UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ADAPTATION DES SERVICES ET PERSPECTIVES CENTREES SUR LES FORCES POUR MIEUX SOUTENIR LE PROCESSUS DE RETABLISSEMENT DES PERSONNES PRESENTANT UN TROUBLE PERSISTANT D'USAGE DE SUBSTANCES

THÈSE PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT EN PSYCHOÉDUCATION

PAR

MYRIAM BEAULIEU

NOVEMBRE 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOÉDUCATION (Ph. D.)

Direction de recherche :

Joël Tremblay, Ph.D. — Directeur de recherche

Karine Bertrand, Ph.D. — Codirectrice de recherche

Jury d'évaluation :

Natacha Brunelle, Ph.D. — Présidente du jury

Michel Perreault, Ph.D. — Évaluateur externe

Thomas Babor, Ph.D. — Évaluateur externe

Joël Tremblay, Ph.D — Directeur de recherche

Karine Bertrand, Ph.D. — Codirectrice de recherche

Thèse soutenue le 4 octobre 2022

Sommaire

Problématique. La littérature indique que le trouble d'usage de substances (TUS) est un problème qui persiste dans le temps pour une large proportion de personnes présentant cette problématique. Leur longue trajectoire serait ponctuée par des épisodes répétés de traitement, des périodes d'abstinence plus ou moins longues et des rechutes menant à un retour d'une consommation modérée ou problématique (Chauvet et al., 2015; Simoneau et al., 2018). En outre, ces personnes se distingueraient des autres par une plus grande sévérité clinique du trouble, un profil plus complexe et une plus grande vulnérabilité (White, 2008). Pour plusieurs auteurs, l'allongement de la durée de services offerts figure parmi les premiers éléments qui peuvent contribuer au processus de rétablissement des personnes présentant un TUS persistant. Quelques modèles de traitement au long cours existent et leur efficacité semble prometteuse. Toutefois, les études les évaluant n'ont pas tenu compte de leur efficacité selon la durée en les comparant à celle de groupes contrôles qui ont reçu une durée plus courte de service. Outre la nécessité d'offrir une continuité de service dans le temps, il y a peu d'indications quant aux composantes cliniques et organisationnelles dont ces services devraient être constitués pour soutenir le rétablissement de cette clientèle. De plus, le processus de rétablissement ne se limite pas aux épisodes d'utilisation de service. Vue la longueur du parcours des personnes présentant un TUS persistant, il est important de comprendre les ressources sur lesquelles elles peuvent s'appuyer pour se rétablir. **Objectif**. Identifier les facteurs favorisant le rétablissement des personnes présentant un TUS persistant, dont spécifiquement ceux portant sur l'organisation des services en dépendance (durée et adaptations), mais aussi les forces personnelles qu'elles peuvent mobiliser dans leur cheminement. **Méthodes**. Guidée par une posture épistémologique pragmatique valorisant les différentes sources de savoirs, cette recherche s'appuie sur trois devis distincts menés de façon parallèle, mais dont les interprétations ont été réalisées de façon intégrée: 1) une revue systématique suivie d'une méta-analyse a été conduite pour mesurer l'efficacité des traitements au long cours (18 mois et plus) comparativement aux traitements plus courts offerts habituellement concernant leur capacité à réduire les comportements de consommation de substances psychoactives; 2) une démarche de développement de consensus s'appuyant

