémission en les définissant sur une durée minimale de six mois, 12 études sur une durée minimale de 12 mois et quatre études sur des durées plus longues s'étendant de cinq à dix ans. Sept études ont défini la rémission comme une abstinence totale de toutes substances, alors que les autres études ont également considéré l'usage contrôlé de la substance à l'origine du TUS.

L'âge moyen des participants de l'ensemble des études était de 33 ans (ÉT : 11 ans) lors du premier suivi et de 48 ans (ÉT : 12 ans) lors du dernier suivi. Pour 16 études, les échantillons étaient composés en moyenne de 70 % d'hommes, alors que les participants des autres études étaient tous de sexe masculin. De 34 % à 98 % des participants étaient caucasiens (moyenne : 72 %, données rapportées par dix études). Les taux de chômage variaient de 16 % à 86 % (moyenne : 54 %, données rapportées par dix études) et 24 % à 100 % des participants étaient en couple (moyenne : 52 %,

¹⁰ La poly consommation désigne un mode de consommation qui consiste à faire usage d'au moins deux substances psychoactives (SPA) lors d'une même occasion, en même temps ou consécutivement, dans un but thérapeutique ou récréatif (Connor, Gullo, White et Kelly, 2014).

¹¹ Échantillon dont la majorité ou la totalité des individus sont en traitement au début du suivi.

¹² Échantillon composé de participants issus d'une communauté dont les membres ne sont pas en majorité en traitement (un groupe constitué de personnes partageant les mêmes caractéristiques, ou le même mode de vie, ou la même culture, ou la même langue, ou les mêmes intérêts...); et dont les caractéristiques ne sont pas représentatives ou ne reflètent pas ceux de la population générale.

¹³ Échantillon de la population générale.

données rapportées par 13 études). De 10 % à 89 % des participants avaient des troubles mentaux (moyenne : 36 %, données rapportées par sept études), alors que 24 à 100 % avaient été impliqués dans des activités criminelles (moyenne : 65 %, données rapportées par huit études).

Qualité des études retenues

L'examen de la qualité des 21 études retenues à l'aide de la grille CASP a permis de valider l'excellente qualité de quatre études (score de 9 à 11) et la bonne qualité de 17 études (score de 7 à 8). Le score pour chacune des études est présenté dans le tableau 1 ci-dessous.

1.3.2 Durées des TUS

Parmi les 21 études retenues, huit ont évalué la durée de la consommation avant la rémission. Celles portant sur l'utilisation de l'alcool ont rapporté des durées moyennes de consommation active avant la rémission allant de dix à 19 ans (Gual, Bravo, Lligoña et Colom, 2009; Moos et Moos, 2007; Penick et al., 2010; Vaillant, 2003). Pour ce qui est de l'héroïne, la durée moyenne de consommation régulière avant la rémission était de 22 ans selon une étude (Hser, 2007), alors qu'une autre étude (Galai, Safaeian, Vlahov, Bolotin et Celentano, 2003) rapporte une durée moyenne de quatre ans lorsque la substance est consommée par voie injectable. Chez les consommateurs de poly substances, les TUS persistaient sur une période médiane de 27 ans (de 18 à 30 ans) (Dennis, Scott, Funk et Foss, 2005). Enfin, pour la moitié des personnes présentant une dépendance à la cocaïne, à l'alcool et/ou au cannabis, la rémission a été observée après une période de consommation de cinq, six et 14 ans, respectivement (Lopez-Quintero et al., 2011).

1.3.3 Taux de rémission des TUS

Le tableau 1 ci-dessous ainsi que les figures 1 et 2 présentent les taux de rémission standards et conservateurs en fonction des durées de suivis de chaque étude. Le taux de rémission standard pour chaque étude et la moyenne pondérée pour l'ensemble des études sont également illustrés dans des graphiques en forêt (*forest plot*) (figure 3). Les taux de rémission standards variaient considérablement, se situant entre 19,6 % et 95,7 %, avec un taux de rémission moyen pondéré de 54,4 % (IC à 95 %: 42,1 à 66,2) après une durée de suivi moyenne pondérée de 17,9 ans (ÉT: 14,0). Lorsque les analyses de sensibilité¹⁴ ont été réalisées en excluant une étude à la fois, les taux de rémission pondérés variaient entre 50,1 % et 56,4 %. Un niveau très élevé d'hétérogénéité entre les études a été observé ($I^2 = 99,4$ %; $Q = 3337,3$; $df(Q) = 20$; $p < ,001$), ce qui signifie que 99,4 % de la variation dans les taux de rémission observée serait due à de réelles différences entre les études. Le taux de rémission standard annualisé pour l'ensemble des études retenues était de 9,1 % (IC à 95 %: 8,4 à 9,8).

Une méta-analyse a également été réalisée en utilisant les taux de rémission conservateurs qui variaient quant à eux de 15,5 % à 95,7 %. Le taux de rémission moyen pondéré était de 35,0 % (IC à 95 %: 25,2 à 46,4) après une durée de

¹⁴ L'analyse de sensibilité a consisté à calculer un taux de rémission pondéré moyen à partir de 20 des 21 études. Cet exercice est répété à 21 reprises, en excluant une étude différente à chaque fois. Ceci a permis de déterminer si une étude en particulier avait une influence plus marquée sur le taux pondéré global qui inclut les 21 études.

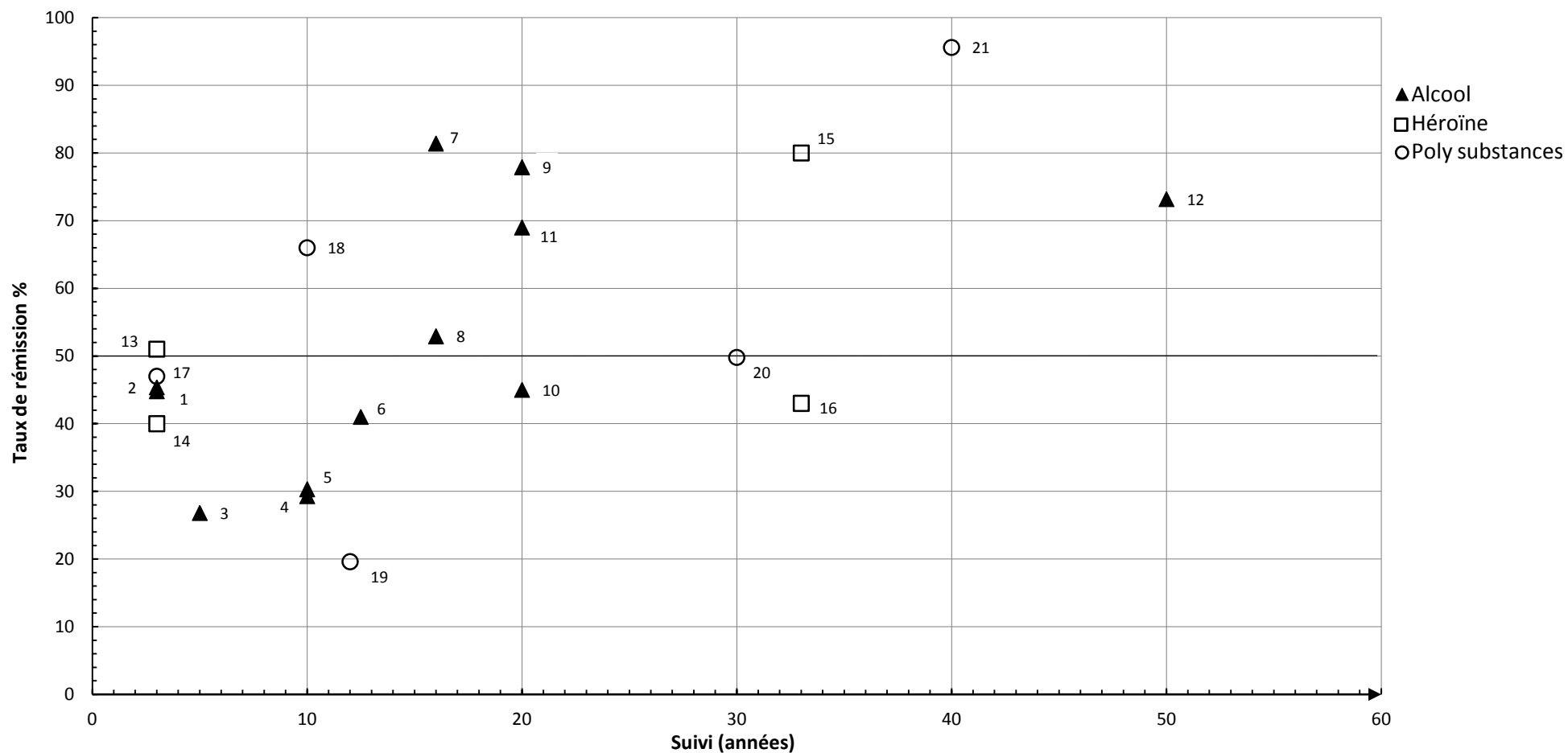
suivi moyenne pondérée de 16,9 ans (ÉT: 13,4). L'hétérogénéité demeurait très élevée pour les taux conservateurs ($I^2 = 99,5\%$; $Q = 3890,7$; $df(Q) = 20$; $p < ,001$). Lors de l'analyse de sensibilité, le taux de rémission pondéré variait de 30,9 % à 36,3 %. Soulignons que le retrait de la seule étude ayant effectué une estimation des probabilités cumulées de rémission à vie (Lopez-Quintero et al., 2011) a réduit le taux moyen pondéré pour l'ensemble des études restantes à 30,9 % (95 % IC: 26,1 à 36,1); l'hétérogénéité était marginalement moins grande ($I^2 = 97,7\%$; $Q = 816,82$; $df = 19$; $p < .001$). Le taux de rémission conservateur annualisé pour l'ensemble des études retenues était de 6,8 % (IC à 95 %: 06.03 à 07.04).

Tableau 1 : Taux de rémission des études retenues et durées de consommation

Substance	Étude	Durée suivi (années)	N début suivi	N fin suivi	Taux de Rétention %	Diagnostics	Instrument diagnostique ou source de données	Définition rémission ^a	Taux rémission conservateur ^b	Taux rémission standard ^c	Durée TUS (années)	Score qualité ^d
Alcool	Moss et al., 2010	3	1484	1172	79	TUA ^e	DSM-IV	12 m	44.8	35.4	ND	9
	Cranford et al., 2014	3	364	285	ND	TUA	DSM-IV	12 m	45.4	35.4	ND	8
	Delucchi et al., 2004	5	1599	1094	79	TUA	DSM-IV	12 m	26.8	18.3	ND	7
	Xie et al., 2010	10	166	116	70	TUA	Alcohol Use Scale (AUS) basé sur DSM-III-R	6 m	29.3	20.5	ND	8
	Schutte et al., 2001	10	704	462	66	Dépendance	Drinking Problem Index (DPI), DSM-III-R, Skinner's Alcohol Dependence Scale	12 m	30.3	19.9	ND	7
	Noda et al., 2001	12.5	306	122	40	TUA	Entretien personnel et données dossiers médicaux des agences	5 a	41	16.3	ND	8
	Mann et al., 2005	16	96	59	61	Dépendance	Entrevue personnelle validée	12 m	81.4	50	11	7
	Moos and Moos, 2007	16	628	461	73	TUA	Entretien personnel	6 m	52.9	38.9	ND	7
	Gual et al., 2009	20	850	393	46	Dépendance	DSM-III	12 m	77.9	36.0	9.6	8
	Trim et al., 2013	20	143	129	90	TUA	DSM-IV	5 a	45	40.6	ND	8
Penick et al., 2010	20	139 ^f	85	61	TUA	DSM-IV	12 m	69	42.2	13.6	7	
Vaillant, 2003	50	194	41	21	TUA	DSM-III-R	12 m	73.2	15.5	19	9	
Héroïne	Okruhlica et al., 2002	3	351	246	70	TUS	ICD-10 dependence/ WHO criteria	6 m	51	35.7	ND	7
	Darke et al., 2007	3	613	429	70	Dépendance	DSM-IV	12m	40	28	ND	8
	Rathod et al., 2005	33	86	45	52	Dépendance	Dossiers médicaux, questionnaire structuré	10 a	80	41.9	ND	7
	Hser, 2007	33	581	242	42	TUS	Dossiers médicaux, questionnaire structuré et analyses urines	5 a	43	17.9	22	8
Poly substances	Dennis et al., 2005	3	1326	1271	96	Dépendance	Augmented-Dépendance Severity Index (A-ASI), incluant General Mental Distress Index (GMDI)	12 m	47	45.1	27 ^g	9
	Hser et al., 2008 ^h	10	2616	1797	69	TUS	Natural History Interview (NHI)	6 m	66 ⁱ	45.3	ND	8
	Galai et al., 2003	12	1413	1339	95	TUS	Entretien de dépistage et entretien personnel	6 m	19.6	18.6	4.03	8
	Larm et al., 2008	30	1992	1668	84	TUS	DSM-IV	12m	49.8	41.6	ND	8
	Lopez-Quintero et al., 2011	10 À vie ^j	5719	5719	ND	Dépendance	DSM-IV	12 m	60 95.6	60 ^k 95.6 ^l	14, 6, 5 ^m	9

Notes — **a**: m=mois, a=années; **b**: Taux conservateur = nombre d'individus en rémission à la fin du suivi/nombre d'individus en début d'étude; **c**: standard (nombre d'individus en rémission à la fin du suivi/nombre total d'individus à la fin du suivi); **d**: Selon la grille Critical Appraisal Skills Programme (CASP); **e**: Troubles liés à l'utilisation de l'alcool; **f**: Taille de l'échantillon de base estimée à l'aide des données de l'étude; **g**: Les TUS ont persisté pendant une moyenne de 27 ans (de 18 à 30 ans); **h**: Cet article a été produit en combinant les échantillons de 5 études; **i**: Les taux de rémission étaient de 33 % pour l'héroïne, de 80 % pour la méthamphétamine, et de 80 % pour la cocaïne; **j**: Pour calculer le taux de rémission pondéré, la durée de consommations à vie a été estimée à 40 ans; **k**: Les Taux de rémission était de 37 % pour l'alcool, de 66 % pour le cannabis, et de 76 % pour la cocaïne; **l**: Les Taux de rémission était de 91 % pour l'alcool, de 97 % pour le cannabis, et de 99,8 % pour la cocaïne; **m**: La moitié des dépendants à l'alcool, au cannabis et à la cocaïne ont atteint la rémission après 14, 6 et 5 ans du début de la dépendance, respectivement.

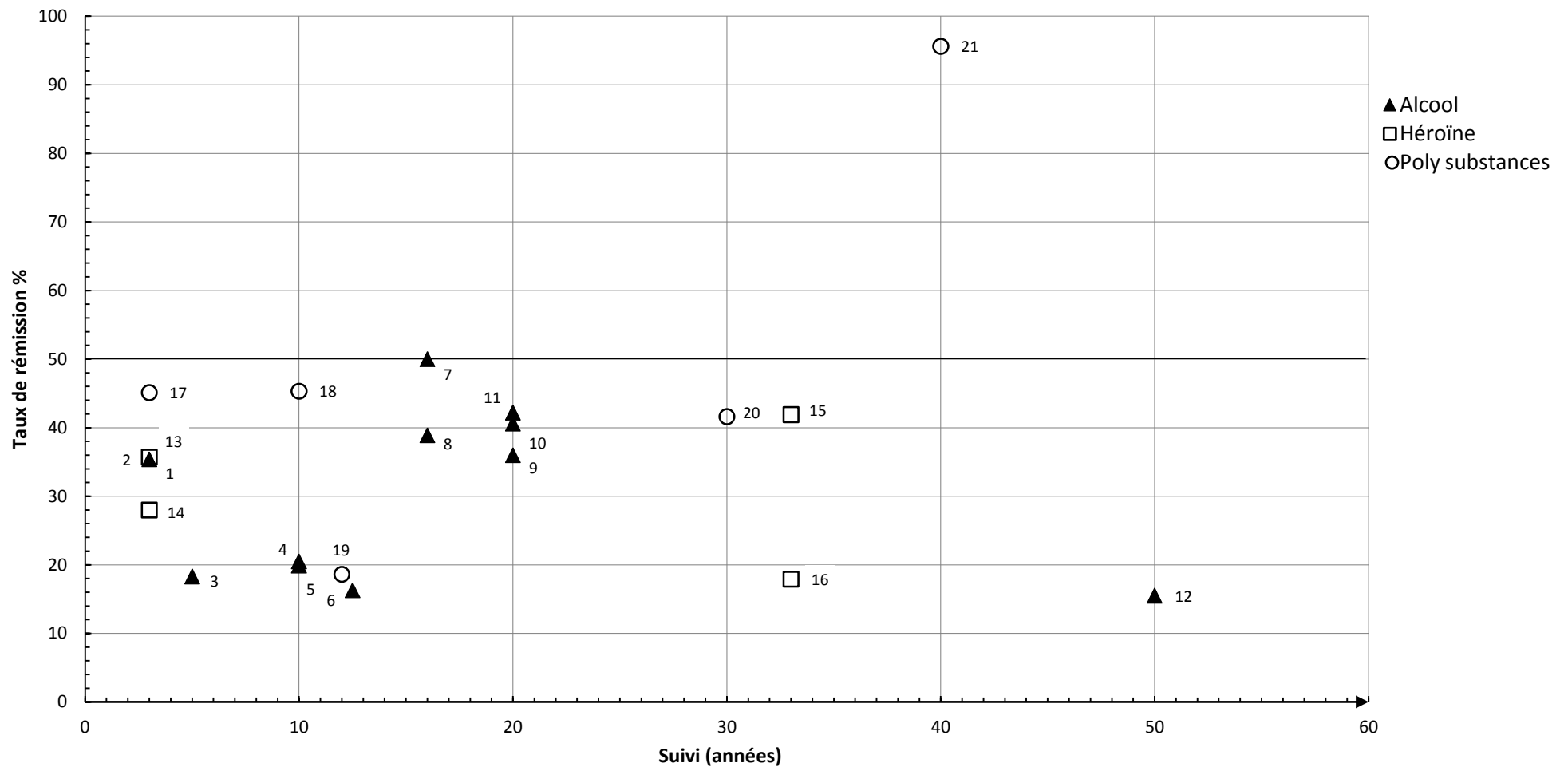
Figure 1. Les taux de rémission standards et les durées de suivi



Index:

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------|---|---|
| ▲ Alcool 1: Moss et al., 2010 | 7: Mann et al., 2005 | □ Héroïne 13: Okruhlica et al., 2002 | ○ Poly substance 17: Dennis et al., 2005 |
| 2: Cranford et al., 2014 | 8: Moos and Moos, 2007 | 14: Darke et al., 2007 | 18: Hser et al., 2008 |
| 3: Delucchi et al., 2004 | 9: Gual et al., 2009 | 15: Rathod et al., 2005 | 19: Galai et al., 2003 |
| 4: Xie et al., 2010 | 10: Trim et al., 2013 | 16: Hser, 2007 | 20: Larm et al., 2008 |
| 5: Schutte et al., 2001 | 11: Penick et al., 2010 | | 21: Lopez-Quintero et al., 2011 |
| 6: Noda et al., 2001 | 12: Vaillant, 2003 | | |

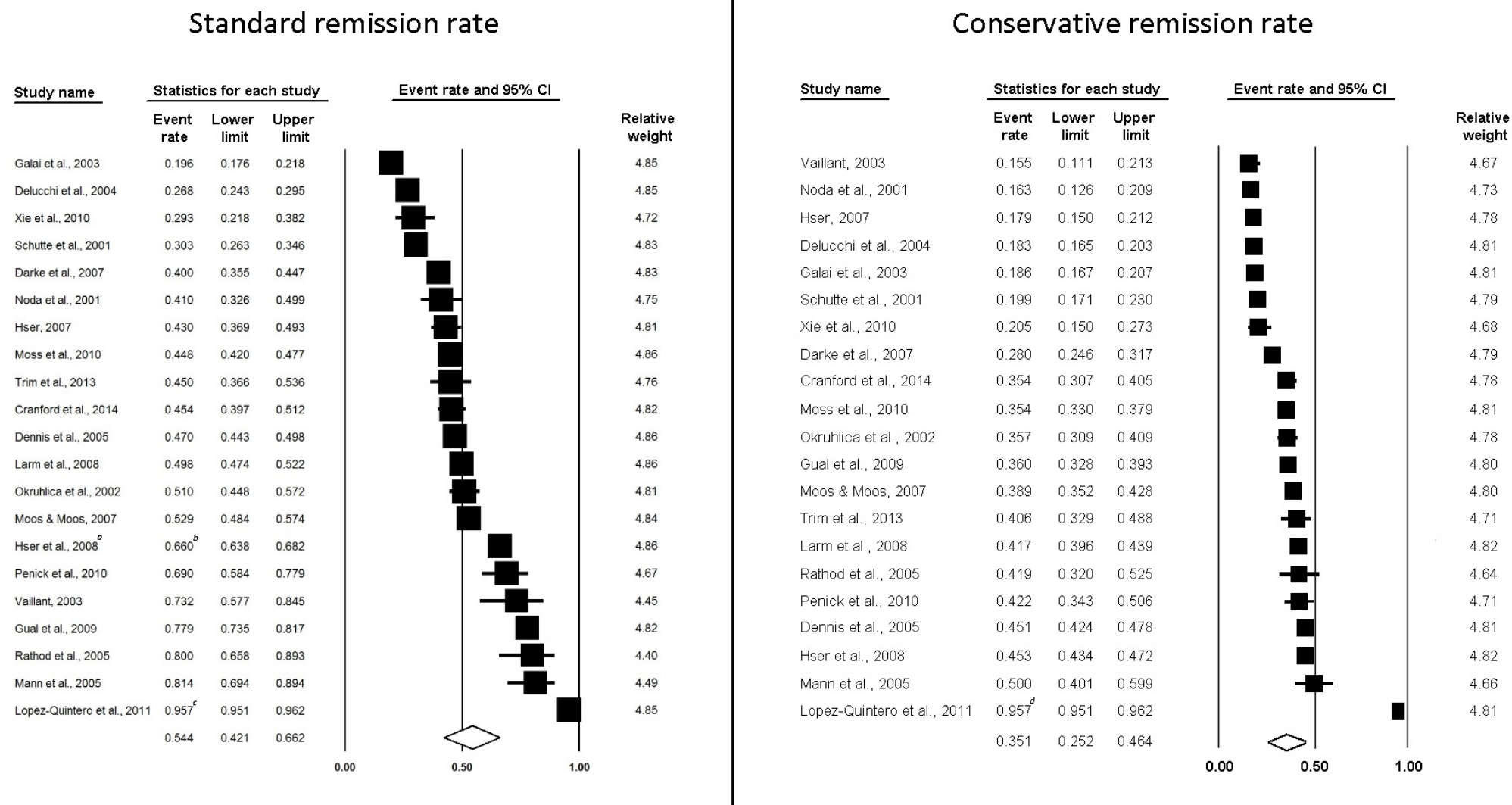
Figure 2. Les taux de rémission conservateurs et les durées de suivi



Index:

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------|---|---|
| ▲ Alcool 1: Moss et al., 2010 | 7: Mann et al., 2005 | ◻ Héroïne 13: Okruhlica et al., 2002 | ○ Poly substance 17: Dennis et al., 2005 |
| 2: Cranford et al., 2014 | 8: Moos and Moos, 2007 | 14: Darke et al., 2007 | 18: Hser et al., 2008 |
| 3: Delucchi et al., 2004 | 9: Gual et al., 2009 | 15: Rathod et al., 2005 | 19: Galai et al., 2003 |
| 4: Xie et al., 2010 | 10: Trim et al., 2013 | 16: Hser, 2007 | 20: Larm et al., 2008 |
| 5: Schutte et al., 2001 | 11: Penick et al., 2010 | | 21: Lopez-Quintero et al., 2011 |
| 6: Noda et al., 2001 | 12: Vaillant, 2003 | | |

Figure 3. Les taux de rémission standards et conservateurs des études sélectionnées



Notes — **a**: Cet article a été produit en combinant les échantillons de 5 études; **b**: Les taux de rémission étaient de 0,33 pour l'héroïne, 0,80 pour la méthamphétamine, et 0,87 pour la cocaïne; **c**: Les taux de rémissions étaient de 0,91 pour l'alcool, 0,97 pour le cannabis, et 0,998 pour la cocaïne; **d**: Les taux de rémission étaient de 0,37 pour l'alcool, 0,66 pour le cannabis, et de 0,76 pour la cocaïne.