sur une méthode Delphi modifiée a été menée auprès de gestionnaires et de cliniciens travaillant dans sept centres de réadaptation en dépendance au Québec pour cibler les adaptations dans l'organisation des services spécialisés en dépendance et les stratégies cliniques à mettre en place pour adapter l'offre de service aux personnes présentant une problématique de TUS persistant; 3) des entrevues individuelles semi-dirigées ont été réalisées auprès d'utilisateurs de services spécialisés présentant un profil persistant pour comprendre les forces et les ressources personnelles qu'ils ont mobilisées à travers leur parcours de rétablissement. **Résultats.** 1) La méta-analyse met en lumière que les personnes qui ont reçu un traitement planifié d'au moins 18 mois ont 23,9 % plus de chance d'être abstinentes ou de consommer de façon modérée que les personnes qui ont reçu un traitement habituel plus court (OR=1,347 [IC 95% = 1,087 -1,668], p< ,006, OR corrigé de = 1,460 [CI 95% = 1,145 -1,861]). 2) Les trois phases de la démarche Delphi ont permis d'identifier 93 propositions d'adaptation de services qui ont fait consensus parmi les participants. Un modèle de service destiné aux personnes présentant un TUS persistant a été élaboré à partir des propositions retenues et organisées selon trois axes (durée, acuité, complexité) ainsi que quatre principes cliniques. 3) L'analyse des récits recueillis dresse le portrait de personnes qui malgré leurs difficultés sont parvenues à cumuler des compétences et possèdent plusieurs qualités pour faire face à leur problématique : introspection, persévérance, capacité de croire en soi, curiosité, capacité d'affirmation, capacité à dédramatiser et connaissances sur le rétablissement. **Conclusion.** Les résultats suggèrent que l'organisation des services destinés aux personnes présentant un TUS persistant devrait s'appuyer sur le croisement entre un paradigme de soin au long cours ainsi qu'un paradigme centré sur le rétablissement. Des trajectoires de service destinées aux personnes présentant un TUS persistant devraient être mises en place dans les centres de réadaptation en dépendance. Leur implantation et efficacité devraient être évaluées. Les professionnels des services spécialisés en dépendance devraient porter une attention particulière à l'identification et au développement des forces et des ressources personnelles des personnes présentant un TUS persistant.

Table des matières

Sommaire i

Liste des tableaux numéro de page à ajouter x

Liste des figures numéro de page à ajouter xi

Liste des abréviations xii

Remerciements xiii

Chapitre I : Introduction 1

Critique des fondements théoriques et méthodologiques de la notion de chronicité 3

Mise en contexte historique 4

La notion d'incontrôlabilité 6

La notion d'irrévocabilité 10

Une conception monolithique du TUS 14

Quelques grands constats à propos du modèle de maladie chronique du TUS 16

Le processus de rétablissement des personnes présentant un TUS persistant 18

Le capital de rétablissement 19

Le développement du concept de capital de rétablissement en dépendance 19

La dimension personnelle 22

La dimension sociale 24

La dimension communautaire 26

Regard critique à propos de la notion de capital de rétablissement 28

Objectif de la thèse et questions de recherche 30

La durée des traitements 31

L'adaptation des services 31

Les ressources personnelles 32

Chapitres de la thèse et complémentarité des articles 32
Chapitre II : Matériels et méthodes 34
Devis et posture épistémologique 36
Méthode associée à la question de recherche 1 38
Déroulement de la méthode associée à la question de recherche 1 42
Méthode associée à la question de recherche 2 47
Déroulement de la méthode associée à la question de recherche 2 53
Échantillonnage : sélection des experts. 54
Collecte de données. 55
Analyses. 56
Considérations éthiques. 57
Méthode associée à la question de recherche 3 59
Déroulement de la méthode associée à la question de recherche 3 61
Échantillonnage. 62
Collecte de données. 63
Stratégies d'analyses. 65
Considérations éthiques. 67
Chapitre III. Article 1 69
Introduction 71
Long-term treatment and support models 73
Objective 76
Method 76
Inclusion criteria 77
Encoding, extraction, and assessment of risk of bias 78

Meta-analysis procedure 79
Results 81
Included studies 81
Moderation analyses 91
Discussion 92
Limitations 97
Conclusion 99
References 102
Chapitre IV Article II 116
Introduction 118
Method 119
Sampling: Selecting the Experts 119
Procedure and analyses 120
Results 121
Discussion 137
Conclusion 140
References 142
Chapitre IV Article III 146
Introduction 148
Methods 151
Data collection and participants 151
Data Analysis 153
Results 154
Qualities, knowledge, and skills 154

Perseverance....154
Introspection....156
Assertiveness....158
Self-belief....159
Curiosity....160
Ability to de-dramatize....161
Knowledge....161
Material and financial ressources....162
Occupational ressources....164
Discussion....165
Clinical implication....168
Strengths and limitations....170
Conclusion....171
References....173
Chapitre VI : Discussion générale et conclusion....180
Discussion générale....182
Paradigme de soins à court terme versus à long terme....183
Paradigme de soins centrés sur la maladie versus centrés sur le rétablissement....192
Paradigme centré sur le rétablissement spécificités liées au genre....196
Apport des travaux de thèse à l'avancement des connaissances en psychoéducation....199
L'adaptation : un concept clé en psychoéducation....199
Contribution des travaux de thèse....203
Limites et forces de la thèse....205
Limites....206

Forces 208

Retombées 210

Pistes de recherche futures 213

Conclusion 215

Références 217

Appendice A. Grille d'extraction basée sur le format PICOS (Population, Intervention, Comparaison, Outcomes, Setting 271

Appendice B. Tableaux présentant les caractéristiques associées aux paradigmes sous-jacents à l'organisation des services 273

Appendice C. Questionnaire diffusé aux participants de la démarche Delphi lors de la phase II 277

Appendice D. Formulaire d'information et de consentement pour les participants de la démarche Delphi 292

Appendice E. Formulaire d'information et de consentement pour les participants des entrevues individuelles 298

Liste des tableaux

Chapitre II

Tableau 1 Équation de recherche……... 43

Tableau 2 Caractéristiques de la méthode Delphi et du groupe nominal, adapté de Black et al. (1999); James et al., (2015); Nair et al., (2011)……..……. 51

Chapitre III

Table 1 characteristics of the included studies……. 83

Table 2 Definition of moderate consumption indicators……. 87

Table 3 Assessment of risk of bias…… 88

Table 4 Results of subgroup and meta-regression analyses for substance use outcomes…… 92

Chapitre IV

Table 1 Retained service development proposals regarding duration: develop a range of long-term services that are based on continuity……. 125

Table 2 Retained service development proposals regarding variable acuity: develop a flexible and varied range of services…… 128

Table 3 Retained service development proposals regarding complexity: develop a coordinated and comprehensive range of services…… 131

Table 4 Retained clinical strategy proposals in line with the four clinical principles……. 134

Table 5 Service improvement proposals from Round 3 that were not part of the consensus-building process……. 136

Chapitre V

Table 1 Recruitment locations and number of participants recruited ……. 152

Liste des figures

Chapitre III

Figure 1 PRISMA flow diagram of article selection…… 82

Figure 2 Forest plot representing the effect sizes (substance use outcomes) and their confidence intervals (CI)……. 90

Figure 3 Funnel plot of standard error by log odds ratio…… 91

Chapitre IV

Figure 1 Proposal for the development of a specialized addiction services model to better meet the needs of people with a persistent SUD…… 122

Chapitre VI

Figure 1 Modèle de l'adaptation adoptée par l'OPPQ et inspiré du modèle intégrateur de Cummings et al. (2000) tiré de l'OPPQ (2014)……. 200

Figure 2 Schéma de la conduite adaptative tiré de Renou (2005)…… 202

Liste des abréviations

AA	Alcoolique Anonyme
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DARP	Drug Abuse Reporting Program
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Classification of Diseases
NA	Narcotique Anonyme
NIAAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
NIDA	National Institute on Drug Abuse
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SAS	Specialized addiction services
SPA	Substances Psychoactives
SUD	Substance Use Disorder
TUS	Trouble d'usage de substance

Remerciements

La réalisation d'une thèse de doctorat est le fruit d'un long parcours comportant des hauts ainsi que des bas. Elle nécessite la mobilisation de ressources soutenues, dont certaines sont personnelles et d'autres sont issues du réseau social et de l'environnement. C'est pourquoi je tiens à exprimer toute ma reconnaissance aux personnes qui ont contribué au maintien de mes efforts dans cette aventure.