Les résultats de l'analyse en sous-groupes¹⁵ pour les taux de rémission standards et conservateurs sont présentés dans le tableau 2. Ces résultats démontrent qu'aucune variable catégorielle n'était statistiquement significative, ni pour les taux de rémission standards, ni pour les taux conservateurs. La méta-régression a permis d'explorer les caractéristiques des études pouvant potentiellement expliquer le niveau élevé d'hétérogénéité entre les études (tableau 3). Les résultats révèlent que les études ayant rapporté les taux de rémission standards les plus élevés étaient celles ayant les durées de suivi les plus longues (figure 1), ainsi que celles ayant les taux de rétention d'échantillon les plus faibles. Aucune des caractéristiques n'a permis d'expliquer l'hétérogénéité entre les études pour les taux de rémission conservateurs.

Les graphiques en entonnoir pour chaque taux global de rémission (standard et conservateur) présentent une distribution asymétrique, avec un plus grand nombre d'études se situant à gauche du taux moyen global pondéré. En ce qui concerne les taux standard, trois études ont dû être « retirées » de la gauche afin d'obtenir une distribution symétrique. L'estimé moyen réajusté hypothétique serait alors de 60 % (IC à 95 %: 47 à 71 %; $Q = 4676,27$, $p < 0,001$). En ce qui concerne le taux de rémission conservateur, l'analyse de *trim-and-fill*¹⁶ suggère que neuf études devraient être retirées du côté gauche du taux moyen global pondéré afin d'obtenir une distribution symétrique, obtenant donc l'estimé moyen réajusté de 48 % (IC à 95 %: 38 % à 59 %; $Q = 5849,44$, $p < 0,001$).

¹⁵ L'analyse en sous-groupes consiste à calculer le taux de rémission moyen pondéré en utilisant seulement les études partageant une même caractéristique.

¹⁶ Une distribution symétrique des études autour du taux moyen pondéré suggère qu'il n'y a pas de biais de publication. Une asymétrie suggère que les études rapportant soit des taux très élevés ou très bas ne sont pas publiées. Souvent, les études avec un faible échantillon ont moins tendance à être publiées que celles avec un échantillon plus substantiel. Cette analyse consiste à « retirer » une par une les études qui contribueraient à cette asymétrie.

Tableau 2. Analyse des sous-groupes selon les caractéristiques des études

Caractéristiques des études	Nombre d'études	Taux standards					Taux conservateurs						
		Estimation taux sous-groupe	95 % intervalle de confiance		Valeur-Q	df	p	Estimation taux sous-groupe	95 % intervalle de confiance		Valeur-Q	df	p
			Limite inférieure	Limite supérieure					Limite inférieure	Limite supérieure			
Type de substance					0.365	2	.833				3.707	2	.157
Alcool	12	0.517	0.354	0.676				0.298	0.287	0.309			
Héroïne	4	0.540	0.269	0.789				0.275	0.253	0.298			
Poly substance	5	0.609	0.359	0.813				0.509	0.497	0.520			
En traitement au début					0.648	1	.421				0.747	2	.388
Oui ^a	15	0.511	0.364	0.656				0.382	0.259	0.522			
Non ^b	6	0.624	0.390	0.812				0.279	0.136	0.487			
Type de TUS					3.548	1	.060				3.047	1	.081
TUS (dépendance et/ou abus)	14	0.464	0.327	0.607				0.289	0.189	0.414			
Dépendance seulement	7	0.695	0.500	0.838				0.489	0.304	0.677			
Critères définition de la rémission					0.326	1	.568				0.140	1	.708
Utilisation contrôlée ou abstinence	14	0.570	0.414	0.714				0.366	0.239	0.515			
Abstinence totale	7	0.491	0.284	0.702				0.321	0.167	0.527			
Durée rémission					1.123	2	.570				.849	2	.654
6 mois	5	0.428	0.204	0.686				0.308	0.138	0.553			
12 mois	12	0.597	0.425	0.748				0.397	0.254	0.560			
5 ans et plus	4	0.528	0.250	0.790				0.275	0.107	0.544			

Notes — **a**: tous ou la majorité des individus sont en traitement au début du suivi; **b**: Deux études dans cette catégorie (pas en traitement au début du suivi) sont issues d'échantillon populationnel parmi lesquelles certains étaient en traitement, mais pas la grande majorité

Tableau 3. *Meta-régressions univariée selon les caractéristiques des études*

Caractéristiques des études	Nombre d'études	B	SE	95 % intervalle de confiance		R ² analog	Valeur-Q	p
				Limite inférieure	Limite Supérieure			
Taux Standards								
Durée du suivi	21	0.046	0.016	0.014	0.08	0.30	8.09	.004**
Proportion sexe masculin	21	0.506	1.612	-2.654	3.666	0.00	0.20	.754
Âge	18	-0.022	0.027	-0.075	0.031	0.00	0.67	.412
Taux de rétention	20	-1.975	0.821	-3.583	-0.367	0.06	5.79	.016*
Taux Conservateurs								
Durée du suivi	21	0.020	0.017	-0.013	0.052	0.19	1.41	.235
Proportion sexe masculin	21	-1.683	1.501	-4.625	1.259	0.00	1.26	.262
Âge	18	-0.021	0.028	-0.075	0.033	0.00	0.58	.446
Taux de rétention	20	1.220	0.648	-0.050	2.491	0.00	3.54	.060

Notes: ** = p < .01; * p < .05;

1.4 DISCUSSION

Cette revue de la littérature a permis de constater que relativement peu d'études ont documenté l'évolution et la durée des TUS et de la rémission et ce, malgré le fait que plusieurs auteurs reconnaissent le caractère chronique ou persistant de ces troubles (Kelly et White, 2011; McLellan et al., 2000; American Society of Addiction Medicine, 2011). Seules 21 études publiées depuis 2000 répondaient aux critères d'inclusion, notamment celui se rapportant à la période de suivi qui devait durer un minimum de trois ans.

En accord avec la littérature scientifique où l'alcool, suivie de l'héroïne, sont les substances les plus couramment étudiées (Sobell, Ellingstad et Sobell, 2000), la moitié des études retenues pour cette revue ont porté sur les troubles liés à l'utilisation d'alcool et quatre sur les troubles d'utilisation d'héroïne. Étant donné que la consommation de plusieurs substances est une pratique fréquente au sein des populations atteintes d'un TUS (Carroll et Rounsaville, 2003; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2002), les études restantes se sont intéressées aux consommateurs de poly substances.

Globalement, les résultats obtenus ont montré une grande variation dans les taux de rémission. En considérant les taux de rémission standards, les résultats suggèrent qu'en moyenne une personne sur deux (54 %) était en rémission d'un TUS après une durée moyenne de suivi de 18 ans¹⁷. En considérant les taux de rémission conservateurs, c'est en moyenne un peu plus d'une personne sur trois (35 %) qui était en rémission après une durée moyenne de suivi de 17 ans¹⁸. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés par des recherches précédentes (Emrick, 1974; Feuerlein, 1984; Heyman, 2013) qui ont observé une rémission d'un TUS après une durée moyenne de 15 ans chez la moitié des participants. Des études longitudinales publiées avant 2000 font le même constat en révélant une rémission d'un TUS chez environ quatre à cinq personnes sur dix (Cottrell, Childs-Clarke et Ghodse, 1985; Miller, Leckman, Delaney et Tinkcom, 1992; Pendery, Maltzman et West, 1982; Vaillant et al., 1983; Walker, 1987; Westermeyer et Peake, 1983).

Cette différence entre les taux de rémission standards et conservateurs s'explique par le fait que les premiers ont tendance à surestimer les taux de rémission, alors que les seconds les sous-estimeraient. En effet, les taux de rémission conservateurs reposent sur l'hypothèse que les individus qui ont abandonné l'étude ou ceux décédés auraient poursuivi leur trajectoire de TUS jusqu'à la fin du suivi (Edwards, 1989). En revanche, l'estimation des taux de rémission standards est calculée uniquement pour les participants qui ont complété l'étude, en excluant ceux qui l'ont abandonné et ce, même si ces dernières ont des chances d'atteindre la rémission. Les taux conservateurs et standards ne reflètent donc pas les taux de rémission réels, qui se situent probablement entre ces deux mesures. Ce constat rejoint celui d'une récente revue de la littérature sur la rémission de la dépendance aux substances illicites qui a souligné l'importance de rapporter explicitement les taux de rétention lors des suivis et a questionné la justesse des taux de rémission obtenus dans les études compte tenu des différences dans la façon dont les pertes de participants sont prises en compte (Calabria et al., 2010).

Les estimations des taux annualisés de rémission des TUS pour l'ensemble des études retenues vont dans le même sens que les taux moyens pondérés, c'est-à-dire qu'annuellement, peu de personnes souffrant de TUS étaient en rémission.

¹⁷ Pour des études impliquant des suivis d'une durée de 3 à 50 ans et rapportant des taux de rémission variant de 19,6% à 95,7%.

¹⁸ Pour des études impliquant des suivis d'une durée de 3 à 50 ans et rapportant des taux de rémission variant de 15,5% à 95,7%.

Effectivement, en regard des taux standards, les résultats révèlent que moins d'une personne sur dix avait atteint la rémission au cours d'une année. Le taux annualisé conservateur étant encore plus faible, montrant que chaque année, un peu plus d'une personne sur 15 avait atteint la rémission. Ces taux annualisés de rémission sont inférieurs à ceux rapportés dans la revue de Calabria et ses collègues (2010) qui sont de 5 % pour la dépendance à la cocaïne et de 22 % pour la dépendance aux opiacés. Ces écarts peuvent s'expliquer par des différences méthodologiques et par le fait que les études analysées par Calabria et coll. (2010) ont porté exclusivement sur la consommation de drogues illicites.

Un tiers des études retenues dans le cadre de cette revue a examiné la durée de la consommation de substances avant la rémission, qui était de 14 ans en moyenne pour plus de deux tiers des études. Ces résultats sont conformes aux durées rapportées par la littérature; ces durées varient de 7 à 15 ans selon le type de trouble (abus ou dépendance), les caractéristiques de l'échantillon, ainsi que l'accès à du soutien tel qu'un réseau social et les traitements (Harrington et Cox, 1979; Maddux et Desmond, 1980; Simpson, Lehman et Sells 1986; Vaillant, 1973). La durée moyenne de la consommation avant la rémission était généralement plus longue pour l'alcool en comparaison aux autres substances. Par exemple, l'étude d'Heyman (2013) montre que la moitié des personnes atteintes de trouble d'utilisation d'alcool était en rémission en moyenne 16 ans après l'apparition du TUS, alors que les usagers de cocaïne ont atteint la rémission après quatre ans. Les fortes pressions sociales contre l'usage de la cocaïne, dues en partie à son statut illégal, pourraient expliquer ces résultats (Von Sydow et al., 2001); contrairement à l'alcool qui est une substance facilement accessible, en plus d'être socialement et légalement acceptée dans les pays occidentaux (Hatsukami, Stead et Gupta, 2008).

Malgré le niveau élevé d'hétérogénéité dans les estimations des taux de rémission entre les études, l'analyse des sous-groupes et la méta-régression n'ont identifié que deux caractéristiques qui pourraient expliquer cette hétérogénéité. Ainsi, les taux de rémission standards les plus élevés ont été obtenus dans les études dont les durées de suivi étaient les plus longues, et dans les études dont les taux de rétention des participants étaient les plus faibles. Ce résultat suggère que les taux de rémission des TUS ont tendance à augmenter avec le nombre total d'années de suivi, ce qui est conforme aux résultats d'une récente synthèse des grandes enquêtes nationales sur les TUS publiées depuis les 30 dernières années (Heyman, 2013). Cependant, d'autres recherches sont nécessaires afin d'apporter davantage de précisions à cette conclusion, notamment en examinant et en analysant les tendances et l'évolution de la courbe des taux de rémission tout au long de la période de suivi.

Concernant les taux de rétention, les résultats obtenus semblent indiquer que les individus qui ont maintenu leur participation à la recherche jusqu'au dernier suivi étaient ceux qui présentaient un meilleur pronostic de rémission en début d'étude, alors que les participants qui ont abandonné la recherche étaient moins susceptibles d'atteindre la rémission. Cette interprétation rejoint celle avancée par d'autres études qui ont montré que le plus grand nombre d'abandons a été observé parmi les participants ayant les plus mauvais pronostics de rémission (Brorson, Ajo Arnevik, Rand-Hendriksen et Duckert, 2013). Néanmoins, plus de recherches sont nécessaires pour appuyer ces conclusions.

Les études ayant inclus des participants avec un diagnostic de TUS (peu importe le type : abus et/ou dépendance) semblaient rapporter de meilleurs taux de rémission standards que celles n'ayant inclus que les individus ayant une dépendance seulement. Ce résultat pourrait éventuellement expliquer l'hétérogénéité des taux de rémission mais ce lien n'a pas été retrouvé

significatif sur le plan statistique; en revanche, des recherches antérieures ont déjà observé un tel résultat (Vaillant, 2009). Aucune autre différence significative dans les taux de rémission n'a été observée en regard des autres caractéristiques des études, que ce soit pour les taux standards ou les taux conservateurs. Le petit nombre d'études retenues dans cette revue, et par conséquent dans certains sous-groupes de la méta-analyse, rend difficile l'interprétation de ces résultats non significatifs, et nécessiterait plus d'investigation. D'autres caractéristiques pertinentes des échantillons auraient pu être identifiées et analysées afin d'expliquer cette hétérogénéité dans les taux de rémission entre les études. C'est le cas notamment des activités criminelles, des taux de chômage, du soutien social, de la présence de troubles mentaux concomitants et des traitements reçus; pour lesquelles les données n'étaient pas disponibles. Il est bien documenté dans la littérature que les personnes ayant un profil clinique plus sévère et des conditions socio-économiques défavorables connaissent moins de succès en matière de rémission (Chassin, Fora et King, 2004; Chi et Weisner, 2008; Lipsky et al., 2010; Nosyk, Anglin, Brecht, Lima et Hser, 2013; Schuckit et Smith, 2011; Scott, Dennis et Foss, 2005; Walton, Blow, Bingham et Chermack, 2003).

En ce qui concerne les traitements, les études démontrent que les interventions précoces dès l'apparition des TUS et la continuité des soins semblent être des facteurs favorables à la rémission chez les populations vulnérables (Laudet, Savage et Mahmood, 2002; Nosyk, Anglin, Brecht, Lima et Hser, 2013). Le fait que les caractéristiques prises en compte dans cette méta-analyse se sont avérées non-significatives, et que d'autres variables n'ont pas été initialement considérées malgré leur pertinence selon la littérature scientifique, suggère des limites méthodologiques dans la sélection des études qui ont pu affecter les résultats.

Notons que la majorité des études retenues a été menée auprès d'échantillons cliniques ($n = 15$), alors qu'un nombre limité s'est intéressé aux échantillons populationnels ($n = 2$) et communautaires ($n = 4$). Les études populationnelles ont tendance à observer des résultats plus favorables en comparaison aux études cliniques et plus particulièrement aux études communautaires où les participants sont souvent recrutés dans des contextes de plus grande vulnérabilité (quartiers défavorisés ou groupes d'entraide communautaires) et pour lesquels la probabilité d'atteindre la rémission reste assez faible (Galea et Tracy, 2007). Également, le tiers des études sélectionnées comportait un petit échantillon de participants lors du dernier temps de mesure, soit entre 41 et 129 personnes (Mann, Schafer, Langle, Ackermann et Croissant, 2005; Penick et al., 2010; Rathod, Addenbrooke et Rosenbach, 2005; Trim, Schuckit et Smith, 2013; Vaillant, 2003; Xie, Drake, McHugo, Xie et Mohandas, 2010) et, pour certaines études, les hommes blancs étaient surreprésentés dans les échantillons. Enfin, huit des études retenues ont recueilli des données auto-rapportées (Dennis, Scott, Funk et Foss, 2005; Galai, Safaelan, Vlahov, Bolotin et Celetano, 2003; Lopez-Quintero et al., 2011; Mann, Schafer, Langle, Ackermann et Croissant, 2005; Moos et Moos, 2007; Moss, Chen et Yi, 2010; Schutte, Byrne, Brennan et Moos, 2001; Vaillant, 2003). Malgré le fait que, les données obtenues par des examens cliniques soient plus fiables, la validité des données auto-rapportées demeure néanmoins acceptable (Kimberlin et Winterstein, 2008).

La littérature scientifique a mis en évidence des différences dans les taux de rémission selon que les TUS implique une substance licite (alcool) ou illicite (Heyman, 2013). Étonnamment, l'analyse de sous-groupes n'a pu appuyer ces résultats. Bien que les différences ne soient pas significatives, les estimations pondérées des taux de rémission obtenues par substance sont de 51,7 %, 54,0 % et 60,0 % pour les consommateurs d'alcool, d'héroïne et de poly substances, respectivement. Ces résultats sont cohérents avec les analyses de la durée de la consommation qui ont révélé que la période de consommation avant la rémission perdurait généralement plus longtemps dans le temps pour les usagers d'alcool que ceux de drogues illicites. Compte tenu du faible

nombre d'études retenues impliquant des usagers d'héroïne et de poly substances, d'autres recherches sont nécessaires afin de pouvoir comparer les trajectoires de rémission des utilisateurs de substances licites à celles des usagers de drogues illicites.

En ce qui concerne les variables sociodémographiques et les profils de consommation, les résultats indiquent que le genre ne permet pas d'expliquer la variation des taux de rémission, ce qui est contraire à ce qui a été démontré dans la littérature, soit que les femmes étaient plus susceptibles d'atteindre la rémission des TUS que les hommes (Fillmore, 1987; Gomberg, 1995; Hyman, Garcia et Sinha, 2006; Liu et Kaplan, 1996; O'Brien, Wu et Anthony, 2005; Walton, Blow, Bingham et Chermack, 2003). La surreprésentation des hommes dans les échantillons de la majorité des études retenues pourrait expliquer cette divergence. À son tour, l'âge n'a pas été identifié comme un facteur significatif pouvant expliquer les variations des taux de rémission, contrairement à d'autres études qui suggèrent une augmentation de la rémission avec l'âge (Chi et Weisner, 2008; Kalaydjian et al., 2009; Tuithof et al., 2013; Weisner, Matzger et Kaskutas, 2003). Cette différence dans les résultats pourrait notamment être due à la durée des suivis (moins de 12 ans pour environ la moitié des études) et à la moyenne d'âge des participants (50 ans ou moins lors du dernier suivi) inclus dans cette revue.

Les études retenues n'ont pas documenté prospectivement la durée des TUS avant le début des suivis, à l'exception de l'étude populationnelle qui a mesuré la consommation à vie (Lopez-Quintero et al., 2011). Enfin, les études ont rarement considéré la possibilité d'un changement dans les habitudes de consommation, de sorte qu'une personne en rémission de sa substance de choix (par exemple, l'héroïne) puisse se tourner vers une autre substance (par exemple, l'alcool) et ne pas être, au final, en rémission (Maddux et Desmond, 1980; Simpson, Joe, Lehman et Sells, 1986). Ces constats, en plus de la forte hétérogénéité inter-études qui n'a pu être expliquée par l'analyse de sous-groupes ou la méta-régression, incitent à la prudence dans l'interprétation des taux de rémission standards et conservateurs.

LIMITES

Les limites de cette revue de la littérature obligent une certaine réserve dans l'interprétation des résultats. Tout d'abord, un petit nombre d'études ($n = 21$) portant sur la rémission des TUS ont été retenues. Également, les critères d'inclusion des études ont conduit à l'exclusion des études expérimentales, des essais cliniques, ainsi que des publications qui n'ont pas fait l'objet d'une évaluation par les pairs, qui auraient pu enrichir les informations recueillies sur la rémission des TUS. La sélection des études s'est aussi limitée aux publications des pays de l'OCDE, rédigées en anglais ou en français, laissant pour compte les recherches menées dans d'autres régions du monde. La plupart des études retenues ont été réalisées aux États-Unis, à l'exception de celles s'intéressant à la consommation d'héroïne. De plus, la revue s'est limitée aux études publiées au cours des 15 dernières années; bien que les résultats ont été comparés à ceux d'études longitudinales menées avant 2000. Seules des études de suivi d'une durée minimale de trois ans et avec une rémission définie sur une durée minimale de 6 mois ont été considérées; alors que, pour les 21 études retenues, les définitions de la rémission varient considérablement (de l'abstinence à la consommation contrôlée), tout comme les mesures de la rémission (sur une période minimale de 6 mois jusqu'à 10 ans) et les types d'échantillons. En outre, les taux de rémission ont été calculés en tenant compte de la consommation des participants lors du dernier suivi et ces études n'ont pas analysé les trajectoires des TUS au cours des différentes périodes antérieures de suivi. Par exemple, des participants en rémission tout au long de la collecte des données peuvent avoir été exclus du calcul des taux de rémission en raison d'une rechute

survenue au cours des six mois qui ont précédé le dernier suivi. Notons que toutes ces limites peuvent être associées à de potentiels biais de publication. Une analyse de ces biais et de leurs impacts, selon la méthode de *trim-and-fill*, suggère que les taux moyens « réels » de rémission semblent être hypothétiquement plus élevés que ceux rapportés par cette méta-analyse. Cependant, comme les taux ajustés issus de la méthode *trim-and-fill* ne diffèrent pas significativement des taux de rémission standards et conservateurs, la présence d'un biais de publication ne semble pas avoir eu d'impacts marqués sur les résultats de cette revue. Une autre limite tient au fait que les études oublient souvent de documenter la durée de la rémission. Enfin, bien que cette revue de la littérature porte sur la rémission, la recherche sur les dépendances aux substances psychoactives devrait s'intéresser davantage au concept de rétablissement, très largement répandu dans le domaine de la santé mentale, et qui se définit comme « *a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness* » (p. 537) (Anthony, 1993). Un tel changement de perspective impliquerait d'élargir la définition actuelle de la rémission (abstinence ou consommation contrôlée) en adoptant une approche centrée sur le client qui tiendrait compte de variables telles que le soutien social, l'intégration communautaire et l'insertion socioprofessionnelle, qui contribuent à améliorer la qualité de vie des personnes (Jääskeläinen et al., 2012; White, 2007).

Au final, il reste beaucoup de chemin à parcourir pour les futurs travaux de recherche pour pouvoir répondre aux questionnements autour de la rémission des TUS et ainsi explorer ses dimensions, selon que l'on tient compte du concept du rétablissement ou que l'on adopte une perspective strictement clinique.

PARTIE 2

EFFICACITÉ DES MODÈLES D'INTERVENTION ¹⁹

¹⁹ Les résultats présentés dans cette section reprennent ceux présentés dans l'article : Simoneau, H., Kamgang, E., Tremblay, J., Bertrand, K., Brochu, S. et Fleury, M.-J. (en révision). Efficacy of extensive intervention models for substance use disorders: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*. À l'exception de certaines sections (2.4.2, sur la stratégie de recherche; 2.4.4 sur la sélection des études et 2.4.5 sur l'évaluation de la qualité des études et enfin le point portant sur la qualité des études retenues présentés à la section 2.5.1) qui ont été rajoutées ou augmentées, afin de satisfaire aux exigences et standards du présent rapport. Une demande permission de reproduction des résultats sera envoyée à la maison d'édition au moment de la publication de l'article (le cas échéant).

RÉSUMÉ

Fondements

Bien que certains individus parviennent à contrôler leur consommation de substances après une brève phase de traitement, plusieurs nécessitent de multiples épisodes de soins avant d'atteindre une rémission stable. Pour les personnes aux prises avec un problème de consommation de substances psychoactives (SPA), on estime qu'approximativement trois à quatre réadmissions en traitement sont nécessaires pour que 50 % et plus d'entre elles parviennent à rester abstinentes pour une période d'un an ou plus; le temps médian entre le premier traitement et la dernière consommation étant de neuf ans. Cette problématique est l'une des raisons qui pousse de plus en plus d'auteurs et de professionnels à considérer l'addiction comme une maladie chronique. Ainsi, les systèmes d'offre de services, très souvent structurés comme si les troubles liés à l'utilisation des substances étaient un problème transitoire, devraient être modifiés afin de les adapter à un profil plus chronique de consommation et/ou d'utilisation de services. Concrètement, ceci pourrait se traduire par un maintien du contact avec l'utilisateur après le traitement, l'ajustement de l'intensité des traitements aux besoins changeants des usagers, ou encore l'institutionnalisation d'une attitude qui voit en la rechute une opportunité pour réévaluer et remotiver l'utilisateur. Certains programmes d'intervention intégrant ces modalités ont déjà été implantés. Mais quels sont-ils ? Sont-ils efficaces ?

Objectifs et méthodologie

L'objectif de cette étude était de répertorier et décrire l'efficacité des modèles d'intervention construits dans la perspective où l'addiction est considérée comme chronique ou destinés aux personnes qui ont un TUS et qui reviennent plusieurs fois en traitement.

Pour se faire, une recherche exhaustive de la littérature scientifique publiée entre 2000 et 2015 a été effectuée dans six grandes bases de données électroniques. Les articles d'intérêt étaient ceux qui présentaient une étude empirique des modèles d'interventions ciblés, ainsi que des données d'efficacité relatives à la consommation de substances, à l'utilisation des services et à d'autres sphères de la vie (santé mentale, qualité de vie, etc.). La recherche électronique a été bonifiée d'une recherche manuelle dans les listes de références des articles sélectionnés et les tables de matières d'une quinzaine de journaux spécialisés. La sélection d'articles, l'extraction des données et l'appréciation de leur qualité scientifique ont été effectuées de façon indépendante par deux professionnels.

Faits saillants

Cette revue de littérature systématique a permis d'identifier 16 modèles d'intervention qui, répartis selon la durée, l'intensité des interventions et les composantes du modèle, permettent de distinguer quatre groupes :

- Groupe A. Les interventions sont brèves, trimestrielles, étendues sur deux à quatre ans et sont essentiellement offertes par téléphone. Deux versions du « *recovery management check-up* » composent ce groupe, dont l'objectif est de dépister assez rapidement les rechutes et les besoins de traitement additionnels et d'offrir des réadmissions en traitement. Des études

d'efficacité ont montré que ce type de modèle permet de réduire la consommation de SPA et le temps de réadmission en traitement en cas de besoin.

- Groupe B. Les interventions sont plus fréquentes, se font principalement par téléphone et les durées des programmes varient de trois à 18 mois. À la fin des programmes d'intervention, certains des modèles inclus dans ce groupe se sont révélés efficaces pour réduire la consommation de SPA, d'autres n'ont pas montré d'effets tandis qu'un modèle s'est avéré moins efficace pour réduire la consommation de substances en comparaison au traitement habituellement offert.
- Groupe C. Les interventions se font en face-à-face et le traitement de la santé mentale est souvent ajouté aux composantes du modèle. Le modèle de *soins continus* de ce groupe a été testé auprès de deux populations distinctes. Les résultats obtenus ont démontré une réduction de la consommation de substances pour un échantillon, mais pas pour l'autre. Toutefois, pour les deux populations à l'étude, une diminution des symptômes de la dépression et de l'anxiété ont été observés. Pour un autre modèle de mentorat par les pairs, l'ajout d'un traitement psychiatrique s'est révélé être une stratégie efficace pour réduire les symptômes psychologiques.
- Groupe D. L'éventail des composantes des modèles est plus large, les interventions plus intensives et la durée de l'offre de services varie d'un an à des périodes de temps illimitées. La plupart des modèles de ce groupe destinés à des profils cliniques bien spécifiques tels que les usagers ayant un historique de multiples désintoxications ou d'utilisation fréquente de services a démontré leur efficacité pour réduire la consommation de substances ou améliorer l'utilisation des services. Par contre, l'étude d'efficacité du modèle de gestion des soins chroniques (*chronic care management*) n'a montré aucune différence significative comparativement au traitement habituel. Mentionnons également que les modèles de gestion de cas (*case management*), y compris de gestion intensive de cas (*assertive community treatment*), sont des approches qui s'appuient sur des données probantes et sont très utilisées dans le domaine de la santé mentale, mais relativement nouveaux pour le traitement des TUS.

Une analyse plus globale permet de constater que certains des modèles identifiés dans cette étude présentent des effets thérapeutiques prometteurs. En général, les résultats sur la consommation de substances, l'utilisation des services ou d'autres sphères de la vie sont positifs à la fin des interventions. Toutefois, les gains obtenus durant le traitement semblent s'estomper, voir disparaître quelques mois après la fin du traitement.

Conclusion

Les modèles conçus spécifiquement pour les personnes ayant un historique de multiples réadmissions en traitement, ou ayant un profil de consommation de SPA au long cours sont rares, mais présentent des résultats prometteurs. Davantage d'études sont requises pour déterminer le meilleur appariement entre le profil clinique des personnes qui ont un TUS et les composantes, l'intensité et la durée des modèles d'intervention.

2.1 INTRODUCTION – EFFICACITÉ DES MODÈLES D'INTERVENTION

Même si plusieurs individus ayant un TUS parviennent à une rémission après un épisode de soins de courte durée, la majorité auront besoin de multiples épisodes de traitement plusieurs années durant pour parvenir à atteindre une rémission stable (Dennis et al., 2005). En effet, la rechute est la norme plutôt que l'exception. Par exemple, une étude rapporte que parmi les participants abstinents six mois après avoir complété un traitement pour un TUS, 46 % avaient rechuté lors du suivi réalisé quatre ans plus tard (De Soto, O'Donnell et De Soto, 1989). Une autre étude rapporte que parmi les personnes abstinentes après six mois, seulement 10,6 % maintiennent leur abstinence après 24 et 36 mois (Scott, Foss et Dennis, 2005). Toutefois, les taux de rechute tendent à se stabiliser avec le temps, devenant plus rares après cinq ans de sobriété (De Soto, O'Donnell et De Soto, 1989; Dennis, Foss et Scott, 2007; Jin, Rourke, Patterson, Taylor et Grant, 1998; Vaillant, 1996).

Parmi les personnes admises dans un système public de traitement aux États-Unis en 2007, 56 % avaient déjà été en traitement (dont 21 % une fois, 12 % deux fois, 7 % trois fois, 4 % quatre fois et 11,5 % cinq fois et plus) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, 2009). Approximativement trois à quatre réadmissions en traitement sont généralement nécessaires avant que 50 % ou plus des usagers parviennent à rester abstinents pendant un an et plus (Dennis, Scott, Funk et Foss, 2005). Le temps médian entre la première admission en traitement et la dernière consommation de substances étant de neuf ans (Dennis, Scott, Funk et Foss, 2005).

Parce que ces faits sont similaires à ceux observés pour les maladies chroniques telles que l'asthme, le diabète et la dépression, quelques auteurs, généralement basés aux États-Unis, considèrent l'addiction comme une maladie chronique (Cacciola et al., 2008; Dennis, Scott, Funk et Foss, 2005; McKay et al., 2010; McLellan et al., 2014). Un tel changement de paradigme a de nombreuses implications pour les traitements et le système de prestation de services. Les modifications majeures requises comprennent l'élaboration de stratégies pour maintenir le contact avec les clients sur de longues périodes, l'adaptation de l'intensité du traitement aux besoins changeants des individus, l'institutionnalisation d'un mode de pratique qui voit en la rechute une opportunité de réengager et de réévaluer le client, la standardisation d'un plan personnalisé de traitement et de rétablissement axé sur le client, la mise en œuvre d'interventions fondées sur des données probantes et l'établissement d'indicateurs de performance mesurables (King, Kaplan et Hofstedt, 2010).

Pour ceux qui considèrent l'addiction comme une maladie chronique, les stratégies de soins de longue durée –semblables à celles utilisées pour d'autres maladies chroniques – doivent remplacer le système actuel composé d'épisodes de soins de courte durée parfois déconnectés les uns des autres (McLellan, Lewis, O'Brien et Kleber, 2000). Celles-ci doivent se concentrer sur la réduction des rechutes et l'amélioration de la qualité de vie médicale et sociale des usagers (Tai et Volkow, 2013). Une de ces stratégies consiste à prolonger la durée du traitement en ajoutant des interventions de soins continus de faibles intensités après un épisode de traitement intensif (Lash, Timko, Curran, McKay et Burden, 2011; McKay, 2006). Une seconde stratégie, le « *recovery management check-up* », repose sur le principe selon lequel la surveillance continue après le traitement permet d'identifier les obstacles à l'abstinence et les rechutes précoces et de trouver des moyens d'y remédier afin que le client puisse reprendre le traitement le plus tôt possible et ainsi améliorer les résultats à long terme (Scott et Dennis, 2009). Une troisième stratégie suggère la mise en œuvre de systèmes de soins axés sur le rétablissement, qui visent à répondre à la multitude d'aspects de la vie affectés

par un TUS chronique et aux besoins changeants des usagers tout au long de leur vie. Le modèle propose un continuum de soins multi-systèmes, centrés sur la personne, dans lequel un menu compréhensif (complet) de services coordonnés, adaptés aux besoins et stade de rétablissement des individus est offert (Laudet et Humphreys, 2013). Globalement, ces stratégies diffèrent par leurs composantes, leur intensité et leur durée. Elles sont offertes à toute personne entrant en traitement pour un TUS, quel que soit son historique de traitement.

Plutôt que de proposer la même stratégie à tous les usagers, et compte tenu des défis rencontrés par ceux qui effectuent de multiples réadmissions en traitement, d'autres auteurs considèrent que les défis rencontrés par les utilisateurs avec de multiples réadmissions soulignent la nécessité d'adapter les interventions thérapeutiques à leurs besoins afin de les rendre plus efficaces (López-Goñi, Fernández-Montalvo, Cacho et Arteaga, 2014; van Draanen et al., 2013). Pour répondre aux différents besoins de cette population, les modèles d'intervention doivent être intensifs, globaux et offerts sur le long cours, tels que le modèle de gestion de cas ou de gestion de cas intensif.

En résumé, la tendance croissante à considérer l'addiction comme une maladie chronique a des implications pour les politiques et les modalités d'offre de services. Toutefois, le développement de modèles d'intervention ciblant la chronicité des TUS est relativement nouveau. Le but de cette revue systématique était d'identifier les modèles d'intervention conçus dans la perspective où le TUS est abordé comme une maladie chronique ou alors conçus pour des personnes ayant un historique de multiples réadmissions en traitement pour un TUS. L'efficacité des modèles a également été examinée.

2.2 MÉTHODOLOGIE

La méthodologie s'est appuyée sur les normes de production des revues systématiques de (INESSS, 2013). Un plan de réalisation de cette revue systématique a préalablement été élaboré et validé par le comité scientifique formé de chercheurs membres de l'Institut universitaire sur les dépendances.

2.2.1 Questions clés de recherche

Les questions de recherche auxquelles nous avons tenté de répondre sont les suivantes :

Question 1 : Quels sont les différents modèles et modalités d'offre de services pour les adultes aux prises avec un TUS et ayant un historique de multiples réadmissions en traitement ?

Question 2 : Parmi les modèles identifiés, quels sont ceux qui démontrent une performance organisationnelle et des résultats sur la santé et le bien-être des usagers ?

Question 3 : Ces modèles sont-ils applicables dans le contexte québécois ?²⁰

Ces questions clés de recherche ont été formulées en tenant compte des éléments du modèle PICOTS :

La **Population** : les personnes de 18 ans et plus ayant des TUS-alcool ou TUS-drogues et de multiples épisodes de réadmissions en traitement ou rechutes.

²⁰ Les éléments de réponse de cette section seront apportés dans la section 3 du présent rapport (Dissémination et discussions des résultats avec le milieu de la pratique).

L'**Intervention** : les modèles d'intervention (incluant la dispensation des services) aux clientèles présentant des TUS-alcool ou TUS-drogues et de multiples épisodes de réadmissions en traitement.

Le **Comparateur (pour la dimension de l'efficacité)** : **1)** les modèles devront avoir été comparés aux services usuels ou comparés entre eux; **2)** en l'absence de comparateurs, une évaluation « avant-après » devra minimalement avoir été réalisée.

Les **résultats** d'intérêts (*Outcomes*): **D'un point de vue clinique et psychosocial** : **1)** l'utilisation des substances; **2) l'état** psychologique et mental; **3)** l'utilisation de divers types de services; **4)** l'abandon du traitement; **5)** la qualité et les conditions de vie; **7)** le niveau fonctionnel; **8)** l'efficacité.

Le **contexte** organisationnel et le lieu de l'intervention (*Setting*) :

Aucun contexte n'est spécifié; en rapportant les modèles de dispensation de services appliqués dans des lieux diversifiés, la revue systématique devrait intéresser davantage de professionnels, autant ceux intervenant dans les services en dépendance que ceux d'autres services (santé mentale ou santé physique).

2.2.2 Stratégie de recherche d'information

La stratégie de recherche de l'information a été élaborée en collaboration avec une spécialiste en information scientifique (bibliothécaire) de l'Institut universitaire sur les dépendances.

À travers la plateforme OVID SP, des recherches ont été effectuées dans les bases de données électroniques Medline, Embase, PsycInfo, EBM Reviews et Social Work Abstracts. Les mots clés et les équations de recherche utilisés pour repérer les articles dans ces bases de données ont été validés par le comité scientifique et sont présentés à l'annexe A-2.

Les tables de matières de 13 revues scientifiques²¹ reconnues par des experts dans le domaine de la toxicomanie ont également été manuellement examinées. Enfin, les listes de référence des articles inclus dans cette revue systématique ont également été consultées afin d'identifier d'autres études pertinentes.

2.2.3 Critères de sélection des études scientifiques

Critères d'inclusion

- Les études traitant des problématiques de TUS chez les personnes de **plus de 18 ans** et de multiples épisodes de réadmissions en traitement ou rechutes.
- Les études portant sur les modèles d'intervention.
- Les études portant sur les troubles concomitants de TUS et de santé mentale ou physique. La problématique principale (premièrement étudiée) devant être un TUS.
- Les études scientifiques publiées entre janvier 2000 et septembre 2015.
- Les articles écrits en français ou anglais.
- La littérature scientifique publiée après révision par un comité de lecture.
- Les articles rapportant une étude empirique avec des données sur l'efficacité d'un modèle d'offre de services.

²¹ 1) Addiction, 2) Addiction Science and Clinical Practice, 3) Addictive Behaviors, 4) Alcoholism Treatment Quarterly, 5) Alcoologie et addictologie, 6) American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 7) Drug and Alcohol Dependence, 8) Drug Dependence, Alcohol Abuse and Alcoholism, 9) Journal of Addiction Research & Therapy, 10) Journal of Substance Abuse Treatment, 11) Journal of Substance Use and Misuse, 12) Psychology of Addictive Behaviors, 13) Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy.

Critères d'exclusion

- Les études portant exclusivement sur le TUS-tabac;
- Les études portant exclusivement sur la santé mentale;
- Les études sur les jeunes de moins de 18 ans;
- Les études en pharmacologie portant sur l'évaluation des traitements médicamenteux.

2.2.4 Sélection des études

Deux professionnels de recherche ont travaillé de façon indépendante à la sélection des études selon les critères de sélection et d'exclusion prédéfinis. Une troisième personne a arbitré les différends ou tranché lorsque les deux professionnels étaient en désaccord.

Une première sélection des articles repérés dans les bases de données électroniques et lors des recherches manuelles a été effectuée à partir des titres et des résumés. Les articles ainsi retenus ont fait l'objet d'une lecture complète au cours de la deuxième phase de sélection.

Lors de la sélection des études et la validation inter-juges de la sélection, nous avons dû élargir les critères de sélection par rapport au plan de réalisation initial car seulement trois études portaient sur des personnes ayant un historique de multiples réadmissions en traitement. Nous avons donc également inclus les articles portant sur un modèle conçu selon la perspective où l'addiction est une maladie chronique.

2.2.5 Évaluation de la qualité des études

L'évaluation de la qualité des articles sélectionnés a été réalisée à l'aide des grilles Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (2013) pertinentes. Les scores de 9 à 11 sont attribués aux études de qualité excellente, des scores de 7 ou 8 aux études de bonne qualité, des scores de 5 ou 6 aux études de qualité acceptable et des scores de 4 ou moins aux études de mauvaise qualité.

La qualité des études a été validée par accord inter-juges et deux professionnels y ont travaillé de façon indépendante.

2.2.6 Extraction des données

La compilation des données (informations) issues des études retenues suite à l'évaluation de la qualité s'est appuyée sur une grille d'extraction validée par le comité scientifique. Deux professionnels ont extrait de manière indépendante les données, qui ont ensuite été comparées dans le but d'assurer l'exactitude des informations rapportées. Les désaccords inter-juges non résolus ont été arbitrés par une tierce personne.

2.3 RÉSULTATS

2.3.1 Description des résultats de la recherche documentaire et des études repérées

Processus de sélection des études

La figure 1 (voir annexe B-2) présente le diagramme de flux qui résume le processus de sélection des études. La stratégie de recherche présentée ci-haut a permis d'identifier 8 770 écrits potentiellement pertinents, dont 18 ont rencontrés tous les critères d'inclusion. Pour certaines études, les résultats ont été rapportés dans plus d'un article (McKay et al., 2010; McKay et al., 2011; Morgenstern et al., 2006; Morgenstern et al., 2009). Ainsi, les 18 articles retenus présentent les résultats de 16 études distinctes.

Qualité des études retenues

L'examen de la qualité des 16 études retenues a permis de distinguer quatre études de qualité acceptable (score de 5 ou 6), neuf études de bonne qualité (score de 7 ou 8) et trois études de très bonne qualité (score de 9 à 11). Les taux de suivi étaient généralement bons, s'élevant à plus de 90 % pour trois études (Gold, Meisler, DuRoss et Bailey, 2004; Morgenstern et al., 2006; Morgenstern et al., 2009; Saitz et al., 2013); se situant entre 80 et 89 % pour deux études (Grella, Stein, Weisner, Chi et Moos, 2010; McKay, Lynch, Shepard et Pettinati, 2005); entre 70 et 79 % pour quatre études (McKay et al., 2010; McKay et al., 2011; McKay et al., 2013a, 2013b; McKellar et al., 2012); et entre 60 et 69 % pour une étude (Ruetsch, Tkacz, McPherson et Cacciola, 2012). Les six études restantes n'ont pas rapporté leur taux de suivi.

Caractéristiques des populations dans les études

Le tableau 2 de l'annexe C-2 décrit les caractéristiques sociodémographiques des populations échantillonnées dans chacune des 16 études retenues. La majorité des études ont recruté à la fois des hommes et des femmes, à l'exception d'une recherche qui a spécifiquement ciblé le genre féminin (Morgenstern et al., 2006; Morgenstern et al., 2009). L'âge moyen variait de 31,8 à 56 ans. Sept études comptaient plus de 75 % participants afro-américains (Dennis, Scott et Funk, 2003; Dennis et Scott, 2012; McKay, Lynch, Shepard et Pettinati, 2005; McKay et al., 2010; McKay et al., 2011; McKay et al., 2013a; McKay et al., 2013b; Morgenstern et al., 2006; Morgenstern et al., 2009). Toutes les études incluaient des participants ayant différents types de TUS, à l'exception de deux études; une s'intéressant spécialement à la dépendance à la cocaïne (McKay et al., 2013a) et l'autre à la dépendance aux opioïdes (Ruetsch, Tkacz, McPherson et Cacciola, 2012).

2.3.2 Description des modèles d'intervention

L'ensemble des études ont été réalisées aux États-Unis, à l'exception d'une seule menée au Canada (van Draanen et al., 2013). Le tableau 3 de l'annexe D-2 présente une description sommaire des modèles d'intervention analysés dans les études retenues. La majorité de ces modèles sont complémentaires au traitement initial, qui est habituellement un traitement résidentiel (*inpatient treatment*) ou un traitement externe intensif (*intensive outpatient treatment*). Ces modèles visent généralement l'offre de soins continus (*continuing care*), ce qui signifie que des soins moins intensifs sont proposés suite à un traitement de plus grande intensité. Le modèle d'intervention peut se déployer de trois différentes façons :

- En **parallèle**, c'est-à-dire qu'il débute pendant le traitement initial et qu'il implique deux équipes distinctes de traitement;
- de façon **séquentielle**, dans ce cas, il est offert après la fin du traitement initial;
- ou alors de manière **intégrée** avec ou sans traitement initial. Ici, toutes les composantes sont offertes par la même équipe de traitement ou par deux équipes qui travaillent en coordination.

Étant donné que la **durée**, la **fréquence** et les **composantes** des interventions peuvent influencer sur les résultats, une classification en quatre groupes de modèles a été effectuée sur la base de ces trois caractéristiques (voir le tableau 3 à l'annexe D-2) :

- Le **groupe A** comprend deux études portant sur des interventions offertes trimestriellement sur une durée de deux et quatre ans. Les principales composantes sont le suivi continu (*monitoring*) et la rétroaction téléphoniques.

- Le **groupe B** compte sept études. En général, les modèles d'intervention comportent non seulement la surveillance et la rétroaction, mais aussi d'autres composantes telles que les soins par étapes (*stepped care*) ou le travail de proximité (*outreach*). L'intervention téléphonique est plus fréquente, s'effectuant sur une base hebdomadaire ou deux fois par mois. Aussi, comparativement au groupe A, elle est généralement plus courte, allant de trois mois à deux ans.
- Le **groupe C** compte deux études et comprend des modèles d'intervention plus intensifs avec des séances de consultation individuelles ou de groupe. Les interventions sont dispensées hebdomadairement ou deux fois par semaine. Un volet santé mentale fait également partie du traitement.
- Le **groupe D** comporte cinq études et les interventions sont les plus intensives. Les contacts entre professionnels et usagers peuvent aller jusqu'à un contact quotidien et la durée du traitement est illimitée. La plupart des modèles de ce groupe ont plusieurs composantes et les traitements sont intégrés.

La population clinique regroupant tous les types de TUS est celle qui était ciblée par les modèles des groupes A et B à l'exception d'un modèle s'adressant aux personnes dépendantes aux opioïdes (Ruetsch, Tkacz, McPherson et Cacciola, 2012). Par contre, dans les groupes C et D, la population clinique regroupant tous les types de TUS était la cible d'un seul modèle (Saitz et al., 2013), les autres étant adaptés à des populations spécifiques ayant un profil généralement sévère et/ou chronique d'utilisation des substances; tels que les utilisateurs fréquents de services, les usagers avec de multiples épisodes de désintoxication ou les anciens combattants ayant montré un taux élevé de récurrence.

2.3.3 Efficacité des modèles d'intervention

Le tableau 4 à l'annexe E-2 présente les données relatives à l'efficacité des modèles d'intervention qui ont été analysés dans les 16 études retenues. La taille échantillonnale des études variait considérablement, allant de 35 à 4 094 participants (voir le tableau 4 – annexe E-2). Onze études étaient des essais randomisés et les cinq restantes des études observationnelles. Les temps de mesure variaient de trois mois à quatre ans et les temps de suivi pouvaient s'étendre jusqu'à cinq ans. Les indicateurs de résultats (ou d'efficacité) étaient très différents d'une étude à l'autre.

Les deux études du groupe A ont porté sur deux versions du « *recovery management check-up* ». Afin d'améliorer les taux de rétention, le modèle original a été révisé en ajoutant aux composantes de base des services de transport ainsi qu'un protocole d'engagement et de rétention (*engagement and retention protocol*) (Dennis et Scott, 2012). L'effet de ces modèles sur l'utilisation des substances et des traitements a été évalué. Comparativement au groupe de comparaison dont l'évaluation est l'unique intervention, les résultats ont indiqué que le modèle est efficace pour réduire la consommation de substances, réduire le temps de réadmission et augmenter le nombre de jours en traitement et ce, après deux (Dennis, Scott et Funk, 2003) et quatre ans de traitement (Dennis et Scott, 2012).