Mes premiers remerciements vont à mes directeurs de thèse, Joël Tremblay et Karine Bertrand, pour qui j'ai la plus grande estime. Merci d'avoir cru en mon potentiel, pour votre encadrement bienveillant et vos commentaires constructifs qui m'ont poussé à me dépasser. Je vous suis profondément reconnaissante d'avoir mis en place tous les moyens à votre disposition pour me donner une formation doctorale de grande qualité en me présentant des opportunités de financements, de stage, de formation, de présentation, de réseautage, de participation à des projets de recherche, etc. Grâce à vous, j'ai l'impression d'avoir fait une thèse en Cadillac ! Vous avez été des accompagnateurs exceptionnels tout au long de mon parcours et vous incarnez tous les deux un modèle de chercheur que j'aspire à devenir. À travers mon projet de thèse, j'ai été le témoin privilégié de la mise en œuvre de vos compétences comme chercheur, de votre rigueur et de vos habiletés relationnelles. Votre dévouement pour l'amélioration des services destinés aux personnes présentant un TUS et l'approche collaborative avec laquelle vous menez des recherches en milieu clinique continuent d'être une grande source d'inspiration pour moi.

Un merci tout particulier également aux membres remarquables de mon comité de thèse, Michel Perreault, professeur au département de psychiatrie de l'université et McGill et Marie Jauffret-Roustide, sociologue et chargée de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale. Je me sens choyée d'avoir pu bénéficier de vos expertises. Vos questions et vos conseils ont alimenté ma réflexion et ont enrichi mon projet. Merci également à Marie de m'avoir accueilli lors d'un stage doctoral qui m'a permis d'élargir mes horizons. J'espère que l'avenir nous réserve de nombreuses collaborations. Je tiens aussi à remercier Jessica Pearson et Claire Baudry, toutes deux

professeures au département de psychoéducation de l'UQTR, pour leurs apports et leur lumière sur les aspects méthodologiques de la méta-analyse.

Cette thèse n'aurait pas pu voir le jour sans l'apport inestimable de nombreuses personnes. J'aimerais d'abord remercier du fond du cœur toutes les personnes qui ont accepté de me confier une partie de leur vécu et de m'avoir fait voir les parts d'ombre et de lumière dans leur processus de rétablissement. Votre engagement envers votre parcours de rétablissement est honorable et je me sens privilégiée d'avoir pu témoigner des forces que vous mobilisez pour y travailler quotidiennement. Merci de la confiance et de la générosité que vous m'avez manifestées. Je veux aussi remercier les utilisateurs de services qui ont accepté de réagir à une partie des résultats obtenus dans le cadre de cette thèse pour en améliorer l'analyse.

Cette thèse n'aurait pas pu non plus avoir lieu sans l'apport de personnes passionnées et engagées dans leur travail d'accompagnement des personnes présentant un TUS persistant. J'aimerais adresser mes remerciements aux nombreux cliniciens et partenaires qui ont facilité le déroulement des différents projets de recherche. Je remercie aussi tout spécialement les gestionnaires et les professionnels qui se sont prêtés au jeu de réflexion sur leur pratique et la façon dont leurs services sont organisés.

Merci également aux différents professionnels et assistants de recherche, particulièrement à Marie-Pier Boucher et Mélanie Blais, qui m'ont grandement facilité la vie en fournissant un travail de qualité lors du processus de sélection des articles et de transcription des verbatims. Je voudrais également témoigner ma gratitude à la mémoire de mon collègue Carl Tardif qui a contribué au processus de validation des résultats et avec qui j'avais le projet de présenter conjointement des recommandations adressées aux milieux cliniques. La brutalité de ton départ me laisse encore sous le choc, mais je garde en mémoire ta personnalité rayonnante, ta créativité, ta générosité et ta passion débordante. Tu occuperas à jamais un espace dans mes pensées.

Je voudrais aussi remercier chaleureusement mes amis et les membres de ma famille qui m'ont encouragé dans le cadre de mon parcours. Tout spécialement mon conjoint Charles, sans qui ce projet n'aurait jamais pu se réaliser. Ton amour et ton soutien me sont

inestimables. Merci d'avoir cru en moi et de m'avoir encouragé à réaliser mes projets. Merci aussi à mes enfants, Malik et Raphaëlle, de me ramener dans le présent et à ce qui est essentiel.

En terminant, je voudrais exprimer ma gratitude pour les nombreuses sources de soutien financier que j'ai reçu tout au long de mon parcours doctoral. Merci au RISQ et à l'IUD de mettre des bourses à la disposition des étudiants de cycles supérieurs et de nous donner des opportunités de valoriser nos travaux. Merci également au centre de recherche du CISSS-CA, au département de psychoéducation et à l'OPPQ pour les bourses doctorales. D'autres remerciements s'imposent aussi pour l'IRSC et le programme GERDER.net qui ont financé une partie des activités du volet 3 de la thèse.

« Si j’arrête de croire [que je peux m’en sortir], c’est comme arrêter de croire en la vie»

-Julia, participante projet de recherche doctorale

Chapitre I : Introduction

Ce premier chapitre vise à introduire la problématique globale dans laquelle s'inscrit cette thèse en examinant les fondements théoriques et méthodologiques soutenant l'idée que la dépendance est une maladie chronique et en abordant le concept de capital de rétablissement. Il se termine en présentant l'objectif et les questions de recherche de cette thèse ainsi que les différents chapitres qui la composent.

Critique des fondements théoriques et méthodologiques de la notion de chronicité

Dans le domaine de la santé, le terme chronique renvoie couramment à la dimension incurable d'une maladie comme le diabète, l'hypertension ou l'asthme. Or, dans les dernières décennies, le concept de chronicité a été adopté par plusieurs chercheurs et institutions dans le champ des dépendances pour caractériser la persistance dans le temps du trouble d'usage de substance (TUS) (American Society of Addiction Medicine, 2011; Fleury et al., 2016; Leshner, 1997, 2001; McLellan et al., 2000; NIAAA, 2020; NIDA, 2018; Volkow et Boyle, 2018). Pour plusieurs auteurs, la chronicité réfère à une trajectoire ponctuée d'épisodes répétés de traitement spécialisé en dépendance ou de différents services offerts de façon moins formelle (groupes de soutien AA/NA, échange de matériel stérile, etc.), de périodes d'abstinence plus ou moins longues et de rechutes menant au retour d'une consommation problématique (Chauvet et al., 2015; Fleury et al., 2016; White, 2012).

La conception du TUS comme un problème de santé chronique offre un cadre explicatif déstigmatisant pour les personnes qui sont aux prises avec ce trouble depuis plusieurs années, en proposant de l'appréhender comme une maladie plutôt qu'une faiblesse morale qu'il faut punir (Burnette et al., 2019; Carter et al., 2009; Hall et al., 2015). Cette façon de concevoir le TUS justifie une offre de service au long cours en évitant les nombreuses ruptures dans les trajectoires de soin (Cunningham et McCambridge, 2012; McLellan et al., 2000). D'un point de vue pratique, la reconnaissance du TUS en tant que maladie chronique aux États-Unis facilite la couverture des soins par les assurances (Humphreys et McLellan, 2010; Laudet et Humphreys, 2013; Tai et Volkow, 2013). Mais cette façon de considérer le TUS est-elle appuyée scientifiquement; quels en sont ses fondements théoriques et méthodologiques et enfin, quelle critique peut-on en faire ? Pour mieux comprendre comment la notion de chronicité a été associée au TUS, il convient dans un premier temps de faire une brève mise en contexte historique. Dans un deuxième temps, la conception actuelle de la chronicité sera décrite puis critiquée autour de trois éléments : 1) la notion d'incontrôlabilité; 2) la notion d'irrévocabilité; 3) la conception monolithique du TUS.