Dans le groupe B, cinq des sept études ont testé l'efficacité des modèles d'intervention (tous étant des modèles de « soins continus ») sur l'utilisation des substances, l'utilisation du traitement et d'autres indicateurs, immédiatement après l'intervention. Les résultats ont révélé que deux modèles étaient plus efficaces que le traitement habituel pour réduire la consommation de substances (McKay et al., 2010; McKay et al., 2011; McKellar et al., 2012); alors que deux modèles n'avaient aucun effet que ce soit en comparaison au traitement habituel (McKay et al., 2013b) ou sans groupe témoin (Cacciola et al., 2008); et enfin, qu'un modèle

obtenait de moins bons résultats que le traitement habituel (McKay et al., 2013a). Bien qu'équivalent pour la réduction de la consommation, le modèle de soins de Cacciola et collaborateurs (2008) a cependant eu un impact favorable sur la participation aux services informels (groupes d'entraide tels que les Alcooliques anonymes). Pour ce qui est du modèle testé par McKellar et collaborateurs (2012), en plus d'être efficace pour réduire la consommation, il a permis de diminuer les symptômes psychiatriques, mais n'a eu aucun effet sur la qualité de vie. Deux études du groupe B ont également évalué les effets résiduels (gains obtenus durant le traitement qui persistent des mois après la fin de l'intervention) des modèles d'intervention sur l'utilisation des substances et d'autres indicateurs de performance six mois après la fin des interventions (McKay et al., 2011; McKellar et al., 2012), mais aucun des effets positifs n'est resté significatif. Aussi, deux modèles n'ont pas été évalués immédiatement à la fin de l'intervention, mais uniquement un an (Ruetsch, Tkacz, McPherson et Cacciola, 2012) ou deux ans (McKay et al., 2005) après le début du traitement. Les résultats de ces études ont montré que ces deux modèles obtiennent des résultats mitigés sur la réduction de la consommation de substances. En outre, le modèle de McKay n'a eu aucun effet sur l'utilisation du traitement (McKay et al., 2005), alors que le modèle de Ruetsch s'est avéré efficace pour augmenter l'adhésion au traitement à la buprénorphine ainsi que la fréquentation du programme des douze étapes (*12-step attendance*) (Ruetsch, Tkacz, McPherson et Cacciola, 2012).

Dans le groupe C, le modèle de « soins continus » présenté par Grella et collaborateurs (2010) a été testé sur deux populations différentes. Pour une, le modèle a eu un effet positif sur la consommation de substances, tandis que pour l'autre, aucun effet positif n'a été observé (Grella, Stein, Weisner, Chi et Moos, 2010). Dans les deux échantillons, le modèle a toutefois permis de réduire les symptômes de dépression et d'anxiété. Notons également qu'aucun effet résiduel après cinq ans n'a été noté pour la consommation de substances ou les symptômes psychiatriques. Pour ce qui est du modèle de mentorat par les pairs et de valorisation du rétablissement (*peer mentorship and dual recovery treatment*) étudié par Tracy, Burton, Nich et Rounsaville (2011), il s'est avéré efficace pour augmenter l'utilisation des traitements.

Dans le groupe D, quatre des cinq études ont testé, à la fin de l'intervention, l'efficacité des différents modèles sur la réduction de la consommation de substances, soit le suivi intensif dans la communauté (*assertive community treatment*), la gestion de cas intensive (*intensive case management*), la gestion de soins chroniques (*chronic care management*) et la gestion de cas (*case management*) (Gold, Meisler, DuRoss et Bailey, 2004; Morgenstern et al., 2006; Morgenstern et al., 2009; Saitz et al., 2013; van Draanen et al., 2013). Les études sur le suivi intensif dans la communauté (sans groupe de comparaison) (Gold, Meisler, DuRoss et Bailey, 2004) et celle sur la gestion de cas intensive (comparées au traitement habituel) (Morgenstern et al., 2006; Morgenstern et al., 2009) ont montré des effets positifs. De son côté, le modèle de gestion de soins chroniques n'a eu aucun effet comparativement au traitement habituel (Saitz et al., 2013). Le modèle de gestion de cas proposé par van Draanen et collaborateurs (évaluation de l'efficacité sans groupe de comparaison) a quant à lui eu des impacts positifs sur quatre indicateurs de résultats, mais aucun effet sur la réduction du nombre de jours de consommation problématique de drogues (van Draanen et al., 2013). Concernant l'utilisation du traitement, les trois modèles qui l'ont mesuré ont présenté des résultats positifs. Le modèle de gestion de cas présenté par MacLellan et coll. (2005) a permis de modifier positivement le type d'épisodes de traitement reçu (moins d'épisodes de désintoxication sans suite, plus de traitement de réadaptation) et a augmenté la durée du séjour en traitement. La gestion de cas intensive a amélioré l'engagement et la rétention du patient en traitement (Morgenstern et al., 2006; Morgenstern et al., 2009), tandis que le second modèle de gestion de cas a permis de réduire le nombre de visites en

désintoxication (van Draanen et al., 2013). Enfin, trois études ont mesuré d'autres indicateurs de résultats. Le modèle de gestion de cas intensive a permis d'améliorer le statut d'emploi (Morgenstern et al., 2009), celui de la gestion de cas a eu un effet positif sur le fonctionnement dans la communauté (van Draanen et al., 2013) et enfin, celui de suivi intensif dans la communauté a amélioré le statut d'emploi, les compétences sociales, la qualité de vie et l'estime de soi des participants (Gold, Meisler, DuRoss et Bailey, 2004).

Dans l'ensemble des études, tous groupes confondus, les résultats à court terme (c'est-à-dire immédiatement après la fin du traitement) ont tendance à être positifs. Sur les douze études évaluant l'effet des modèles sur la consommation de substances, six ont présenté des résultats positifs (Dennis, Scott et Funk, 2003; Dennis et Scott, 2012; Gold, Meisler, DuRoss et Bailey, 2004; McKay et al., 2010; McKay et al., 2011; McKellar et al., 2012; Morgenstern et al., 2006; Morgenstern et al., 2009) et deux des résultats mitigés (Grella, Stein, Weisner, Chi et Moss, 2010; van Draanen et al., 2013). Les six études ayant mesuré l'utilisation des traitements ont toutes montré des effets positifs (Cacciola et al., 2008; Dennis, Scott et Funk, 2003; Dennis et Scott, 2012; McLellan, Weinstein, Shen, Kendig et Levine, 2005; Morgenstern et al., 2006; Morgenstern et al., 2009; van Draanen et al., 2013). Enfin, des cinq études mesurant d'autres indicateurs, trois ont obtenu des résultats positifs (Grella, Stein, Weisner, Chi et Moss, 2010; Morgenstern et al., 2006; Morgenstern et al., 2009; van Draanen et al., 2013), tandis que deux ont révélé des résultats mitigés (Gold et al., 2004; McKellar et al., 2012). Si les résultats à court terme semblent globalement positifs, les effets résiduels sont moins convaincants. Parmi les cinq études qui ont mesuré l'utilisation des substances, trois n'ont montré aucun effet résiduel (Grella, Stein, Weisner, Chi et Moss, 2010; McKay et al., 2010; McKay et al., 2011; McKellar et al., 2012) et deux ont révélé des résultats mixtes (McKay, Lynch, Shepard et Pettinati, 2005; Ruetsch, Tkacz, McPherson et Cacciola, 2012). Des trois études mesurant l'utilisation des traitements, une n'a eu aucun effet résiduel (McKay, Lynch, Shepard et Pettinati, 2005) et deux ont obtenu des résultats positifs (Ruetsch, Tkacz, McPherson et Cacciola, 2012; Tracy, Burton, Nich et Rounsaville, 2011). Enfin, les deux études qui ont évalué d'autres indicateurs n'ont pas démontré d'effet résiduel (Grella, Stein, Weisner, Chi et Moss, 2010; McKellar et al., 2012).

2.4 DISCUSSION

Le but de cette revue systématique était de présenter, en lien avec leur efficacité, un portrait des modèles d'intervention qui considèrent les TUS comme chronique ou s'adressant aux personnes qui reviennent plusieurs fois en traitement pour un TUS. Les possibilités d'adaptation de ces modèles au contexte québécois afin de répondre à la question clé de recherche numéro trois doivent être discuté avec le milieu de la pratique et le comité de suivi. Un total de 16 modèles présentés dans 18 études publiées entre 2000 à 2015 a été retenu selon les critères d'inclusion. Ces modèles ont été répartis en quatre groupes sur la base de leur durée, intensité et composantes. Le Groupe A comprend des « interventions téléphoniques trimestrielles » et le groupe B, des « interventions téléphoniques plus fréquentes ». Les principales composantes des modèles de ces deux groupes sont le suivi et la rétroaction. Le groupe C regroupe des interventions en face à face et une composante de traitement relative à la santé mentale. Les modèles du groupe D comptent plusieurs composantes et des interventions plus intensives, souvent offertes sur une durée illimitée.

Les deux études du groupe A ont montré l'efficacité du « *recovery management check-up* » pour réduire la consommation

de substances et les temps de réadmission (Dennis, Scott et Funk., 2003; Dennis et Scott, 2012). Chacune des études a évalué une version différente de ce modèle, toutefois elles comprenaient un échantillon composé à 85 % de participants afro-américains. La généralisation des effets démontrés de ce modèle à d'autres groupes de populations nécessiterait ainsi davantage d'appui scientifique.

L'efficacité globale des modèles dans le groupe B, majoritairement des modèles de soins continus, est moins précise. À la fin de l'intervention, certains modèles ont montré leur efficacité pour réduire l'utilisation de substances alors que d'autres n'ont pas eu d'effet. Aussi, contrairement à l'hypothèse de départ, un des modèles du groupe B s'est révélé moins efficace en termes de diminution de la consommation, en comparaison au traitement habituel (McKay et al., 2013a). Les auteurs de cette étude attribuent ces résultats aux faits que non seulement les professionnels qui offraient les traitements de soins continus n'étaient pas situés dans le centre de traitement dans lequel les patients suivaient le programme intensif de suivi externe (*intensive outpatient program*); mais aussi, qu'ils n'étaient pas impliqués dans les services en lien avec ce programme intensif de suivi externe. Ces auteurs concluent alors que lorsque le modèle de soins continus n'est pas bien intégré au programme de traitement initial, cela peut interférer d'une certaine manière avec le processus thérapeutique, spécialement lorsqu'on le met en œuvre peu de temps après l'admission en traitement (McKay et al., 2013a).

Le modèle de soins continus se définit comme une étape de traitement qui suit un épisode initial de soins intensifs. Sans surprise, la variabilité des résultats obtenus dans ce groupe est similaire à celle observée dans la littérature scientifique portant sur les soins continus. La revue de littérature sur les programmes de traitement des TU-alcool de McKay, publiée en 2001, indiquait que quatre des 12 études sélectionnées sur les soins continus présentaient des résultats positifs. Plus récemment, une revue systématique a observé des résultats positifs pour quatre des six études analysées (Lenaerts et al., 2014). Une autre revue sur le même thème, mais incluant les TUS-alcool-et-drogues, réalisée en 2009 a souligné que la moitié des 20 études recensées présentaient des résultats significativement positifs (McKay, 2009). Finalement, une méta-analyse regroupant 19 études sur les traitements des TUS-alcool-et-drogues a obtenu des effets significatifs, mais minimes, en faveur des soins continus comparativement au traitement de contrôle (Blodgett, Maisel, Fuh, Wilbourne et Finney, 2014). Ces résultats mixtes peuvent résulter de l'hétérogénéité entre les caractéristiques des modèles de ce groupe. En effet, certains programmes sont offerts en mode séquentiel, d'autres en parallèle, et aucun des modèles n'offre la même durée ou intensité de traitement.

Dans le groupe C, les résultats sont variables. En ce qui a trait à la réduction de la consommation de substances, le modèle de soins continus a montré un effet positif auprès d'une des sous-populations échantillonnées, mais pas pour l'autre (Grella, Stein, Weisner, Chi et Moos, 2010). Toutefois, lorsqu'il est question de réduire les symptômes de dépression et d'anxiété, ce modèle a rapporté des effets positifs pour les deux sous-populations expérimentales (Grella, Stein, Weisner, Chi et Moos, 2010). L'ajout d'un volet de traitement en santé mentale aux composantes du modèle de soins continus semble être une stratégie efficace pour la réduction des symptômes psychologiques, tout comme le soulignaient O'Neil et Lapalme (2016) dans une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec sur les modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et dépendance. Le deuxième modèle de ce groupe, soit le mentorat par le pairs et la valorisation du rétablissement, a permis d'augmenter la participation au traitement; le seul indicateur de performance qui ait été mesuré pour ce modèle (Tracy, Burton, Nich et Rounsaville, 2011).

Dans le groupe D, le modèle de gestion des soins chroniques, ciblant toutes les personnes ayant un type quelconque de TUS, ne présentait aucun avantage comparativement au traitement habituel (Saitz et al., 2013). Des recherches supplémentaires sont requises pour déterminer si le modèle est plus efficace auprès d'un type spécifique de clientèle (par exemple, celle qui présente un profil chronique) ou alors s'il a besoin d'être plus intensif ou offert sur un plus long court pour pouvoir démontrer une efficacité. Cependant, les quatre autres modèles, qui ciblent des populations particulières telles que les patients ayant vécu de multiples épisodes de désintoxications ou les utilisateurs fréquents de services, ont tous démontré leur efficacité en termes de réduction de la consommation de substances ou d'amélioration dans l'utilisation des traitements. Bien que relativement nouveau dans le traitement des TUS, le « case management » (y compris l'« assertive community treatment ») est une approche fondée sur des données probantes qui est très utilisée dans les programmes de traitement de la santé mentale (Bond, Drake, Mueser et Latimer, 2001; Center for Substance Abuse Treatment, 2000). Ainsi, ces modèles, qui se fondent sur une approche plus holistique (plus globale) et intensive, représentent une avenue prometteuse d'intervention auprès de populations qui reviennent en traitement. Il est cependant nécessaire, dans un souci d'efficience, de cibler les personnes qui pourraient réellement bénéficier de ce type de modèles d'intervention compte tenu des importantes ressources humaines et financières que ces modèles requièrent.

Globalement, bien que les résultats mesurés à la fin du traitement semblent prometteurs pour de nombreux modèles d'intervention identifiés dans cette revue systématique, les effets résiduels sont quant à eux moins convaincants. Aucune des cinq études qui ont mesuré les résultats plusieurs mois après la fin de l'intervention n'a montré d'effet positif clair pour la réduction de la consommation de substances. Étant donné que les effets positifs obtenus durant le traitement ne perdurent pas après la fin du traitement, est-ce que toutes les personnes ayant un TUS ont besoin d'un traitement au long cours ? Les personnes ayant un TUS doivent-elles rester en contact avec le centre de réadaptation jusqu'à ce que le taux de rechute se stabilise; soit durant cinq ans environ? Ces constats soulèvent la question de la durée optimale des modèles de soins continus et nécessitent davantage de recherches.

Étant donné que la plupart des auteurs des études retenues considèrent la dépendance comme une maladie chronique, il est étonnant de remarquer la courte durée des études. À l'exception de deux recherches réalisées sur quatre et cinq ans (Dennis et Scott, 2012; Grella, Stein, Weisner, Chi et Moos, 2010), la durée de suivi des études sélectionnées ne dépassait pas deux ans. En outre, certaines interventions étaient très courtes, par exemple, d'une durée de deux (Tracy, Burton, Nich et Rounsaville, 2011) ou trois mois (McKay, Lynch, Shepard et Pattinati, 2005; Ruetsch, Tkacz, McPherson et Cacciola, 2012). Pour obtenir un portrait plus clair de la performance des modèles de prise en charge des TUS, des interventions sur un plus long cours et des études de suivi de plus longues durées sont clairement nécessaires, en particulier si l'objectif de ces modèles est de répondre à la chronicité des TUS.

Parmi les modèles d'intervention qui s'adressent à toutes les personnes ayant un TUS (la plupart étant des modèles de soins continus), le niveau d'intensité ne semble pas avoir d'impact sur leur efficacité. Les modèles de moindre intensité tels que le « *recovery management check-up* » seraient en effet aussi efficaces que ceux plus intensifs. Cette observation est corroborée par la littérature scientifique sur les soins continus. La méta-analyse de Blodgett, Maisel, Fuh, Wilbourne et Finney (2014) n'a montré aucune association entre l'intensité des traitements et les résultats, alors que la revue de la littérature de McKay (2009) a rapporté un faible effet positif en faveur des interventions plus intensives. Il n'existe cependant pas des données qui comparent directement l'efficacité entre les différents modèles. Pour pouvoir déterminer la fréquence et la durée optimales des différents modèles

d'intervention, il serait intéressant de mener sur un même type de modèle des études pour comparer des périodes d'intervention plus longues à celles plus courtes, et différentes intensités de traitement.

Malgré la grande variation dans les réponses des usagers, même avec des interventions efficaces (McKay, 2009), peu d'études évaluent le type de profil relatif aux caractéristiques de l'utilisateur qui peut bénéficier des interventions de soins continus. En outre, de nombreux modèles ont limité leur recrutement aux participants qui avaient réussi le traitement initial (Blodgett, Maisel, Fuh, Wilbourne et Finney, 2014). En conséquence, les profils d'utilisateurs les plus sévères sont souvent exclus des études. Deux recherches n'ayant pas appliqué de barrières d'accès lors du recrutement ont rapporté des résultats contradictoires. Tandis qu'une étude a démontré des effets significatifs, d'une magnitude plus importante liée aux soins continus chez les participants qui avaient des antécédents de traitements de TU-alcool (McKay et al., 2011), l'autre fait état de taux d'abstinence plus faible chez les clients ayant déjà suivi un traitement de TU-drogues (McKay et al., 2014). En résumé, on ne sait pas si les individus qui retournent plusieurs fois en traitement peuvent bénéficier d'interventions ciblant toutes les personnes et avec n'importe quel type de TUS.

Limites

Cette revue systématique comporte plusieurs limites. Seules les études publiées dans des revues évaluées par des pairs et rédigées en anglais ou en français ont été incluses. Toutes les études sélectionnées ont été menées aux États-Unis, sauf une, qui a été réalisée au Canada. Par conséquent, les résultats peuvent ne pas être généralisables à d'autres systèmes de santé et services sociaux. Une méta-analyse n'a pas pu être effectuée en raison de l'hétérogénéité des indicateurs de résultats dans les études sélectionnées. Notons également que la répartition des modèles en quatre groupes est inégale: les groupes A et C ne comprennent que deux études. Ainsi, les résultats obtenus en fonction des groupes doivent être interprétés avec prudence. Ajoutons à cela que les deux modèles composant le groupe A ont été développés par le même groupe d'auteurs. C'est aussi le cas pour quatre des sept modèles du groupe B. La durée des interventions, le début de l'intervention (certains commencent à la fin d'un traitement initial, d'autres pendant le traitement initial, etc.) et les périodes de suivi des études sélectionnées varient considérablement, ce qui rend difficile les comparaisons. Des données manquantes dans de nombreux articles compliquent également les comparaisons entre les échantillons, c'est le cas des données sociodémographiques telles que le statut d'emploi ou l'état matrimonial. Enfin, certaines études ont été menées auprès de sous-groupes particuliers; par exemple, des anciens combattants, la population afro-américaine ou les femmes, ne permettant pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population clinique.

PARTIE 3

DISSÉMINATION ET DISCUSSIONS DES RÉSULTATS AVEC LE MILIEU DE LA PRATIQUE

Dans le cadre des travaux de la présente ETMI, des activités de dissémination et de consultation avec des parties prenantes provenant du milieu de la pratique ont eu lieu. Une première activité consistait à présenter les résultats issus des deux revues de littérature présentées dans les sections 1 et 2 du présent rapport aux intervenants du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal (CRDM). Une seconde rencontre a ensuite été organisée avec les membres du comité de suivi afin de présenter les résultats ainsi que les thèmes abordés et les pistes de réflexions émises lors de la demi-journée avec les intervenants et gestionnaires du CRDM. Dans les deux cas, les discussions entourant les implications des résultats pour la pratique et l'offre de services ont été enregistrées et transcrites. De plus, un compte rendu de la rencontre du comité de suivi leur a été ultérieurement remis afin d'en valider le contenu et d'y apporter les modifications jugées nécessaires. La présente section offre un compte rendu de ces activités, bonifiées des commentaires du comité de suivi, et met en relief les thèmes et éléments qui ont émergé au cours des discussions qui y ont eu lieu.

3.1 RENCONTRE AVEC LES INTERVENANTS ET GESTIONNAIRES DU CRDM

Le 25 janvier 2017, 25 intervenants et 6 gestionnaires du CRDM ont pris part à une demi-journée de réflexion portant les résultats des revues de littérature effectuées dans le cadre de la présente ETMI. Ces derniers provenaient d'horizons professionnels variés et de différents programmes du CRDM²².

3.1.1 Réactions globales aux résultats

D'emblée, les résultats portant sur les taux de rémission ont été considérés comme conformes à la réalité observée par les intervenants sur le terrain. De plus, ceux portant sur l'efficacité des modèles ciblant la nature chronique des TUS ont permis d'identifier des éléments prometteurs pour une meilleure prise en charge des usagers susceptibles de revenir à de multiples reprises en traitement. Par contre, aucun modèle en particulier n'a émergé comme propice à une application dans le contexte québécois étant donné qu'aucun n'a clairement démontré une efficacité légitimant son adoption généralisée.

3.1.2 Les implications des résultats pour la pratique

Les intervenants et gestionnaires présents ont été invités à partager leur point de vue sur les implications des résultats sur la pratique. La discussion qui a eu lieu s'est déclinée en deux grands thèmes : l'organisation et l'offre de services pour les usagers à risque de revenir en traitement à de multiples reprises et l'identification de ce type d'utilisateur.

Organisation des services

S'inspirant des éléments prometteurs des modèles présentés, une convergence d'opinion s'est dégagée autour de la nécessité d'instaurer pour les usagers qui reviennent en traitement une approche globale (de type « gestion de cas »).

Des éléments concrets ont émergé de la discussion quant à l'articulation d'une telle approche. Notamment, il a été question d'une prise en compte de la globalité de l'utilisateur (logement, emploi, niveau de fonctionnement psychosocial, entourage, etc.) et de l'organisation de l'offre de services et du traitement en conséquence. Non dissocié de ce premier élément est le nécessaire ajustement de l'offre de services suite à l'évaluation initiale afin de ne pas offrir les mêmes plans d'interventions aux usagers qui reviennent en traitement. D'un point de vue global, plusieurs se sont prononcés en faveur d'une intégration des

²² Adulte et justice (n=9); Adulte et parentalité (n = 5); Urgence/désintoxication (n = 2); Accès (n = 2); Clinique Cormier-Lafontaine (n = 2); Jeunesse (n = 2); Soutien et intégration (n = 2); Liaison (n = 1).

services et d'une approche multidisciplinaire afin d'éviter une « compartimentalisation » des interventions et les bris dans les trajectoires des usagers. En effet, selon certaines personnes présentes, ces deux éléments seraient en partie responsables des abandons de certains usagers (qui risquent conséquemment de revenir en traitement). D'autres ont également mis de l'avant la nécessaire collaboration avec les services en santé mentale. En outre, une telle collaboration permettrait de mieux répondre aux besoins des usagers souffrant de troubles concomitants en traitant les troubles de santé mentale qui pourraient être sous-jacents ou à tout le moins contributifs aux rechutes de ces usagers. Toutefois, les défis majeurs reliés à la mise en œuvre d'une telle réorganisation de l'offre de services n'ont pas échappé à plusieurs. En effet, il a été fait mention des ressources considérables et de la collaboration inter-programmes et inter-services importante qu'une telle mise en œuvre implique.

Identification des usagers à risque de revenir en traitement

L'identification des usagers à risque de revenir en traitement est indissociable d'une organisation des services et d'un ajustement des traitements pour ce type d'utilisateur. En effet, pour ajuster l'offre de services afin de prévenir les retours en traitement, l'on doit être en mesure de mieux identifier ceux susceptibles d'emprunter une telle trajectoire. Il est donc peu surprenant que ce thème a accaparé une part importante des discussions de la demi-journée. À cet égard, deux tendances ont caractérisé les échanges entourant ce thème. Si certaines voix se sont prononcées en faveur d'un développement d'outils (qui reposent sur des prédicteurs ou indicateurs) afin d'identifier les usagers qui risquent de revenir en traitement, d'autres se sont plutôt prononcées en faveur d'une identification qui repose sur le jugement clinique des intervenants (p.ex. lors de l'évaluation initiale). Sans être en mesure d'établir de lien direct, il est intéressant de souligner que les positions des intervenants différaient selon leur milieu d'intervention. En effet, ceux pratiquants dans des contextes de traitement de type aigu/de crise (par exemple Urgence/désintoxication, itinérance) étaient favorables au développement d'outils d'identification, alors que ceux pratiquants dans des contextes de traitement à court et moyen terme (par exemple, programme Adulte et parentalité, Jeunesse, etc.) étaient plutôt protagonistes de la seconde tendance.

Nonobstant les divergences quant aux moyens d'identifier les usagers à risque de revenir en traitement, un consensus s'est dégagé quant à la nécessité d'identifier de façon précoce ces usagers.

3.2 RENCONTRE AVEC LE COMITÉ DE SUIVI (7 FÉVRIER 2017)

Une rencontre a été organisée avec le comité de suivi afin de présenter les résultats des revues de littérature ainsi que les thèmes et éléments soulevés par les intervenants lors de la demi-journée de réflexion. Les discussions qui y ont eu lieu auront permis de dégager quelques constats globaux sur les implications des résultats pour la pratique.

3.2.1 Constats globaux

Étude 1 : Les résultats de la méta-analyse sur la rémission en traitement des personnes avec un TUS ont mis au jour la longue durée des parcours de rémission pour une portion considérable des personnes affectées par un TUS. Ces résultats se reflètent dans la réalité québécoise (notamment dans les CRD).

Étude 2 : Tout en mettant au jour des éléments prometteurs (tels l'intégration des services, la multidisciplinarité et une composante gestion de cas), les résultats portant sur l'efficacité des modèles conçus selon la perspective de la chronicité ou destinés aux

personnes qui reviennent en traitement n'ont pas permis de dégager un modèle qui pourrait être appliqué dans le contexte québécois. En effet, en l'absence de modèle qui se démarque en terme d'efficacité, ces résultats ont conduit les membres du comité de suivi à privilégier des pistes de recommandations qui portent sur le réaménagement des services existant plutôt que de privilégier la mise en œuvre de programmes dédiés aux usagers qui reviennent en traitement à de multiples occasions. Cette voie est d'autant plus réaliste pour les CRD éloignés des centres urbains où le déploiement de programmes ciblés ne serait pas envisageable en raison des ressources limitées.

Toutefois, il a été souligné que les discussions entourant la réorganisation des services pour mieux répondre aux besoins des personnes qui reviennent en traitement serait mieux éclairées si des données existaient sur les trajectoires des personnes qui réussissent à se sortir d'une trajectoire de dépendance. Cette thématique a par ailleurs été suggérée comme piste de recherche future. La discussion a néanmoins permis de dégager un certain consensus quant aux éléments qui devraient guider une réorganisation des services.

3.2.2 Vers une adaptation des services pour mieux prévenir les multiples retours en traitement

Les principes devant guider l'adaptation des services se sont rapidement dégagés lors de la discussion et reflètent les éléments prometteurs que contenaient les modèles présentés. Ils sont:

- La concrétisation d'une **intégration des services**
- La **multidisciplinarité** (par exemple, santé mentale et dépendance)
- Une **approche centrée sur l'individu et multidimensionnelle** (qui tient compte de toutes les dimensions de l'individu)

Il est vite apparu que de tels principes, reposant sur des bonnes pratiques, sont connus et reconnus depuis longtemps par différents acteurs du réseau de la santé. L'enjeu en est donc un de mise en application efficace de ces principes. À cet égard, les suggestions émises lors de la rencontre se déploient à deux niveaux de l'organisation des services : au niveau clinico-administratif et au niveau de la pratique clinique.

En ce qui concerne le **niveau clinico-administratif**, la mise en application de ces principes demande d'emblée une vision d'ensemble qui englobe les différents services. Cela passe en outre par l'adoption d'un langage commun et d'un cadre où les mandats et rôles de chacun des services sont clairement établis et compris mutuellement.

Certains acteurs autour de la table ont en outre fait part d'initiatives concrètes qui permettent d'opérationnaliser les principes énumérés ci-dessus. Entre autres, dans la région de l'Estrie, la mise en place d'un guichet intégré « Santé mentale et dépendance » a été citée comme un exemple d'une pratique aux résultats prometteurs. L'objectif étant d'évaluer les besoins globaux des usagers et de répondre à ceux-ci de façon concertée (et non uniquement focaliser sur une dimension de leur problématique). Une telle approche permet d'effectuer un travail en amont qui réduit la discontinuité dans les trajectoires de soin.

L'offre de services doit également faire l'objet d'un meilleur arrimage. Par exemple, il a été fait mention au cours de la rencontre d'un travail de collaboration interprofessionnelle dans la région de Lanaudière, vue comme porteuse de résultats positifs. Des équipes de liaison de ce CRD agissent sur la base de collaborations bien établies dans les deux urgences physiques et psychiatriques des deux centres hospitaliers du territoire. À d'autres niveaux, des modalités d'intervention collaboratives incluent la

mise en place d'une démarche interdisciplinaire et l'emploi d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII). Une telle démarche est menée par l'intervenant pivot ou en gestion de cas, avec l'utilisation d'un plan de services individualisé. La démarche interdisciplinaire est plutôt intra Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), mais peut être inter-secteurs. La gestion de cas implique une coordination intense des nombres de services intra et extra CISSS. Peu importe la démarche, l'objectif est la globalité des besoins de la clientèle qui appelle une réponse également globale et complète qui nécessite cet arrimage qui fait souvent défaut.

En bref, il est globalement ressorti de la discussion qu'une approche intégrée, multidisciplinaire et centrée sur l'individu requiert une coordination à tous les niveaux : inter-équipe et services, mais aussi intra-équipes et services.

Au **niveau de la pratique clinique**, des réflexions ont porté sur l'évaluation et le rôle du spécialiste en activité clinique.

L'évaluation permet la prise en compte globale de l'ensemble des dimensions bio-psycho-sociales. Elle est considérée comme un pilier de l'intervention et un processus continu duquel un plan individualisé peut être développé. Il s'agirait donc de '*remettre l'évaluation au cœur du plan d'intervention*'. Les pratiques relatives à l'évaluation pourraient être revues, notamment afin de réduire les redondances et permettre un meilleur partage d'information. Par ailleurs, les évaluations et les plans d'interventions qui en découlent doivent mieux tenir compte des limites de l'utilisateur, que ce soit au plan des capacités cognitives, d'apprentissages ainsi que toute autre limite liée, par exemple, aux troubles du spectre de l'autisme, déficit d'attention, etc.

Parmi les forces en soutien à la pratique clinique, les superviseurs cliniques constituent des 'leviers' précieux. Il importerait de porter l'importance de ce rôle à l'attention des décideurs et des administrateurs. Ce rôle de superviseur est central dans le soutien aux intervenants et dans l'évitement des discontinuités et des approches non-intégrées. Il pourrait également alléger le fardeau des intervenants à qui l'on demande de mettre en œuvre « les meilleures pratiques ». La conduite d'études d'implantation de ces pratiques est suggérée.

Le second grand enjeu discuté lors de la rencontre du comité de suivi est le thème sous-jacent aux discussions concernant la réorganisation des services pour mieux prévenir les rechutes, soit la question de l'identification des usagers « à risque » de revenir en traitement à de multiples reprises.

3.2.3 Identification des clientèles « à risque »

Une identification précoce des usagers à risque de connaître de multiples rechutes permettrait le développement d'un plan d'intervention adapté et apte à éviter ou à tout le moins à réduire de telles rechutes. Par contre, une telle identification est complexe, notamment en raison de la diversité des contextes d'intervention (par exemple, contextes d'urgence par opposition aux contextes de traitement à plus long terme), l'absence d'outils d'identification appropriés à cette fin et les spécificités des situations vécues par les usagers (par exemple, une rechute peut faire partie du processus conduisant à une rémission à long terme).

Il n'en demeure pas moins que l'identification des clientèles à risque de connaître de multiples rechutes permettrait entre autres d'offrir un accompagnement ou des services en vue d'éviter ou de réduire de telles rechutes. À ce sujet, les indicateurs, prédicteurs et jugements cliniques ont retenu l'attention des participants. Si pour certains pourrait être utile pour les équipes d'intervention de disposer d'une grille d'indicateurs afin de guider l'identification de la population présentant un parcours de

chronicité ou à risque, pour d'autres, cette dernière ne peut pas remplacer le jugement clinique. Pour ces derniers, c'est plutôt une approche holistique qui peut permettre de saisir des éléments à même d'identifier les parcours potentiels de chronicité dans les troubles liés à la consommation. De tels indicateurs, observables en contexte clinique incluent : le niveau d'espoir, le niveau de désaffiliation et le sentiment d'efficacité personnelle.

Ainsi, aucun consensus n'a émergé au sujet des moyens d'identifier les usagers à risque de revenir en traitement ni même de savoir si une telle identification peut se faire, car l'état des connaissances ne permet pas de statuer à ce sujet. Par contre, l'importance d'explorer la possibilité d'identifier précocement les usagers à risque de connaître de multiples rechutes a pour sa part fait l'objet d'un consensus.

PARTIE 4 :
CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Le présent rapport vise à synthétiser deux revues systématiques de la littérature qui se sont intéressées à l'évolution des TUS et à leurs traitements. Ces deux revues ont été réalisées parallèlement, par deux équipes de projet différentes.

La première portait sur l'évolution à long terme des TUS, et avait pour objectif de répondre aux questions suivantes :

- Quelle est la proportion de personnes suivies pouvant atteindre la rémission d'un TUS (alcool et/ou drogues illicites)? Quelle est la durée moyenne de consommation de substances avant d'atteindre la rémission?
- Quelles sont les caractéristiques des études de suivi ou des participants qui expliquent les variations observées dans les taux de rémission entre les études?

L'analyse de la littérature basée sur l'analyse quantitative des données de 21 documents retenus dans le cadre de la première revue de la littérature portant sur l'évolution à long terme des TUS, retrouve :

- Un tiers à la moitié de personnes avec un TUS atteignent la rémission, et ceci après une période moyenne de suivi de 17 ans, selon que l'on considère ou pas l'attrition des échantillons.
- Pour plus de deux tiers des personnes, la durée moyenne de consommation avant la rémission est de 14 ans; cette durée moyenne de la consommation avant la rémission est généralement plus longue pour l'alcool par rapport aux substances illégales (drogues).
- Les taux de rémission annualisés indiquent que peu de personnes ayant des TUS se rétablissent par année, soit entre une personne sur 10 à une sur 15 par an.
- Les études faisant état des taux de rémission les plus élevés sont celles ayant les plus longues durées de suivi et celles rapportant les taux de rétention des échantillons les plus faibles.

Ces éléments nous amènent à conclure que les résultats de cette revue de littérature soutiennent la thèse selon laquelle les TUS sont plus susceptibles d'être des troubles de longue durée ou « chroniques » que des troubles aigus pour un nombre important de personnes.

Ces résultats devraient être interprétés en considérant les limites des études retenues pour la revue de littérature, et qui ont été discutées précédemment. De plus, l'absence de données sur certains facteurs pouvant expliquer les variations des taux de rémission entre les études, et pour lesquelles il n'a pas été possible de faire des analyses, nous pousse à interpréter avec prudence la non-signification de certains résultats.

La seconde revue systématique portait sur l'efficacité des modèles selon la perspective de la chronicité ou destinés aux personnes qui reviennent en traitement. Elle avait pour objectif de répondre à la question décisionnelle suivante :

- Quels sont les différents modèles et modalités d'offre de services pour les adultes aux prises avec un TUS et ayant un historique de multiples réadmissions en traitement ?

Elle a permis d'identifier 16 études portant sur les populations ayant un TUS alcool et/ou drogues. Ces modèles ont été regroupés en quatre groupes en fonction de leur durée, intensité et composantes.

Parmi ceux-ci, moins d'un tiers étaient spécifiquement destinés aux clientèles revenant en traitement. La plupart des modèles de ce groupe semblent prometteurs pour ces clientèles spécifiques, ils ont en commun le fait d'être des modèles intégrés, de longue durée, multi-composantes, multidisciplinaires et faisant appel à la gestion de cas. Ces modèles considérés comme prometteurs requièrent cependant des ressources humaines et financières considérables, il apparaît donc important d'identifier adéquatement les clientèles spécifiques qui pourraient bénéficier d'une telle approche.

En ce qui concerne les modèles destinés à tous, il est difficile d'établir à quoi sont dus les bons résultats de certains par rapport à d'autres. Ils semblent notamment aussi efficaces indépendamment de leur intensité. Des recherches seraient nécessaires afin de comparer différentes durées et intensités du même modèle pour connaître les conditions optimales requises. Par ailleurs, plusieurs de ces études excluaient les participants potentiels n'ayant pas terminé leur traitement initial, écartant de facto les profils les plus sévères. Enfin peu d'entre elles ont cherché à savoir à qui ils bénéficiaient le plus. Ces différents éléments induisent le fait qu'il est difficile de savoir si ces modèles sont efficaces pour les personnes qui reviennent en traitement.

RECOMMANDATIONS

En s'appuyant sur les données collectées et analysées dans le cadre des deux revues de littérature présentées dans ce rapport et compte tenu de l'absence dans la littérature de données pouvant permettre de dégager un modèle qui pourrait être appliqué au Québec, l'Institut universitaire sur les dépendances émet comme recommandation principale de :

- Réfléchir à une offre de services qui tienne compte des points communs identifiés dans les modèles prometteurs conçus pour les personnes qui reviennent en traitement à savoir, l'intégration des services, la multidisciplinarité, et des traitements à intensité variable s'échelonnant sur le long terme (voire d'une durée illimitée).

Celle-ci impose l'élaboration de recommandations portant sur les avenues de recherche à prioriser, qui sont :

- Identifier les caractéristiques socio-démographiques et cliniques associées à l'évolution à long terme des TUS.
- Analyser parmi les modèles efficaces les facteurs (composantes, durée, intensité, etc.) qui contribuent aux résultats positifs de ces modèles et mieux identifier pour quel type de population ces modèles sont les plus efficaces.

Par ailleurs, les deux activités de dissémination et discussions des résultats avec des parties prenantes du milieu de la pratique ont permis de dégager des pistes de réflexions pouvant guider l'articulation de la mise en œuvre de la recommandation principale émanant de la présente ETMI.

PISTES DE RÉFLEXION

Autant les discussions ayant eu lieu lors de la demi-journée de réflexion avec les intervenants que celles ayant eu lieu lors du comité de suivi se sont déclinées en deux grands thèmes : l'organisation et l'offre de services pour les usagers à risque de revenir en traitement à de multiples reprises; et l'identification de ce type d'utilisateur.

1) L'organisation des services pour mieux prévenir les multiples retours en traitement

L'organisation des services serait guidée par les principes d'intégration et de multidisciplinarité (par exemple, santé mentale et dépendance) dans le cadre d'approche centrée sur l'individu (de type « gestion de cas ») et multidimensionnelle (qui tient compte de toutes les dimensions de l'individu). Cette organisation des services pourrait se faire tant au niveau clinico-administratif que de la pratique clinique.

Au niveau clinico-administratif, la mise en place de guichet intégré « Santé mentale et dépendance » ayant pour mission d'évaluer les besoins globaux des usagers et d'y répondre de façon concertée (et non uniquement focalisée sur une dimension de leur problématique) est une avenue prometteuse. En outre, une telle approche permet d'effectuer un travail en amont qui réduit la discontinuité dans les trajectoires de soin.

Une autre piste prometteuse serait la mise en place d'équipes de liaison qui assurent un arrimage entre différents services et professionnels. Ces équipes agiraient sur la base de collaborations entre les services de dépendance, de santé mentale et de réinsertion sociale. L'objectif serait ici la mise en place d'une démarche interdisciplinaire et l'emploi d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) qui s'adresse à la globalité des besoins des usagers. Une telle démarche pourrait être menée par un intervenant pivot ou un intervenant en gestion de cas.

Au niveau de la pratique clinique, l'une des pistes proposées est celle de remettre l'évaluation au cœur du plan d'intervention, en ce sens que ce moment clé permet d'évaluer et identifier précocement les besoins globaux des usagers, ce qui peut permettre de réduire les rechutes futures potentielles. C'est par ailleurs à ce moment que l'on peut faire appel à d'autres services et professionnels afin d'impliquer ces derniers dès le début de la trajectoire de l'utilisateur et ainsi éviter le travail en silo et les discontinuités et les bris de services. Enfin, une telle démarche demande néanmoins des ressources pour soutenir les intervenants, tel qu'un superviseur clinique, un intervenant pivot ou un gestionnaire de cas.

2) Identification des clientèles « à risque »

La capacité d'identifier le plus tôt possible la clientèle « à risque » de suivre une trajectoire à caractère chronique ou caractérisée par de multiples rechutes a été mentionnée comme piste à explorer. En effet, cela permettrait entre autres d'élaborer un plan d'intervention spécifique pour ce type d'utilisateur, et ainsi mieux outiller ce dernier pour éviter les rechutes ou en limiter le nombre. Par contre, étant donné que l'état actuel des connaissances ne permet pas de déterminer si une telle identification est possible, une recherche préliminaire de faisabilité de développer des outils ou moyens d'identification serait à prévoir.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- American Medical Association Committee on Alcoholism and Drug Dependence. (1970). Recovery from drug dependence. *Journal of the American Medical Association*, 214(3), 579. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.1970.03180030097021>
- American Psychiatric Association. (1998). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: DSM-IV-TR*. Washington, DC: L'auteur.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ieme éd.). Washington, DC: L'auteur.
- American Psychiatric Association. (2013). Substance-related and addictive disorders *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5ieme éd.). Washington, DC: L'auteur.
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). (2011). Public Policy Statement: Definition of Addiction. Repéré le 6 juin 2016 à <http://www.asam.org/quality-practice/definition-of-addiction>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Armor, D. J., Polich, J. M., et Stambul, H. B. (1978). *Alcoholism and treatment* (Vol. 232). New York: Wiley.
- Arria, A. M., et McLellan, A. T. (2012). Evolution of concept, but not action, in addiction treatment. *Substance Use & Misuse*, 47(8-9), 1041-1048. <https://doi.org/10.3109/10826084.2012.663273>
- Beck, F. et Richard, J.-B. (2012). Épidémiologie de l'alcoolisation. *EMC Endocrinologie-Nutrition*, 10(1), 384-B-310. [https://doi.org/10.1016/S1155-1941\(12\)51279-5](https://doi.org/10.1016/S1155-1941(12)51279-5)
- Best, D. W. et Lubman, D. I. (2012). The recovery paradigm: A model of hope and change for alcohol and drug addiction. *Australian Family Physician*, 41(8), 593-597.
- Biernacki, P. (1986). *Pathways from heroin addiction: Recovery without treatment*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Bischof, G., Rumpf, H., Myer, C., Hapke, U. et John, U. (2004). What triggers remission without formal help from alcohol dependence? Findings from the TACOS-Study. Dans P. Rosenqvist, J. Blomqvist, A. Koski-Jannes et L. Ojesjo (dir.), *Addiction and life course* (p. 85-101). Helsinki, Finland: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- Blodgett, J. C., Maisel, N. C., Fuh, I. L., Wilbourne, P. L. et Finney, J. W. (2014). How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2), 87-97. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.08.022>
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T. et Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness. Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(3), 141-159. <https://doi.org/10.2165/00115677-200109030-00003>
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T. et Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to meta-analysis*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Brecher, E. M. (1972). *Licit and illicit drugs; The Consumers Union Report on narcotics, stimulants, depressants, inhalants, hallucinogens, and marijuana—including caffeine, nicotine, and alcohol* (1 ed.). Boston, MA: Little, Brown.
- Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K. et Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010-1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>
- Cacciola, J. S., Camilleri, A. C., Carise, D., Rikoon, S. H., McKay, J. R., McLellan, A. T., . . . Schwarzlose, J. T. (2008). Extending residential care through telephone counseling: Initial results from the Betty Ford Center Focused Continuing Care protocol. *Addictive Behaviors*, 33(9), 1208-1216. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.05.004>

- Calabria, B., Degenhardt, L., Briegleb, C., Vos, T., Hall, W., Lynskey, M., . . . McLaren, J. (2010). Systematic review of prospective studies investigating "remission" from amphetamine, cannabis, cocaine or opioid dependence. *Addictive Behaviors*, 35(8), 741-749. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.03.019>
- Canadian Centre for Addiction and Mental Health et Centre St-Joseph. (2010). Quels sont les critères établis par le DSM-IV pour définir la toxicomanie ? Trousse d'outils sur la toxicomanie - Soins primaires. https://knowledgex.camh.net/fr/primary_care/addiction_toolkit/fundamentals/Pages/faq_dsmiv_criteria.aspx
- Carroll, K. M. et Rounsaville, B. J. (2003). Bridging the gap: A hybrid model to link efficacy and effectiveness research in substance abuse treatment. *Psychiatric Services*, 54(3), 333-339. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.3.333>
- Center for Substance Abuse Treatment. (2000). Comprehensive case management for substance abuse treatment *Treatment Improvement Protocol (TIP)*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, U.S. Department of Health and Human Services.
- Chassin, L., Fora, D. B. et King, K. M. (2004). Trajectories of alcohol and drug use and dependence from adolescence to adulthood: The effects of familial alcoholism and personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(4), 483-498. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.4.483>
- Chi, F. W. et Weisner, C. M. (2008). Nine-year psychiatric trajectories and substance use outcomes: An application of the group-based modeling approach. *Evaluation Review*, 32(1), 39-58. <https://doi.org/10.1177/0193841X07307317>
- Chi, F. W., Parthasarathy, S., Mertens, J. R. et Weisner, C. M. (2011). Continuing care and long-term substance use outcomes in managed care: Early evidence for a primary care-based model. *Psychiatric Services*, 62(10), 1194-1200. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.62.10.1194>
- Collin, C. (2006). L'abus des substances psychoactives et la politique publique au Canada : III. Notions essentielles. Ottawa, Ontario: Parlement du Canada, Division des affaires politiques et sociales.
- Connor, J. P., Gullo, M. J., White, A. et Kelly, A. B. (2014). Polysubstance use: Diagnostic challenges, patterns of use and health. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(4), 269-275. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000069>
- Cottrell, D., Childs-Clarke, A. et Ghodse, A. H. (1985). British opiate addicts: An 11-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 146(4), 448-450. <https://doi.org/10.1192/bjp.146.4.448>
- Cranford, J. A., Krentzman, A. R., Mowbray, O. et Robinson, E. A. R. (2014). Trajectories of alcohol use over time among adults with alcohol dependence. *Addictive Behaviors*, 39(5), 1006-1011. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.02.009>
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). (2015). Critical Appraisal Skills Programme, learning resources: Cohort studies. Repéré le 2 mars 2015 à <http://www.casp-uk.net/~!casp-tools-checklists/c18f8>
- Cullen, W., O'Brien, S., O'Carroll, A., O'Kelly, F. D. et Bury, G. (2009). Chronic illness and multimorbidity among problem drug users: A comparative cross sectional pilot study in primary care. *BMC Family Practice*, 10(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-25>
- Darke, S., Ross, J., Mills, K. L., Williamson, A., Havard, A. et Teesson, M. (2007). Patterns of sustained heroin abstinence amongst long-term, dependent heroin users: 36 months findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Addictive Behaviors*, 32(9), 1897-1906. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.01.014>
- Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Ruan, W. J. et Grant, B. F. (2012). Correlates of recovery from alcohol dependence: A prospective study over a 3-year follow-up interval. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 36(7), 1268-1277. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01729.x>
- De Soto, C. B., O'Donnell, W. E. et De Soto, J. L. (1989). Long-term recovery in alcoholics *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 13(5), 693-697. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1989.tb00406.x>
- Delucchi, K. L., Matzger, H. et Weisner, C. (2004). Dependent and problem drinking over 5 years: A latent class growth analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 74(3), 235-244. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2003.12.014>
- Dennis, M. L. et Scott, C. K. (2012). Four-year outcomes from the Early Re-Intervention (ERI) experiment using Recovery