Mise en contexte historique

La plupart des auteurs situent les premières utilisations du terme chronique en référence à l'alcoolisme au milieu du 19e siècle (Levine, 1978; Nadeau, 1983; White, 2000). Dès le départ, le concept de chronicité est associé à l'idée que l'alcoolisme est une maladie, modifiant le paradigme dominant de l'époque voulant qu'une personne devienne alcoolique en raison d'un défaut moral (Roman, 2013). Cette nouvelle façon de concevoir l'alcoolisme entraine la création des premières cliniques de traitement de l'alcoolisme et des premières expériences formelles de groupe d'entraide (Levine, 1978; Roman, 2013; White, 2000). Toutefois, l'époque de la prohibition et du mouvement pour la tempérance freinent ces initiatives en instituant le retour d'une conception morale de l'alcoolisme (Roman, 2013; White, 2000). Plusieurs gouvernements, dont certains au Canada et celui des États-Unis, bannissent toute consommation d'alcool instituant le message que l'alcool a des effets démoniaques (Levine, 1978).

Ce n'est qu'au milieu du 20e siècle que la conception de l'alcoolisme en tant que maladie fait son retour (World Health Organization, 1950). En 1960, Elvin Mortin Jellinek, l'un des acteurs clés de cette conception, présente un modèle expliquant la nature de l'alcoolisme : le modèle de maladie (disease model). Selon Jellinek (1960) l'alcoolisme est une maladie progressive et incurable dont la notion de perte de contrôle est centrale dans la persistance du problème. La perte de contrôle est perçue comme une réaction physiologique incontrôlable suite à l'ingestion d'une quantité d'alcool, même faible, entrainant la personne qui en est atteinte à consommer de façon immodérée (Donovan et Witkiewitz, 2012; George et al., 2012; Jellinek, 1960). Le modèle de maladie continue, à ce jour, d'avoir une influence notable auprès des professionnels et est considéré comme l'une des composantes implicites du programme des AA/NA (Hartje, 2009; Lawrence et al., 2013; Maranda, 1992; White, 2000).

Entre les années 60 et 80, plusieurs chercheurs publient des travaux qui contribueront à remettre en question le modèle de maladie de Jellinek, citons à ce propos ceux de Stanton Peele et de Gordon Alan Marlatt (Nadeau, 1983). Les travaux de Peele (Peele, 1977, 1979; Peele et Brodsky, 1975) ont permis de souligner la multitude des composantes liées au développement et au maintien de la dépendance aux substances en

soulignant ses éléments psychologiques, sociaux et culturels. En faisant le parallèle avec d'autres comportements autodestructeurs, Peele et Brodsky (1975) stipulent que la dépendance n'est pas limitée aux substances et que les substances ne mènent pas forcément à la dépendance. Ce faisant ils sortent de l'argumentaire biomédical en soulignant les processus dynamiques et complexes sous-jacents à ces comportements. À l'aide d'un devis expérimental rigoureux (devis équilibré utilisant un placebo, *balanced placebo design*), l'étude de Marlatt et al. (1973) a remis en question certains postulats du modèle de maladie de Jellinek. Dans la première condition de leur étude, la moitié du groupe devait boire une boisson faiblement alcoolisée et l'autre moitié devait boire une boisson sans alcool. Dans la deuxième condition, les chercheurs ont dit à la première moitié du groupe que la boisson contenait de l'alcool et à l'autre moitié qu'elle n'en contenait pas. Leurs résultats, où la quantité d'alcool ingérée est plutôt reliée à la croyance en la présence d'alcool qu'en sa présence réelle, démontrent que la consommation excessive d'alcool est davantage due à des facteurs psychologiques tels que les croyances basées sur les attentes, plutôt qu'à un processus physiologique comme le laissait croire le modèle de maladie de l'époque.

Dans les années 90, l'étude du cerveau à l'aide de l'imagerie médicale permet de nettes avancées dans notre compréhension de l'initiation et du maintien du TUS (Carter et al., 2009). Ces découvertes montrent de quelle façon l'utilisation répétée de substances psychoactives (SPA) modifie certaines structures du cerveau, amenant plusieurs chercheurs à qualifier le TUS de maladie chronique du cerveau (Carter et al., 2009; Roman, 2013). Faisant place à davantage de nuance que le modèle de maladie de Jellinek (1960), cette conception reconnait également la part environnementale et les processus psychosociaux qui influencent l'initiation du phénomène de dépendance (George et al., 2012; NIDA, 2018). Cependant, le maintien du problème (c.-à.-d. la chronicité) s'appuie essentiellement sur des arguments neurobiologiques ; l'usage de SPA à long terme endommage progressivement le cerveau en transformant certaines fonctions liées au plaisir, à la motivation, à l'attention, à la mémoire et à la prise de décision (Leshner, 2001; McKay, 2009a; Volkow et al., 2016). Ces modifications privent la personne aux prises avec un TUS de son libre arbitre, et ce, de façon permanente, la rendant ainsi vulnérable