- Management Checkups (RMCs). *Drug and Alcohol Dependence*, 121(1-2), 10-17.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.07.026>
- Dennis, M. L., Foss, M. A. et Scott, C. K. (2007). An eight-year perspective on the relationship between the duration of abstinence and other aspects of recovery. *Evaluation Review*, 31(6), 585-612. <https://doi.org/10.1177/0193841x07307771>
- 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 Suppl 1(2), 51-62. <https://doi.org/10.1016/j.isat.2004.10.013>
- Dennis, M., Scott, C. K. et Funk, R. (2003). An experimental evaluation of recovery management checkups (RMC) for people with chronic substance use disorders. *Evaluation and Program Planning*, 26(3), 339-352. [http://dx.doi.org/10.1016/S0149-7189\(03\)00037-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0149-7189(03)00037-5)
- Duval, S. et Tweedie, R. (2000a). A nonparametric "Trim and Fill" method of accounting for publication bias in meta-analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 95(449), 89-98. <https://doi.org/10.2307/2669529>
- Duval, S. et Tweedie, R. (2000b). Trim and fill: A simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics*, 56(2), 455-463. <https://doi.org/10.1111/j.0006-341X.2000.00455.x>
- Éduc'alcool. (2005). Alcool et santé. Les effets de la consommation modérée et régulière d'alcool. Québec : Éduc'alcool.
- Edwards, G. (1989). As the years go rolling by. Drinking problems in the time dimension. *The British Journal of Psychiatry*, 154(1), 18-26. <https://doi.org/10.1192/bjp.154.1.18>
- Edwards, G., Orford, J., Egert, S., Guthrie, S., Hawker, A., Hensman, C., . . . Taylor, C. (1977). Alcoholism: A controlled trial of "treatment" and "advice". *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 38(5), 1004-1031.
<https://doi.org/10.15288/jsa.1977.38.1004>
- El-Guebaly, N. (2012). The meanings of recovery from addiction: Evolution and promises. *Journal of Addiction Medicine*, 6(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1097/ADM.0b013e31823ae540>
- Emrick, C. D. (1974). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. The use and interrelationship of outcome criteria and drinking behaviour following treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35(2), 523-549.
- Feuerlein, W. (1984). Langzeitverläufe bei Alkoholikern [Longterm course in alcoholics] Dans K. Krypsin-Exner, H. Hinterhuber et I. Schubert (dir.), *Langzeittherapie Psychiatrischer Erkrankungen [Long-Term Therapy for Psychiatric Diseases]* (p. 40-54). Stuttgart: Schattauer.
- Fillmore, K. M. (1987). Women's drinking across the adult life course as compared to men's. *British Journal of Addiction*, 82(7), 801-811. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1987.tb01547.x>
- Finney, J. W., Moos, R. H. et Timko, C. (2013). The course of treated and untreated substance use disorders: Remission and resolution, relapse and mortality. Dans B. S. McCrady et E. Epstein (dir.), *Addictions: A Comprehensive Guidebook* (2 ed., p. 108-131). New York, NY: Oxford University Press.
- 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(1), 293-306.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.625>
- Galai, N., Safaeian, M., Vlahov, D., Bolotin, A. et Celentano, D. D. (2003). Longitudinal patterns of drug injection behavior in the ALIVE Study cohort, 1988-2000: Description and determinants. *American Journal of Epidemiology*, 158(7), 695-704.
<https://doi.org/10.1093/aje/kwg209>
- Galea, S. et Tracy, M. (2007). Participation rates in epidemiologic studies. *Annals of Epidemiology*, 17(9), 643-653.
<https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2007.03.013>
- Gerstein, D. R., Datta, A. R., Ingels, J. S., Johnson, R. A., Rasinski, K. A., Schildhaus, S., . . . Collins, J. S. (1997). National Treatment Improvement Evaluation Study, Final report. Submitted to the Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Chicago, IL: National Opinion Research Center at the

University of Chicago.

- Gold, P. B., Meisler, N., DuRoss, D. et Bailey, L. (2004). Employment outcomes for hard-to-reach persons with chronic and severe substance use disorders receiving assertive community treatment. *Substance Use and Misuse*, 39(13-14), 2425-2489. <https://doi.org/10.1081/JA-200034667>
- Gomberg, E. S. (1995). Older women and alcohol. Use and abuse. Dans M. Galanter, H. Begleiter, R. Deitrich, D. Gallant, D. Goodwin, E. Gottheil, A. Paredes, M. Rothschild, D. Van Thiel et H. Edwards (dir.), *Recent Developments in Alcoholism* (p. 61-79). New York, NY: Plenum Press.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. et Kidd, T. (2003). The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*, 98(3), 291-303. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00296.x>
- Granfield, R. et Cloud, W. (1999). *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. New York, NY: New York University Press.
- Grella, C. E., Stein, J. A., Weisner, C., Chi, F. et Moos, R. (2010). Predictors of longitudinal substance use and mental health outcomes for patients in two integrated service delivery systems. *Drug and Alcohol Dependence*, 110(1-2), 92-100. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.02.013>
- Gual, A., Bravo, F., Lligoña, A. et Colom, J. (2009). Treatment for alcohol dependence in Catalonia: Health outcomes and stability of drinking patterns over 20 Years in 850 patients. *Alcohol and Alcoholism*, 44(4), 409-415. <https://doi.org/10.1093/alcalc/aqp032>
- Harrington, P. et Cox, T. J. (1979). A twenty-year follow-up of narcotic addicts in Tucson, Arizona. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 6(1), 25-37. <https://doi.org/10.3109/00952997909007030>
- Hasin, D. S., Van Rossem, R., McCloud, S. et Endicott, J. (1997). Differentiating DSM-IV alcohol dependence and abuse by course: Community heavy drinkers. *Journal of Substance Abuse*, 9, 127-135. [https://doi.org/10.1016/S0899-3289\(97\)90011-0](https://doi.org/10.1016/S0899-3289(97)90011-0)
- Hatsukami, D. K., Stead, L. F. et Gupta, P. C. (2008). Tobacco addiction. *Lancet*, 371(9629), 2027-2038. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60871-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60871-5)
- Heyman, G. M. (2013). Quitting drugs: Quantitative and qualitative features. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 29-59. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143041>
- Higgins, J. P. T., Thompson, S. G., Deeks, J. J. et Altman, D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *British Medical Journal*, 327(7414), 557-560. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557>
- Hser, Y. I. (2007). Predicting long-term stable recovery from heroin addiction: Findings from a 33-year follow-up study. *Journal of Addictive Diseases*, 26(1), 51-60. https://doi.org/10.1300/J069v26n01_07
- Hser, Y. I., Anglin, D. et Powers, K. (1993). A 24-year follow-up of California narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry*, 50(7), 577-584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820190079008>
- Hser, Y. I., Evans, E., Grella, C., Ling, W. et Anglin, D. (2015). Long-term course of opioid addiction. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(2), 76-89. <https://doi.org/10.1097/hrp.000000000000052>
- Hser, Y. I., Evans, E., Huang, D., Brecht, M. L. et Li, L. (2008). Comparing the dynamic course of heroin, cocaine, and methamphetamine use over 10 years. *Addictive Behaviors*, 33(12), 1581-1589. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.07.024>
- Hser, Y. I., Huang, D., Teruya, C. et Douglas Anglin, M. (2003). Gender comparisons of drug abuse treatment outcomes and predictors. *Drug and Alcohol Dependence*, 72(3), 255-264. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2003.07.005>
- Hunter, J. E. et Schmidt, F. L. (2015). *Methods of meta-analysis: Correcting error and bias in research findings*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Hyman, S. M., Garcia, M. et Sinha, R. (2006). Gender specific associations between types of childhood maltreatment and the onset, escalation and severity of substance use in cocaine dependent adults. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32(4), 655-664. <https://doi.org/10.1080/10623320600919193>
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2013). *Les normes de production des revues systématiques. Guide méthodologique. Document rédigé par Valérie Martin et Jolianne Renaud sous la direction de Pierre Dagenais*. Montréal, QC: INESSS.
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). (2016). Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et dépendance. Avis rédigé par Sébastien O'Neill et Micheline Lapalme. *ETMIS* (Vol. 12, n° 1, p. 1-83).
- Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., . . . Miettunen, J. (2012). A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1296-1306. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs130>
- Jin, H., Rourke, S. B., Patterson, T. L., Taylor, M. J. et Grant, I. (1998). Predictors of relapse in long-term abstinent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(6), 640-646. <https://doi.org/10.15288/jsa.1998.59.640>
- Kalaydjian, A., Swendsen, J., Chiu, W. T., Dierker, L., Degenhardt, L., Glantz, M., . . . Kessler, R. (2009). Sociodemographic predictors of transitions across stages of alcohol use, disorders, and remission in the National Comorbidity Survey Replication. *Comprehensive Psychiatry*, 50(4), 299-306. <https://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.09.012>
- Kelly, J. F. et White, W. L. (dir.). (2011). *Addiction recovery management: Theory, research and practice*. Humana Press.
- Kimberlin, C. L. et Winterstein, A. G. (2008). Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65(23), 2276-2284. <https://doi.org/10.2146/ajhp070364>
- King, B., Kaplan, S. et Hofstedt, T. (2010). A field experiment in capitated payment systems and recovery management: The women's recovery association pilot study. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(Supplement 6), 287-293. <https://doi.org/10.1080/02791072.2010.10400552>
- Larm, P., Hodgins, S., Larsson, A., Samuelson, Y. M. et Tengstrom, A. (2008). Long-term outcomes of adolescents treated for substance misuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 96(1-2), 79-89. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.01.026>
- Lash, S. J., Timko, C., Curran, G. M., McKay, J. R. et Burden, J. L. (2011). Implementation of evidence-based substance use disorder continuing care interventions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 238-251. <https://doi.org/10.1037/a0022608>
- Laudet, A. B. et Humphreys, K. (2013). Promoting recovery in an evolving policy context: What do we know and what do we need to know about recovery support services? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45(1), 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.01.009>
- Laudet, A. B., Savage, R. et Mahmood, D. (2002). Pathways to long-term recovery: A preliminary investigation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(3), 305-311. <https://doi.org/10.1080/02791072.2002.10399968>
- Lenaerts, E., Mathei, C., Matthys, F., Zeeuws, D., Pas, L., Anderson, P. et Aertgeerts, B. (2014). Continuing care for patients with alcohol use disorders: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 135(1), 9-21. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.10.030>
- Lipsky, S., Krupski, A., Roy-Byrne, P., Lucenko, B., Mancuso, D. et Huber, A. (2010). Effect of co-occurring disorders and intimate partner violence on substance abuse treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(3), 231-244. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2009.12.005>
- Liu, X. et Kaplan, H. B. (1996). Gender related differences in circumstances surrounding initiation and escalation of alcohol and other substance use/abuse. *Deviant Behavior*, 17(1), 71-106. <https://doi.org/10.1080/01639625.1996.9968015>
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Cacho, R. et Arteaga, A. (2014). Profile of addicted patients who reenter treatment programs. *Substance Abuse*, 35(2), 176-183. <https://doi.org/10.1080/08897077.2013.826614>

- Lopez-Quintero, C., Hasin, D. S., de Los Cobos, J. P., Pines, A., Wang, S., Grant, B. F. et Blanco, C. (2011). Probability and predictors of remission from life-time nicotine, alcohol, cannabis or cocaine dependence: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Addiction*, 106(3), 657-669. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03194.x>
- Maddux, J. F. et Desmond, D. P. (1980). New light on the maturing out hypothesis in opioid dependence. *Bulletin on Narcotics*, 32(1), 15-25.
- Mann, K., Schafer, D. R., Langle, G., Ackermann, K. et Croissant, B. (2005). The long-term course of alcoholism, 5, 10 and 16 years after treatment. *Addiction*, 100(6), 797-805. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01065.x>
- Mathers, C. D., Vos, E. T., Stevenson, C. E. et Begg, S. J. (2001). The burden of disease and injury in Australia. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(11), 1076-1084.
- McKay, J. R. (2001). The role of continuing care in outpatient alcohol treatment programs. In M. Galanter (Ed.), *Recent Developments in Alcoholism* (p. 357-372). New York, NY: Plenum Press.
- McKay, J. R. (2006). Continuing care in the treatment of addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*, 8(5), 355-362. <https://doi.org/10.1007/s11920-006-0036-9>
- McKay, J. R. (2009). Continuing care research: What we have learned and where we are going. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 131-145. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.10.004>
- McKay, J. R., Lynch, K. G., Shepard, D. S. et Pettinati, H. M. (2005). The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24-month outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 62(2), 199-207. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.2.199>
- McKay, J. R., Van Horn, D. H. A., Lynch, K. G., Ivey, M., Cary, M. S., Drapkin, M. et Coviello, D. (2014). Who benefits from extended continuing care for cocaine dependence? *Addictive Behaviors*, 39(3), 660-668. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.11.019>
- McKay, J. R., Van Horn, D. H. A., Lynch, K. G., Ivey, M., Cary, M. S., Drapkin, M. L., . . . Plebani, J. G. (2013b). An adaptive approach for identifying cocaine dependent patients who benefit from extended continuing care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1063-1073. <https://doi.org/10.1037/a0034265>
- McKay, J. R., Van Horn, D. H. A., Oslin, D. W., Lynch, K. G., Ivey, M., Ward, K., . . . Coviello, D. M. (2010). A randomized trial of extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: Within-treatment substance use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 912-923. <https://doi.org/10.1037/a0020700>
- McKay, J. R., Van Horn, D., Ivey, M., Drapkin, M. L., Rennert, L. et Lynch, K. G. (2013a). Enhanced continuing care provided in parallel to intensive outpatient treatment does not improve outcomes for patients with cocaine dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(4), 642-651. <https://doi.org/10.15288/jsad.2013.74.642>
- McKay, J. R., Van Horn, D., Oslin, D. W., Ivey, M., Drapkin, M. L., Coviello, D. M., . . . Lynch, K. G. (2011). Extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: 24-month outcomes and subgroup analyses. *Addiction*, 106(10), 1760-1769. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03483.x>
- McKellar, J., Wagner, T., Harris, A., Oehlert, M., Buckley, S. et Moos, R. (2012). One-year outcomes of telephone case monitoring for patients with substance use disorder. *Addictive Behaviors*, 37(10), 1069-1074. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.03.009>
- 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. *Journal of the American Medical Association*, 284(13), 1689-1695. <https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689>
- McLellan, A. T., Starrels, J. L., Tai, B., Gordon, A. J., Brown, R., Ghitza, U., . . . McNeely, J. (2014). Can substance use disorders be managed using the chronic care model? Review and recommendations from a NIDA consensus group. *Public Health Reviews*, 35(2).

- McLellan, A. T., Weinstein, R. L., Shen, Q., Kendig, C. et Levine, M. (2005). Improving continuity of care in a public addiction treatment system with clinical case management. *American Journal on Addictions*, 14(5), 426-440. <https://doi.org/10.1080/10550490500247099>
- Miller, W. R., Leckman, A. L., Delaney, H. D. et Tinkcom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioral self-control training. *Journal of Studies on Alcohol*, 53(3), 249-261. <http://dx.doi.org/10.15288/jsa.1992.53.249>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. et Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
- Moos, R. H. et Moos, B. S. (2007). Treated and untreated alcohol-use disorders: Course and predictors of remission and relapse. *Evaluation Review*, 31(6), 564-584. <https://doi.org/10.1177/0193841X07306749>
- Morgenstern, J., Blanchard, K. A., McCrady, B. S., McVeigh, K. H., Morgan, T. J. et Pandina, R. J. (2006). Effectiveness of intensive case management for substance-dependent women receiving temporary assistance for needy families. *American Journal of Public Health*, 96(11), 2016-2023. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.076380>
- Morgenstern, J., Neighbors, C. J., Kuerbis, A., Riordan, A., Blanchard, K. A., McVeigh, K. H., . . . McCrady, B. (2009). Improving 24-Month abstinence and employment outcomes for substance-dependent women receiving temporary assistance for needy families with intensive case management. *American Journal of Public Health*, 99(2), 328-333. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.133553>
- Moss, H. B., Chen, C. M. et Yi, H. Y. (2010). Prospective follow-up of empirically derived alcohol dependence subtypes in wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol And Related Conditions (NESARC): Recovery status, alcohol use disorders and diagnostic criteria, alcohol consumption behavior, health status, and treatment seeking. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 34(6), 1073-1083. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01183.x>
- Ngui A, Fleury, M.-J., Kairouz, S. et Nadeau, L. (2015). Prévalence et utilisation des services dans le domaine de la consommation des substances psychoactives et du jeu de hasard et d'argent. *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, Édition spéciale : La Face cachée des dépendances, 10(février),12-16.
- Noda, T., Imamichi, H., Kawata, A., Hirano, K., Ando, T., Iwata, Y. et Yoneda, H. (2001). Long-term outcome in 306 males with alcoholism. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55(6), 579-586. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2001.00909.x>
- Nosyk, B., Anglin, M. D., Brecht, M. L., Lima, V. D. et Hser, Y. I. (2013). Characterizing durations of heroin abstinence in the California civil addict program: Results from a 33-year observational cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 177(7), 675-682. <https://doi.org/10.1093/aje/kws284>
- O'Brien, M. S., Wu, L. T. et Anthony, J. C. (2005). Cocaine use and the occurrence of panic attacks in the community: A case-crossover approach. *Substance Use & Misuse*, 40(3), 285-297. <https://doi.org/10.1081/JA-200049236>
- Okruhlica, L., Mihalkova, A., Klempova, D. et Skovayova, L. (2002). Three-Year follow-up study of heroin users in Bratislava. *European Addiction Research*, 8(2), 103-106. <https://doi.org/10.1159/000052061>
- Pendery, M. L., Maltzman, I. M. et West, L. J. (1982). Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. *Science*, 217(4555), 169-175. <https://doi.org/10.1126/science.7089552>
- Penick, E. C., Knop, J., Nickel, E. J., Jensen, P., Manzardo, A. M., Lykke-Mortensen, E. et Gabrielli, W. F., Jr. (2010). Do premorbid predictors of alcohol dependence also predict the failure to recover from alcoholism? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(5), 685-694. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.685>
- Rathod, N. H., Addenbrooke, W. M. et Rosenbach, A. F. (2005). Heroin dependence in an English town: 33-year follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 187(5), 421-425. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.5.421>
- Rehm J, Taylor B et Room R. (2006)Global burden of disease from alcohol, illicit drugs and tobacco. *Drug and Alcohol Review*, 2006, 25(6), 503-13. <https://doi.org/10.1080/09595230600944453>
- Ruetsch, C., Tkacz, J., McPherson, T. L. et Cacciola, J. (2012). The effect of telephonic patient support on treatment for opioid

- dependence: Outcomes at one year follow-up. *Addictive Behaviors*, 37(5), 686-689. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.01.013>
- Saha, S., Barendregt, J. J., Vos, T., Whiteford, H. et McGrath, J. (2008). Modelling disease frequency measures in schizophrenia epidemiology. *Schizophrenia Research*, 104(1-3), 246-254. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.05.022>
- Saitz, R., Cheng, D. M., Winter, M., Kim, T. W., Meli, S. M., Allensworth-Davies, D., . . . Samet, J. H. (2013). Chronic care management for dependence on alcohol and other drugs: The AHEAD randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 310(11), 1156-1167. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.277609>
- Schuckit, M. A. et Smith, T. L. (2011). Onset and course of alcoholism over 25 years in middle class men. *Drug and Alcohol Dependence*, 113(1), 21-28. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.06.017>
- Schutte, K. K., Byrne, F. E., Brennan, P. L. et Moos, R. H. (2001). Successful remission of late-life drinking problems: A 10-year follow-up. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(3), 322-334. <https://doi.org/10.15288/jsa.2001.62.322>
- Scott, C. K., Dennis, M. L. et Foss, M. A. (2005). Utilizing recovery management checkups to shorten the cycle of relapse, treatment reentry, and recovery. *Drug and Alcohol Dependence*, 78(3), 325-338. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.12.005>
- Scott, C. K. et Dennis, M. L. (2009). Results from two randomized clinical trials evaluating the impact of quarterly recovery management checkups with adult chronic substance users. *Addiction*, 104(6), 959-971. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02525.x>
- Scott, C. K., Foss, M. A. et Dennis, M. L. (2005). Pathways in the relapse-treatment-recovery cycle over 3 years. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28 (2, Supplement), S63-S72. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.09.006>
- Sellman, J. D. et Joyce, P. R. (1996). Does depression predict relapse in the 6 months following treatment for men with alcohol dependence? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(5), 573-578. <https://doi.org/10.3109/00048679609062652>
- Simoneau, H., Kamgang, E., Tremblay, J., Bertrand, K., Brochu, S. et Fleury, M.-J. Efficacy of extensive intervention models for substance use disorders: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*. Article soumis pour publication.
- Simpson, D. D., Joe, G. W. et Brown, B. S. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 294-307. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.11.4.294>
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Lehman, W. E. K. et Sells, S. B. (1986). Addiction careers: Etiology, treatment, and 12-Year follow-up outcomes. *Journal of Drug Issues*, 16(1), 107-122. <https://doi.org/10.1177/002204268601600106>
- Sobell, L. C., Cunningham, J. A. et Sobell, M. B. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health*, 86(7), 966-972. <https://doi.org/10.2105/AJPH.86.7.966>
- Sobell, L. C., Ellingstad, T. P. et Sobell, M. B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: Methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*, 95(5), 749-764. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.95574911.x>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. (2009). Treatment Episode Data Set (TEDS) *Highlights -2007. National Admissions to Substance Abuse Treatment Services*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2002). Report to Congress on the prevention and treatment of co-occurring substance abuse disorders and mental disorder Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Tai, B. et Volkow, N. D. (2013). Treatment for substance use disorder: Opportunities and challenges under the Affordable Care Act. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 165-174. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.758975>
- Toneatto, T., Sobell, L., Sobell, M. et Rubel, E. (1999). Natural recovery from cocaine dependence. *Psychology of Addictive*

Behaviors, 13(4), 259-268. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.13.4.259>

- Tracy, K., Burton, M., Nich, C. et Rounsaville, B. (2011). Utilizing peer mentorship to engage high recidivism substance-abusing patients in treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(6), 525-531. <https://doi.org/10.3109/00952990.2011.600385>
- Trim, R. S., Schuckit, M. A. et Smith, T. L. (2013). Predictors of initial and sustained remission from alcohol use disorders: Findings from the 30-year follow-up of the San Diego Prospective Study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 37(8), 1424-1431. <https://doi.org/10.1111/acer.12107>
- Tuithof, M., Ten Have, M., van den Brink, W., Vollebergh, W. et de Graaf, R. (2013). Predicting persistency of DSM-5 alcohol use disorder and examining drinking patterns of recently remitted individuals: A prospective general population study. *Addiction*, 108(12), 2091-2099. <https://doi.org/10.1111/add.12309>
- UKATT Research Team. (2005). Effectiveness of treatment for alcohol problems: Findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *British Medical Journal*, 331(7516), 541. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7516.541>
- Vaillant, G. E. (1973). A 20-year follow-up of New York narcotic addicts. *Archives of General Psychiatry*, 29(2), 237-241. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1973.04200020065009>
- Vaillant, G. E. (1988). What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction? *British Journal of Addiction*, 83(10), 1147-1157. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1988.tb03021.x>
- Vaillant, G. E. (1996). A long-term follow-up of male alcohol abuse. *Archives of General Psychiatry*, 53(3), 243-249. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830030065010>
- Vaillant, G. E. (2003). A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction*, 98(8), 1043-1051. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00422.x>
- Vaillant, G. E. (2009). *The natural history of alcoholism revisited*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vaillant, G. E., Clark, W., Cyrus, C., Milofsky, E. S., Kopp, J., Wulsin, V. W. et Mogielnicki, N. P. (1983). Prospective study of alcoholism treatment. Eight-year follow-up. *American Journal of Medicine*, 75(3), 455-463. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(83\)90349-2](https://doi.org/10.1016/0002-9343(83)90349-2)
- van Draanen, J., Comeau, S., Henderson, T., Quastel, A., Griller, R. et Stergiopoulos, V. (2013). Reducing service and substance use among frequent service users: A brief report from the Toronto Community Addictions Team. *Substance Use & Misuse*, 48(7), 532-538. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.787096>
- Von Laue, N. C., Schwappach, D. L. et Koeck, C. M. (2003). The epidemiology of preventable adverse drug events: A review of the literature. *Wien Klin Wochenschr*, 115(12), 407-415. <https://doi.org/10.1007/BF03040432>
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M., Sonntag, H. et Wittchen, H. U. (2001). The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: A longitudinal community study of adolescents and young adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 64(3), 347-361. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(01\)00137-5](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(01)00137-5)
- Waldorf, D., Reinerman, C. et Murphy, S. (1991). *Cocaine changes : The experience of using and quitting*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Walker, N. D. (1987). Long term outcome for alcoholic patients treated in a hospital based unit. *New Zealand Medical Journal*, 100(831), 554-557.
- Walton, M. A., Blow, F. C., Bingham, C. R. et Chermack, S. T. (2003). Individual and social/environmental predictors of alcohol and drug use 2 years following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 28(4), 627-642. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00284-2](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00284-2)
- Weisner, C., Matzger, H. et Kaskutas, L. A. (2003). How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction*, 98(7), 901-911. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00438.x>
- Westermeyer, J. et Peake, E. (1983). A ten-year follow-up of alcoholic Native Americans in Minnesota. *American Journal of*

Psychiatry, 140(2), 189-194. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.2.189>

- White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 229-241. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.015>
- White, W. L. (2012). Recovery/Remission from substance use disorders: An analysis of reported outcomes in 415 scientific reports, 1868-2011. Philadelphia, PA and Chicago, IL: Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual Disability, Services and the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center.
- White, W. L., Boyle, M. et Loveland, D. (2002). Alcoholism/addiction as a chronic disease: From rhetoric to clinical reality. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 20(3-4), 107-129. https://doi.org/10.1300/J020v20n03_06
- White, W. L. et McLellan, A. T. (2008). Addiction as a chronic disorder: Key messages for clients, families and referral sources. *Counselor*, 9(3), 24-33.
- Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V. et Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: An analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS ONE*, 10(2), e0116820. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820>
- World Health Organization. (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Xie, H., Drake, R. E., McHugo, G. J., Xie, L. et Mohandas, A. (2010). The 10-year course of remission, abstinence, and recovery in dual diagnosis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39(2), 132-140. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.05.011>
- Xie, H., McHugo, G. J. et Drake, R. E. (2009). Subtypes of clients with serious mental illness and co-occurring disorders: Latent-class trajectory analysis. *Psychiatric Services*, 60(6), 804-811. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.60.6.804>

ANNEXES

PARTIE 1- LA RÉMISSION DES TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION DES SUBSTANCES

Annexe A-1 : Stratégie de recherche documentaire

Recherche électronique

1. Concepts et mots clés

Concept 1 C1	(substance\$ us\$ disorder or substance related disorder or substance\$ misus\$ or substance\$ abus\$ or problem substance use\$ or substance addict\$ or substance dependenc\$ or drug\$ us\$ disorder or drug related disorder or drug misus\$ or drug abus\$ or drug addict\$ or drug dependenc\$ or alcohol us\$ disorder or alcohol related disorder or alcohol misus\$ or alcohol abus\$ or alcohol addict\$ or alcohol dependenc\$ or alcoholism or alcoholic\$ or SUD or AOD dependenc\$ or AOD abus\$ or AOD disorder\$)
Concept 2 C2	((dépendance or dependence or abuse) AND (cocaine or marijuana or marihuana or hashish or cannabis or amphetamine or mdma or heroin or narcotic\$ or opiate or opioid or opium or phencyclidine or ecstasy or salvia or hallucinogen\$ or methadone or cocaine or stimulant\$ or inhalant\$ or solvent\$ or benzodiazepines or depressant\$ or sedative\$ or speed or poppers))
Concept 3 C3	(long-term or chronic\$ or continuing or life-span or lifespan or life-long or life course or lifetime or recidivism or recurren\$ or relaps\$ or readmission\$ or trajector\$ or career\$)
Concept 4 C4	(recover\$ or remission\$ or rehabilitation\$ or abstinen\$)

1.1. Banques de données de recherche

1.1.1. Banques de données explorées dans OVIDSSP

Recherche dans 13 ressources à partir d'OVIDSP (11 décembre 2015) :

CAB Abstracts 2000 to 2015 Week 22, EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 to December 2015, EBM Reviews - ACP Journal Club 1991 to December 2015, EBM Reviews - Database of Abstracts of Reviews of Effects 4rd Quarter 2015, EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials December 2015, EBM Reviews - Cochrane Methodology Register 3rd Quarter 2013, EBM Reviews - Health Technology Assessment 4rd Quarter 2015, EBM Reviews - NHS Economic Evaluation Database 4rd Quarter 2015, Embase 1996 to 2015 Week 22, Ovid MEDLINE(R) Daily Update December 11, 2015, Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations December 22, 2015, PsycINFO 1806 to December Week 2 2015, Social Work Abstracts 1968 to December 2015

1.1.2. Limitations lors de la recherche dans les banques de données

- Publications de 2000 à 2015
- Publications en anglais et français uniquement
- Humain

1.2. Équations de recherche

Scenario: ((C1 OR C2) AND C3 AND C4)

((substance\$ us\$ disorder or substance related disorder or substance\$ misus\$ or substance\$ abus\$ or problem substance use\$ or substance addict\$ or substance dependenc\$ or drug\$ us\$ disorder or drug related disorder or drug misus\$ or drug abus\$ or drug addict\$ or drug dependenc\$ or alcohol us\$ disorder or alcohol related disorder or alcohol misus\$ or alcohol abus\$ or alcohol addict\$ or alcohol dependenc\$ or alcoholism or alcoholic\$ or SUD or AOD dependenc\$ or AOD abus\$ or AOD disorder\$) OR ((addiction or dependence or abuse) AND (cocaine or marijuana or marihuana or hashish or cannabis or amphetamine or mdma or heroin or narcotic\$ or opiate or opioid or opium or phencyclidine or ecstasy or salvia or hallucinogen\$ or methadone or cocaine or stimulant\$ or inhalant\$ or solvent\$ or benzodiazepines or depressant\$ or sedative\$ or speed or poppers))) AND (long-term or chronic\$ or continuing or life-span or lifespan or life-long or life course or lifetime or recidivism or recurren\$ or relaps\$ or readmission\$ or trajector\$ or career\$) AND (recover\$ or retablisement or remission\$ or rehabilitation\$ or abstinen\$))

1.3. Résultats

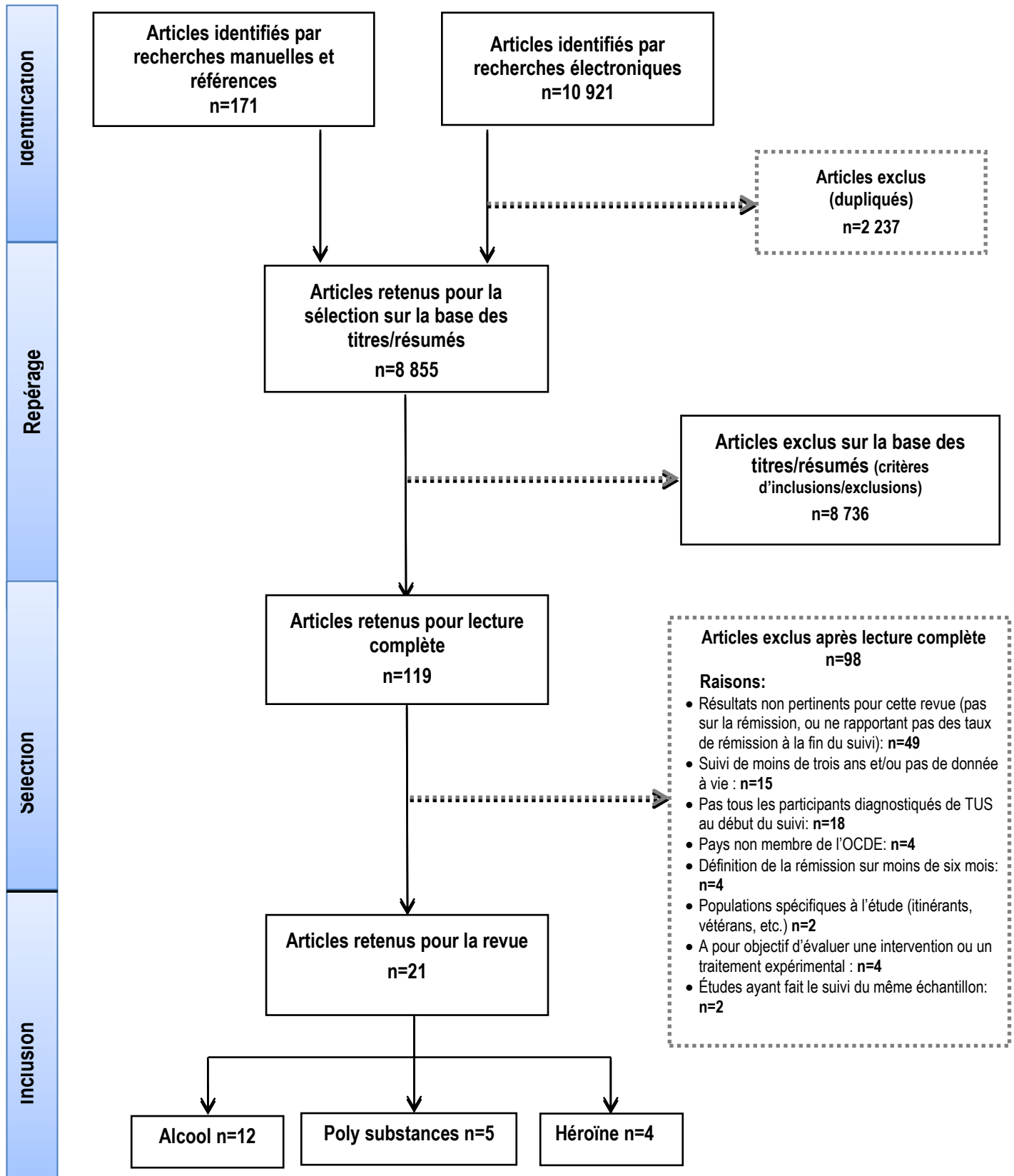
Tableau récapitulatif des résultats de recherche

	Équations	Nb articles*	Remarques
Scénario	((C1 OR C2) AND C3 AND C4)	8 855	2 237 articles doublons ont été exclus (résultats des recherches avec doublons = 10921)

* sans les doublons dans OVIDsp

Annexe B-1 : Processus de sélection des études

Figure 4. Diagramme de flux pour l'identification, le repérage et la sélection des études



PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES EN ÉVALUATION CRITIQUE

12 questions pour interpréter les études de cohorte

Comment utiliser cet outil d'évaluation

Lorsqu'on évalue une étude de cohorte, on doit tenir compte de trois grandes questions :

- **Les résultats de l'étude sont-ils valides? (Partie A)**
- **Quels sont les résultats? (Partie B)**
- **Les résultats seront-ils utiles localement? (Partie C)**

Les 12 questions que vous trouverez dans les pages suivantes sont conçues pour vous aider à aborder ces enjeux de façon systématique.

Les deux premières questions servent à faire le tri et on y répond rapidement. Si la réponse à ces deux questions est «oui», il vaut la peine de répondre aux autres.

Plusieurs des questions se recoupent en partie. Vous devez répondre par « oui », « non » ou « ne sais pas » à la plupart des questions. Chaque question est suivie d'indications qui vous rappellent en quoi la question est importante. Écrivez la justification de vos réponses dans l'espace prévu à cette fin.

Notez toutefois que vous n'aurez pas le temps de répondre de façon détaillée à chacune des questions en petits groupes.

(A) Les résultats de l'étude sont-ils valides?

Questions préliminaires

1. L'étude repose-t-elle sur une question bien définie?

Oui **Ne sais pas** **Non**

INDICE : Une question peut être axée sur :

- la population étudiée;
- les facteurs de risque étudiés;
- les résultats considérés.
- Les auteurs indiquent-ils clairement s'ils tentent de déceler un effet favorable ou nocif?

2. La cohorte a-t-elle été recrutée d'une manière acceptable?

Oui **Ne sais pas** **Non**

INDICE : Nous cherchons des biais de sélection qui pourraient compromettre la généralisation des résultats.

- La cohorte est-elle représentative d'une population en particulier?
- Cette cohorte avait-elle quelque chose de particulier?
- Est-ce que tous ceux qui auraient dû faire partie de l'étude en ont effectivement fait partie?

Cela vaut-il la peine de continuer?

3. L'exposition est-elle mesurée précisément, de façon à réduire le biais?

Oui **Ne sais pas** **Non**

INDICE : Nous cherchons à déceler les biais de mesure ou de classement.

- Les auteurs ont-ils utilisé des mesures subjectives ou objectives?
- Les mesures reflètent-elles vraiment ce qu'elles sont censées mesurer? (Ont-elles été validées?)
- Est-ce que tous les sujets ont été classés dans les groupes d'exposition suivant la même procédure?

4. Les résultats sont-ils mesurés précisément, de façon à réduire le biais?

Oui **Ne sais pas** **Non**

INDICE : Nous cherchons à déceler les biais de mesure ou de classement.

- Les auteurs ont-ils utilisé des mesures subjectives ou objectives?
- Les mesures reflètent-elles vraiment ce qu'elles sont censées mesurer? (Ont-elles été validées?)
- Un système fiable permettant de détecter tous les cas a-t-il été mis en place (pour mesurer l'occurrence de la maladie)?
- Les méthodes de mesure étaient-elles similaires dans les divers groupes?
- L'exposition s'est-elle faite à l'insu des sujets et des personnes qui évaluaient les résultats (est-ce important)?

5. a) Les auteurs ont-ils tenu compte de tous les facteurs confusionnels importants?

Oui **Ne sais pas** **Non**

Énumérez ceux que les auteurs ont omis et qui peuvent être importants selon vous.

b) Les auteurs ont-ils tenu compte des facteurs confusionnels potentiels dans la méthodologie de l'étude et (ou) dans leur analyse?

Oui **Ne sais pas** **Non**

INDICE : Recherchez des restrictions dans la méthodologie et dans les techniques (p. ex. modélisation, analyse stratifiée, analyse de régression ou de sensibilité) visant à corriger, à contrôler ou à ajuster en fonction des facteurs confusionnels.

Énumérez :

6. a) Le suivi des sujets était-il exhaustif?

Oui **Ne sais pas** **Non**

b) Le suivi des sujets était-il assez long?

Oui **Ne sais pas** **Non**

INDICE : Points à considérer

- Il faut attendre le temps nécessaire pour que les effets positifs ou négatifs se manifestent.
- Les résultats peuvent être différents chez les sujets perdus de vue.
- S'il s'agit d'une cohorte ouverte ou dynamique, y a-t-il quelque chose de particulier à signaler au sujet du résultat obtenu chez les personnes qui quittent la cohorte, ou au sujet de l'exposition chez celles qui y entrent?

(B) Quels sont les résultats?

7. Quels sont les résultats de cette étude?

INDICE : Points à considérer

- Quels sont les résultats finaux?
- L'auteur indique-t-il le taux ou la proportion de sujets exposés et non exposés, et explique-t-il la différence à ce chapitre?
- Quelle est la force de la corrélation entre l'exposition et les résultats (RR)?
- Quelle est la réduction absolue du risque (RAR) ?

8. Quelle est la précision des résultats?

INDICE : Pensez à l'ampleur des intervalles de confiance, si ces derniers sont indiqués.

9. Les résultats vous semblent-ils crédibles?

Oui **Ne sais pas** **Non**

INDICE : Points à considérer

- Les grands effets sont difficiles à ignorer!
- Les résultats peuvent-ils être le fait du hasard, d'un biais ou d'un facteur confusionnel?
- La méthodologie de cette étude est-elle assez déficiente pour fausser les résultats?
- Pensez aux critères de Bradford Hill (p. ex. le temps, la relation dose--effet, la plausibilité biologique, la cohérence).

(C) Les résultats seront-ils utiles localement?

10. Les résultats peuvent-ils s'appliquer à la population d'ici?

Oui **Ne sais pas** **Non**

INDICE : Posez-vous les questions suivantes :

L'étude de cohorte était-elle indiquée compte tenu de la question posée?

- Les sujets de l'étude pourraient-ils être suffisamment différents de votre population pour que cela cause un problème?
- Est-il probable que votre milieu soit très différent de celui de l'étude?
- Pouvez-vous quantifier les effets favorables et nocifs sur votre population?

11. Les résultats de cette étude correspondent-ils à ceux des études précédentes?

Oui **Ne sais pas** **Non**

12. En quoi cette étude pourrait-elle influencer sur la pratique?

Oui **Ne sais pas** **Non**

INDICE : Points à considérer

- Il est rare qu'une seule étude observationnelle fournisse des résultats assez concluants pour mener à des recommandations de changements dans la pratique clinique ou dans les politiques de la santé.
- Toutefois, pour certaines questions, les résultats proviennent uniquement de ce type d'études.
- Néanmoins, les recommandations faites à partir d'études observationnelles sont toujours plus solides lorsqu'elles peuvent aussi s'appuyer sur des résultats provenant d'autres sources.

Annexe D-1 : Liste et caractéristiques des études incluses

Substance	Auteurs	Pays	Population	Type d'échantillon	Age moyen [écart]	%sexe male	Ethnicité (% blanc)
Alcool	Moss et al., 2010	USA ^a	Échantillon de la population générale - NESARC ^b	Populationnel	36 [27.4-43.6]	66	68
	Cranford et al. 2014	USA	Échantillon clinique avec une majorité de personnes provenant de trois sites de traitement de l'alcool et une minorité de la communauté environnante	Clinique ^c	44	66	82
	Delucchi et al., 2004	USA	Échantillon clinique avec une majorité de personnes en traitement de la toxicomanie et une minorité avec des problèmes d'alcoolisme issue de la population générale	Clinique	37	66	61
	Xie et al., 2010	USA	Échantillon clinique, patients ambulatoires des centres de santé mentale communautaires du New Hampshire; Clients avec troubles concomitants	Clinique	35 [33.8-35.9]	82	96
	Schutte et al., 2001	USA	Échantillon clinique d'individus âgés consommateurs d'alcool en contact avec un établissement de soins de santé	Clinique	61 [55-65]	60	91
	Noda et al., 2001	Japon	Échantillon clinique d'alcooliques diagnostiqués et suivis par un établissement psychiatrique	Clinique	45 [21-71]	100	ND
	Mann et al., 2005	Allemagne	Échantillon clinique de patients ambulatoires traités uniquement pour des problèmes d'alcool	Clinique	38 [20-63]	73	ND
	Moos and Moos, 2007	USA	Échantillon clinique de centres d'information et de référence ou programmes de désintoxication de l'alcool / TUS	Clinique	35	53	80
	Gual et al., 2009	Espagne	Échantillon clinique des centres de traitement des TUS: gros consommateurs d'alcool	Clinique	39 [30-48]	81	ND
	Trim et al., 2013	USA	Échantillon communautaire d'individus d'étude prospective à San Diego ^d	Communautaire	20	100	98
	Penick et al., 2010	Danemark	Échantillon communautaire d'un registre psychiatrique central et de cliniques municipales locales de traitement d'alcoolisme	Communautaire	20	100	ND
Vaillant, 2003	USA	Échantillon communautaire d'étudiants diplômés d'Harvard, non défavorisés (collège) et des adolescents de Boston socialement défavorisés (échantillon du centre-ville)	Communautaire	ND	100	ND	
Héroïne	Okruhlica et al., 2002	République Slovaque	Échantillon clinique d'individus admis dans un centre de traitement de la toxicomanie (hospitalisés et ambulatoires)	Clinique	22 [26.3-16.7]	76	ND
	Darke et al., 2007	Australie	Échantillon clinique d'individus orientés vers le traitement de la dépendance à l'héroïne depuis les agences de Sydney	Clinique	29.5 [18-53]	65	ND
	Rathod et al., 2005	Angleterre	Échantillon clinique d'usagers d'héroïne injectable en traitement non substitutif au service psychiatrique local	Clinique	18 [16-20]	87	ND
	Hser, 2007	USA	Échantillon clinique de personnes atteintes de TUS (héroïne) admises au Programme de toxicomanie de Californie (CAP) ^e	Clinique	25 [20-28]	100	37
Poly substance	Dennis et al., 2005	USA	Échantillon clinique issu d'établissements de traitement de l'Illinois TUS (programmes de prestation de services)	Clinique	35 [27-43]	41	ND ^e
	Hser et al., 2008 ^f	USA	Échantillon clinique de participants aux programmes TUS (cocaïne, héroïne méthamphétamine) des salles d'urgence, cliniques de maladies sexuellement transmissibles et prisons	Clinique	ND	73	34 ^g
	Galai et al., 2003	USA	Échantillon communautaire de l'étude ALIVE ^l sur les consommateurs de drogues injectables (héroïne, cocaïne, usage mixte) avec le VIH (19,8 %)	Communautaire	ND	75	ND ^m
	Larm et al., 2008	Suède	Échantillon clinique de personnes ayant consulté une clinique de toxicomanie en tant qu'adolescents	Clinique	17.3 [16.7-17.8]	83	ND
	Lopez-Quintero et al., 2011	USA	Échantillon de la population générale - NESARC	Populationnel	32 [18-45]	65	74

Notes — a: Les États Unies d'Amérique; b: Enquête épidémiologique nationale sur l'alcool et les conditions connexes (NESARC); c: Était en traitement au début de l'étude; d: Les participants dont 50 % environ ont un père dépendant à l'alcool; e: Programme de traitement obligatoire pour délinquants toxicomanes en vertu d'une ordonnance judiciaire; f: 88 % de l'échantillon était des Afro-Américains; g: Cet article a été produit en combinant les échantillons de 5 études; h: Afro-Américains = 32 %, Hispaniques = 30 %; i: ALIVE "AIDS Link to Intravenous Experience", réalisé à Baltimore, Maryland; m: Échantillon à majorité d'Afro-Américain

PARTIE 2 – EFFICACITÉ DES MODÈLES D’INTERVENTION

Annexe A-2 : Stratégie de recherche documentaire

Tableau 1. Équations de recherche pour les bases de données électroniques

((((substance\$ us\$ disorder or substance related disorder or substance\$ misus\$ or substance\$ abus\$ or problem substance use\$ or substance addict\$ or substance dependenc\$ or drug\$ us\$ disorder or drug related disorder or drug misus\$ or drug abus\$ or drug addict\$ or drug dependenc\$ or alcohol us\$ disorder or alcohol related disorder or alcohol misus\$ or alcohol abus\$ or alcohol addict\$ or alcohol dependenc\$ or alcoholism or alcoholic\$ or SUD or AOD dependenc\$ or AOD abus\$ or AOD disorder\$) **OR** ((addiction or dependence or abuse) **AND** (cocaine or marijuana or marihuana or hashish or cannabis or amphetamine or mdma or heroin or narcotic\$ or opiate or opioid or opium or phencyclidine or ecstasy or salvia or hallucinogen\$ or methadone or cocaine or stimulant\$ or inhalant\$ or solvent\$ or benzodiazepines or depressant\$ or sedative\$ or speed or poppers))))

AND

(treatment\$ or care or service\$ or practice\$ or intervention\$ or program\$ or model\$ or management or approach\$ or re-entry or reentry)

AND

(organi\$ or model\$ or program\$)

AND

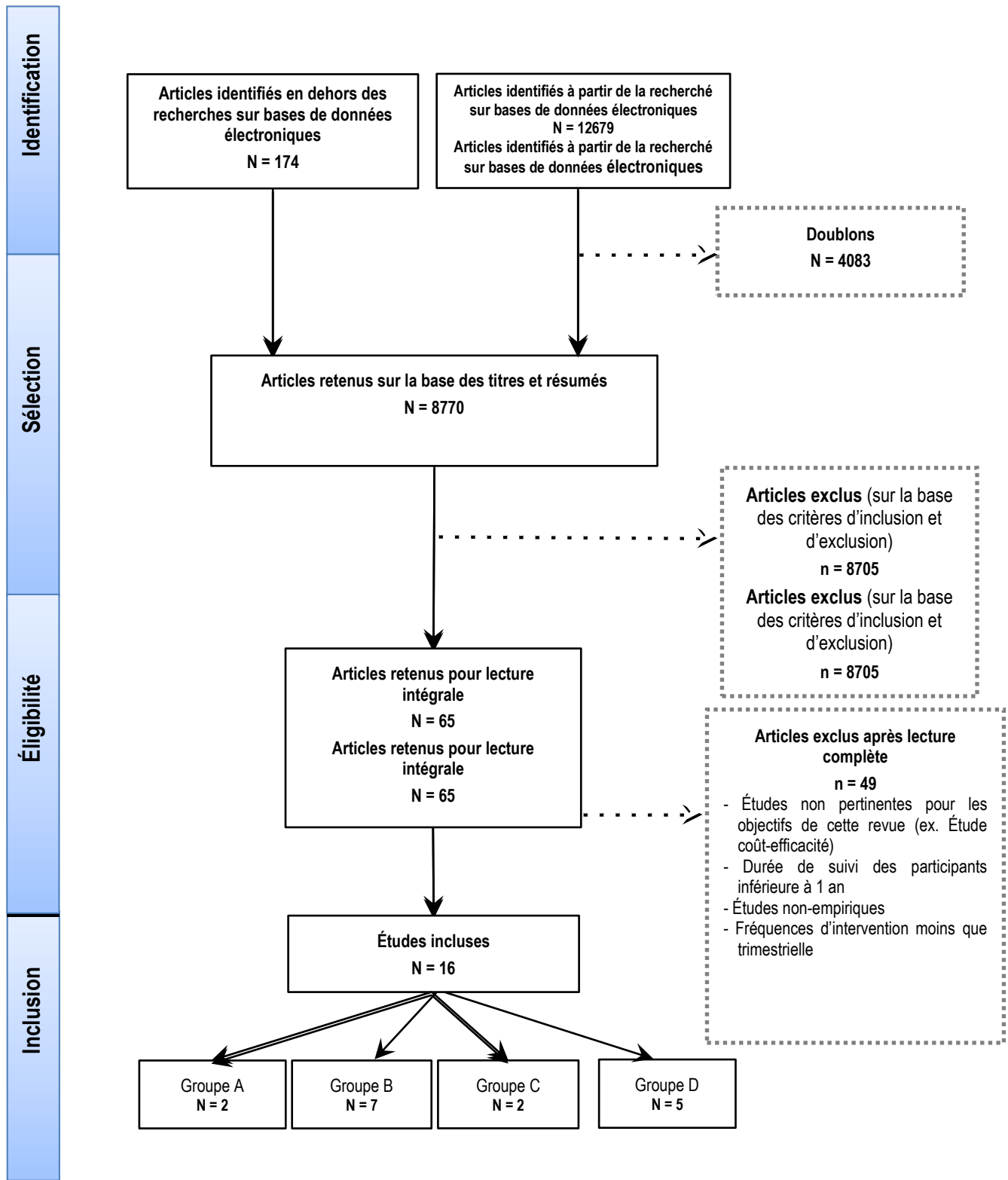
(long-term or chronic\$ or continuing or life-span or lifespan or life-long or life course or lifetime or recidivism or recurren\$ or relaps\$ or readmission\$ or trajector\$ or career\$ **OR** recovery or remission or rehabilitation)

OR

((addiction or dependence or abuse) **AND** (chronic care model or chronic disease management or chronic care management or continuing care management))).ti,ab.

Annexe B-2 : Processus de sélection des études

Figure 1. Diagramme de flux



Annexe C-2 : Caractéristiques sociodémographiques par études

	Auteurs	Genre (% homme)	Age (Moyenne)	Ethnicité (% Caucasiens; % Afro-américains)	Marié ou conjoint de fait (%)	En emploi (%)	TUS* (et/ou substance principale)	Comorbidité
Groupe A	Dennis & Scott, 2012	54	38	NA; 85	NA	32	61% Dépendance à la cocaïne 25% Dépendance aux opiacés 34% Dépendance à l'alcool 5% Dépendance au cannabis	56% non spécifié
	Dennis <i>et al.</i> , 2003	41	NA	8; 85	NA	NA	7% Dépendance à l'alcool 29% Dépendance à la cocaïne 20% Dépendance à la cocaïne et l'alcool 8% Dépendance à la cocaïne et aux opiacés 14% Dépendance aux opiacés 17% TUS Autre	61% Dépression majeure 60% Trouble anxieux généralisé 37% Troubles de la conduite 34% Trouble déficitaire de l'attention /hyperactivité
Groupe B	Cacciola <i>et al.</i> , 2008	48	43	NA	NA	NA	74% TUS alcool 6% TUS cocaïne 4% TUS opiacés 16% Autre	NA
	McKay <i>et al.</i> , 2005	82,6	41,9	NA; 77,1	17,4	NA	NA	NA
	McKay <i>et al.</i> , 2010; 2011	64,3	43	NA; 88,9	NA	NA	100% Dépendance à l'alcool 49,2% Dépendance à la cocaïne	NA
	McKay <i>et al.</i> , 2013a	77	42,8	NA; 82	NA	NA	100% Dépendance à la cocaïne	NA
	McKay <i>et al.</i> , 2013b	76	43,2	NA; 89	NA	NA	83,2% Dépendance à la cocaïne 38,9% Dépendance à l'alcool 12,1% Dépendance au cannabis 1,9% Dépendance aux opiacés 1,0% Dépendance aux sédatifs	NA
	McKellar <i>et al.</i> , 2012	95	51	50; 44	12	10	NA	61,3% Diagnostic de l' Axis 1
	Ruetsch <i>et al.</i> , 2012	59	31,8	87,9; NA	28,3	89	100% Dépendance aux opiacés	NA

	Auteurs	Genre (% homme)	Age (Moyenne)	Ethnicité (% Caucasiens; % Afro-américains)	Marié ou conjoint de fait (%)	En emploi (%)	TUS* (et/ou substance principale)	Comorbidité
Groupe C	Grella <i>et al.</i> , 2010 ^a	100%; 50%	41,3; 37,4	NA; 51 NA; 8	18; 38	23; 62	15%; 20% TUS alcool 46%; 28% TUS drogue	39%; 50% non spécifié
	Tracy <i>et al.</i> , 2011 ^b	97	56	25; 57	NA	NA	64% TUS alcool 54% TUS cocaïne 33% TUS cannabis 24% TUS opiacés 7% TUS stimulants 7% TUS sédatifs hypnotiques	8-18% Troubles de l'humeur 4-13% Trouble psychotique 10-22% Trouble anxieux
Groupe D	Gold <i>et al.</i> , 2004	57,1	NA	57,1; 42,9	31,4	14,3	85,7% Dépendance à l'alcool 65,7 % Dépendance aux drogues 57,1% Dépendance à l'alcool et aux drogues	56,3% Troubles dépressifs majeurs 22,6% Trouble affectif bipolaire 35,5% Troubles anxieux 28,6% Stress post-traumatique NA
	McLellan <i>et al.</i> , 2005	65	38	55; 31	NA	11	56% TUS cocaïne 46% TUS alcool 33% TUS héroïne	NA
	Morgenstern <i>et al.</i> , 2006; 2009 ^c	0	37; 35	NA; 95	6,21; 0,71	NA	18%; 26% TUS alcool 39%; 30% TUS cocaïne 37%; 35% TUS héroïne 5%; 7% TUS marijuana	NA
	Saitz <i>et al.</i> , 2013	73	38	47; 32	NA	NA	12% Dépendance à l'alcool 23% Dépendance aux drogues 65% Dépendance aux drogues et à l'alcool	NA
	van Draanen <i>et al.</i> , 2013	89	42	71; 8	NA	10	NA	41% Troubles de l'humeur 36% Trouble anxieux 16% Childhood or developmental disorder

* Les TUS incluent l'abus et/ou la dépendance. Cependant lorsqu'un diagnostic clair de dépendance était rapporté, celui-ci est mentionné dans le tableau

^a Cet article présente les données d'études effectuées sur deux sites distincts. Les caractéristiques sont décrites pour chaque site à l'étude.

^b Les taux de comorbidité sont présentés pour chaque groupe (2 groupes expérimentaux et 1 groupe de comparaison).

^c Certaines caractéristiques de l'étude sont présentées pour chaque groupe (groupes expérimental et de comparaison).

Annexe D-2 : Description des modèles

Tableau 3. Description des modèles d'intervention

	Auteurs	Population cible	Treatment initial (Durée)	Nom du modèle	Model design	Composantes du modèle	Durée des interventions (Initiation time)	Fréquence des interventions
Groupe A	Dennis & Scott 2012	pTUS	NA (NA)	Recovery Management Check-ups	Séquentiel	1) Monitoring; 2) Feedback; 3) Motivational interviewing; 4) Resolving treatment barriers; 5) Linkage to treatment re-entry; 6) Engagement and Retention Protocol	4 ans (Après le traitement initial)	Tous les 3 mois ^a
	Dennis <i>et al.</i> , 2003	pTUS	60% Inpatient, 40% Outpatient (mean: 27 days)	Recovery Management Check-ups	Séquentiel	1) Monitoring; 2) Feedback; 3) Motivational interviewing; 4) Resolving treatment barriers; 5) Linkage assistance	2 ans (Après le traitement initial)	Tous les 3 mois
Groupe B	Cacciola <i>et al.</i> , 2008	pTUS	Inpatient (NA)	Focused continuing care	Séquentiel	1) Monitoring; 2) Telephone counselling; 3) Service referral; 4) Linkage to 12-step groups; 5) Linkage to treatment re-entry; 6) Resolving treatment barriers; 7) Outreach	1 an approximativement (Après le traitement en interne)	Deux fois par mois durant les 3 premiers mois et une fois par mois par la suite
	McKay <i>et al.</i> , 2005	pTUS	IOP (3-4 semaines)	Telephone-based continuing care	Séquentiel	1) Face-to-face group sessions; 2) Monitoring; 3) Brief counselling	3 mois (Après l'IOP)	Chaque semaine
	McKay <i>et al.</i> , 2010; 2011	pTUS	IOP (3-4 mois)	1) Telephone monitoring and feedback (TM); 2) TM and counselling (TMC)	Parallèle	1) Monitoring; 2) Feedback; 3) Motivational interviewing as needed; 4) CBT-based counselling (for TMC only); 5) Stepped care (for TMC only)	18 mois (Après 3 semaines d'IOP)	Hebdomadairement durant les 8 premières semaines, chaque autre semaine pour les 44 prochaines semaines, et chaque mois pour les 6 derniers mois.
	McKay <i>et al.</i> , 2013a	pTUS	IOP (3-4 mois)	Enhanced continuing care intervention (Telephone counselling)	Parallèle	1) Monitoring; 2) Feedback; 3) CBT-based counselling; 4) Motivational interviewing; 5) Stepped care; 6) Incentives; 7) Linkage to recovery support; 8) Outreach	1 an (Durant la 1 ^{ère} semaine d'IOP)	Hebdomadairement durant les 8 premières semaines, chaque autre semaine pour les 44 prochaines semaines,
	McKay <i>et al.</i> , 2013b	pTUS	IOP (3-4 mois)	1) Telephone monitoring, feedback and counselling (TMC); 2) TMC plus incentives (TMC+)	Parallèle	1) Monitoring; 2) Feedback; 3) CBT-based counselling; 4) Motivational interviewing; 5) Resolving barriers to IOP completion; 6) Stepped care; 7) Incentives (for TMC+ only)	2 ans (Après 2 semaines d'IOP)	Hebdomadairement durant les 8 premières semaines, chaque autre semaine pour les 44 prochaines semaines, une fois par mois pour les six mois, et chaque mois pour les 6 derniers mois.

	McKellar <i>et al.</i> , 2012	Vétérans avec un TUS	IOP (3 semaines en moyenne)	Telephone case monitoring	Séquentiel	1) Monitoring; 2) Brief counselling; 3) Feedback	6 mois (Après l'IOP)	Chaque semaine
	Ruetsch <i>et al.</i> , 2012	Dépendants aux opiacés et traitement à la Buprenorphine	NA	Telephonic support program	Intégré	1) Education; 2) Resolving challenges within treatment; 3) Encouragement to stay in treatment	4 mois (Durant le traitement à la Buprenorphine)	2 ou 3 fois par mois ^b
Groupe C	Grella <i>et al.</i> , 2010	pTUS et un trouble de santé mentale; Vétérans avec un trouble de santé mentale	VA: Inpatient HMO: Outpatient or day treatment (VA: 21 or 28 days: HMO: 8 weeks)	Continuing care	Séquentiel	1) individual counselling; 2) group therapy; 3) family therapy; 4) relapse prevention; 5) linkage to 12 step self-help group 6) outpatient psychiatric services	VA: NA HMO: 10 mois (Après le traitement initial)	Chaque semaine
	Tracy <i>et al.</i> , 2011	Vétérans ayant un TUS avec plusieurs récurrences et utilisations de services	Inpatient (NA)	Mentorship for addictions problems to enhance engagement to treatment (MAP-Engage), Enhanced dual Recovery Treatment (DRT) ^c	Parallèle	MAP-Engage: Peer mentorship (Community reinforcement approach) DRT: Individual and group sessions; 1) Coping skills training; 2) Relapse prevention; 3) Supportive psychosocial psychotherapy; 4) Motivational-based dual diagnosis treatment	2 mois (Durant le traitement en interne)	MAP-Engage: Twice a week DRT: Twice weekly during the first 4 weeks and once a week in the next 4 weeks.
Groupe D	Gold <i>et al.</i> , 2004	TUS chronique et sévère ^d	Mainly Inpatient (NA)	Assertive Community Treatment	Intégré	1) Multidisciplinary team (ratio 1:10); 2) Assertive outreach; 3) Daily client contact; 4) Treatment planned for a 1-year length of stay; 5) Adjusted treatment intensity over time in alignment with clients' fluctuating illness and functional needs; 6) Responsibility for each client's treatment shared by all team members; 7) Client-centred approach; 8) Team as a single provider of services; 9) Home and community service provision; 10) Others services integrated within the team (employment, housing, etc.); 11) Transportation to health promotion activities and social services, AA/NA meetings, job sites, and services provided by other community agencies	Illimité (Après le traitement en interne)	Variable (Jusqu'au contact quotidien)
	McLellan <i>et al.</i> , 2005	Patients avec historique de multiples épisodes de désintoxication sans suivi par la suite	Inpatient, Detoxification (NA)	Clinical case management	Parallèle	1) Comprehensive assessment; 2) Motivational interviewing; 3) Caseloads kept low (ratio 1:15); 4) Referrals to ancillary services; 5) Monthly bases team meeting	Jusqu'à 1 an (Durant le traitement initial)	Au besoin
	Morgenstern <i>et al.</i> , 2006; 2009	Femmes avec TUS recevant une assistance temporaire pour des besoins familiaux (TANF)	NA (NA)	Intensive case management	Intégré	1) Outreach and assessment; 2) Planning, motivational enhancement and treatment engagement; 3) Treatment coordination, monitoring, and advocacy; 4) Aftercare follow-up, peer support, and relapse monitoring; 5) Crisis management and termination; 6) Incentives	15 et 24 mois ^f (NA)	Contact quotidien Durant la période de crise: hebdomadairement ou 2 visites par mois lorsque le client est compliant et stable.

Saitz <i>et al.</i> , 2013	pSUD	More than 74% Inpatient (NA)	Chronic care management	Intégré	1) Primary care appointment; 2) Coordination of specialty medical, psychiatric and addiction care with primary medical care; 3) Shared electronic health record; 4) Motivational enhancement therapy; 5) Relapse prevention counselling; 6) Referrals to specialty addiction treatment and mutual help groups; 7) Addiction pharmacotherapy and psychopharmacotherapy	Illimité (Durant le traitement initial)	Variable
van Draanen <i>et al.</i> , 2013	TUS avec historique d'utilisation fréquente de services	Detoxification or nothing (NA)	Intensive case management	Intégré	1) Intensive case management; 2) Housing subsidies	Illimité (Durant le traitement initial)	Variable

Note. pTUS: Personnes avec un trouble d'utilisation de substances. IOP: *Intensive outpatient treatment*. CBT: *Cognitive behavioural coping skills therapy*. SUD: *Substance use disorder*. MHD: *Mental Health Disorders*. VA: *Veterans Affairs*. HMO: *Health maintenance organization*. TANF: *Temporary Assistance for Needy Families*.

^a Le suivi continu (*monitoring*) est effectué trimestriellement, mais l'intervention complète n'est dispensée que lorsqu'un participant a besoin d'un traitement

^b Les interventions offraient des appels plus fréquents et plus tôt dans le traitement et moins d'appels lorsque que les patients atteignaient la phase de maintenance du traitement

^c Les patients ont été randomisés au : 1) *Treatment as usual (TAU)*; 2) *TAU + Enhanced DRT + MAP-Engage*; et 3) *TAU + MAP-Engage alone*

^d Personnes qui utilisent à plusieurs reprises les services de désintoxication avec très peu de suivis en externe

^e Désintoxication 3 fois ou plus au cours d'une année

^f La dernière mesure était à 15 mois dans la première étude, et à 24 mois dans la deuxième.

Annexe E-2 : Efficacité des modèles

Tableau 4. Efficacité des modèles d'intervention

	Auteurs (score de qualité)	n	Type de Modèle	Contrôle	Durée de l'intervention	Temps de mesure des résultats	Suivi (Temps après les mesures initiales)	Indicateurs mesurés	Résultats à la fin de l'intervention (nombre d'indicateurs ^a)			Résultats au suivi (nombre d'indicateurs ^a)		
									Util. de substance	Util. des traitements	Autre	Util. de substances	Util. des traitements	Autre
Gpe A	Dennis & Scott, 2012 (11)	446	Recovery management check-up	Évaluation seulement	4 ans	4 ans	NA	Nb de jours d'abstinence, fréquence de consommation, problèmes liés à la substance, nb de jours en traitement, temps avant la réadmission.	+ (3/3)	+ (2/2)				
	Dennis <i>et al.</i> , 2003 (11)	448	Recovery management check-up	Entrevues face-à-face	2 ans	2 ans	NA	Besoin de traitement, profil de besoin, nb de jour en traitement, temps avant la réadmission	+ (2/2)	+ (2/2)				
Gpe B	Cacciola <i>et al.</i> , 2008 (8)	4,094	Continuing care	Aucun	1 an	1 an	NA	Maintien de la sobriété, participation aux 12 étapes, avoir un parrain, avoir un contact avec un ancien participant au traitement	= (1/1)	+ (3/3)				
	McKay <i>et al.</i> , 2005 (8)	359	Continuing care	TAU ^b Traitement actif	3 mois	NA	2 ans	Pourcentage de jours d'abstinence, abstinence totale, conséquences négatives de la consommation de substances, analyse toxicologique d'urine pour la cocaïne, niveau de GGT, nb de jours en traitement, implication dans l'auto-gestion personnelle				± (2/5)	= (2/2)	
	McKay <i>et al.</i> , 2010; 2011 (7)	252	Continuing care	TAU ^d	18 mois	18 mois	2 ans	Pourcentage de jours de consommation d'alcool, pourcentage de jours de consommation élevée d'alcool, analyse toxicologique d'urine pour la cocaïne	+ (5/5)				= (5/5)	
	McKay <i>et al.</i> , 2013a (8)	152	Continuing care	TAU ^d	1 an	1 an	NA	Analyse toxicologique d'urine pour la cocaïne, bons résultats cliniques.	- (2/2)					

	McKay <i>et al.</i> , 2013b (6)	321	Continuing care	TAU ^d	2 ans	2 ans	NA	Indice composé d'abstinence, analyse toxicologique d'urine pour la cocaïne	= (2/2)				
	McKellar <i>et al.</i> , 2012 (5)	667	Continuing care	TAU ^e	6 mois	3 mois	1 an	Pourcentage de jours d'abstinence, symptômes, psychiatriques, qualité de vie	+ (1/1)		± (1/2)	= (1/1)	= (2/2)
	Ruetsch <i>et al.</i> , 2012 (8)	1,426	Telephone support program	TAU ^f	3 mois	NA	1 an	Utilisation d'opiacées, sévérité de la dépendance, participation aux 12 étapes, adhésion au traitement à la buprénorphine				± (1/2)	+ (2/2)
Gpe C	Grella <i>et al.</i> , 2010 (7)	732	Continuing care	NA	NA	1 an	5 ans	Consommation d'alcool, consommation de cocaïne, problèmes reliés à la drogue, symptômes de dépendance et d'anxiété	± (0/3); (3/3) ^g		+ (1/1)	= (0/3)	= (0/1)
	Tracy <i>et al.</i> , 2011 (7)	96	Peer mentorship and dual recovery treatment	TAU ^h	2 mois	NA	1 an	Participation au traitement,					+ (1/1)
Gpe D	Gold <i>et al.</i> , 2004 (7)	35	Assertive community treatment	Aucun	Illimité	1 an	NA	Consommation d'alcool et de drogue, symptômes dépressifs, qualité de vie, statut d'emploi, niveau de fonctionnalité, actes criminels, estime de soi, statut d'hébergement	+ (1/1)		± (4/7)		
	McLellan <i>et al.</i> , 2005 (5)	890	Case management	Aucun	1 an	1 an	NA	Type d'épisode de traitement, longueur de l'épisode de traitement		+ (2/2)			
	Morgenstern <i>et al.</i> , 2006; 2009 (9)	302	Intensive case management	TAU ⁱ	15;24 mois ⁱ	15; 24 mois ⁱ	NA	Abstinence, rétention en traitement, participation active au traitement, statut d'emploi	+ (1/1)	+ (2/2)		+ (1/1)	
	Saitz <i>et al.</i> , 2013 (8)	563	Chronic care management	TAU ^k	Illimité	1 an	NA	Abstinence	= (1/1)				

van Draanen et al., 2013 (6)	65	Case management	Aucun	Illimité	1 an	NA	Nb de jours avec des problèmes d'alcool, nb de jours avec des problèmes de drogue, Dépenses pour l'achat d'alcool, dépenses pour l'achat de drogue, visites de désintoxication, fonctionnement dans la communauté	± (4/5)	+ (1/1)	+ (1/1)
------------------------------	----	-----------------	-------	----------	------	----	---	---------	---------	---------

Note. +: Résultats positifs

=: Aucun effet

±: Résultats mixtes (Il ya des effets positives sur certains resultants et aucun effets pour d'autres)

-: Résultats négatif (moins bon que ceux du groupe contrôle)

TAU: Traitement usuel

GGT: Gamma-glutamyl transférase

^a Nominateur : nombre d'indicateurs contribuant aux resultats; dénominateur : nombre total d'indicateurs mesurés

^b Soins continus individualisés approche cognitive-comportementale pour la prévention des rechutes.

^c Thérapie de groupe avec objectif des 12 étapes

^d Thérapie de groupe pour clientèle externe

^e Soins continus thérapie de groupe pour la prévention des rechutes

^f Traitement standard à la buprénorphine

^g Dans un échantillon (un site) aucun indicateur positif dans l'autre les trois indicateurs étaient positifs

^h Groupe de formation standard aux habiletés d'adaptation, gestion des médicaments et soutien en travail social.

ⁱ Modèle évalue et réfère

^j Dans la première étude la dernière mesure était à 15 mois et la seconde à 24 mois

^k Soins de première ligne usuels