aux rechutes toute sa vie durant (Kauer et Malenka, 2007; Leshner, 2001; Volkow et al., 2010). Le modèle de maladie chronique du cerveau postule qu'il s'agit d'une maladie incurable pour l'ensemble des personnes qui en souffrent et qu'en l'absence de traitement, on observe une détérioration de leur condition au même titre que d'autres maladies chroniques (MacKillop, 2019; McLellan et al., 2000; NIDA, 2018).

Contrairement aux États-Unis où de grandes institutions ont adopté l'idée que le TUS est une maladie chronique du cerveau, les positions sont plus nuancées en Europe. Par exemple, la Fédération Addiction (regroupement national des services de prévention et de réadaptation en dépendance en France), la *Society for the Study of Addiction* (une organisation visant à promouvoir les connaissances scientifiques dans le domaine des dépendances au Royaume-Unis) n'y font jamais référence dans leurs publications officielles. Tandis que l'European Monitoring Center for Drugs and Drugs Addiction (une agence d'autorité européenne en matière de données et d'analyses scientifiques sur l'usage des drogues) mentionne explicitement qu'il s'agit d'un modèle trop réducteur lui préférant un modèle intégrateur (EMCDDA, 2013).

La notion d'incontrôlabilité

Les avancées dans le domaine de la neuroscience ont mis en lumière les dysfonctionnements et les dommages causés dans certaines zones du cerveau suite à une consommation prolongée de SPA. Des modifications dans les systèmes régissant la récompense, la motivation, la prise de décision ainsi que l'habileté à inhiber ses propres impulsions ont été observées (Carter et al., 2009; Leshner, 1997, 2001; NIAAA, 2020; NIDA, 2018; Volkow et Boyle, 2018). Les mécanismes sur lesquels reposent ces changements sont nombreux et complexes, ils impliquent plusieurs neurotransmetteurs, dont le plus étudié est le système dopaminergique (Solinas et al., 2019). Impliquée dans plusieurs fonctions comme la motivation, l'attention et la mémoire, la dopamine est un neurotransmetteur qui participe aussi à la formation de nouvelles synapses : un changement dans le métabolisme dopaminergique peut entrainer une restructuration du réseau synaptique (Lewis, 2017).

Il est reconnu que les grandes décharges dopaminergiques libérées suite à la prise de SPA créent une association entre les sensations de plaisir (réponse obtenue) et la consommation (stimulus) (Di Chiara, 2002; Volkow et Baler, 2015). Cette association crée un circuit qui renforce la consommation de SPA (Koob et Le Moal, 2006; Nutt et Nestor, 2018). La consommation prolongée de SPA occasionne une chute dans la quantité de dopamine libérée, poussant la personne à consommer davantage pour obtenir les mêmes effets, phénomène qualifié de neuroadaptation (Di Chiara, 2002). Ce processus conduit à une désensibilisation du système de récompense diminuant ainsi la capacité à ressentir le plaisir lié aux activités de la vie quotidienne et la motivation à les poursuivre (Volkow et al., 2016). En contrepartie, on voit s'installer une hyperactivation du circuit impliqué dans la motivation pour la recherche et la consommation de SPA (Koob, 2013; Volkow et al., 2010). La priorité accordée à ces activités est activée par le biais attentionnel : une forme de conditionnement faisant en sorte qu'une personne aux prises avec un TUS portera davantage attention aux stimuli reliés à la consommation de SPA (Waters et al., 2003). Ce conditionnement contribue à la constitution d'un cercle vicieux dans lequel les biais stimulent la consommation qui à son tour aura pour effet d'accroitre l'intensité des biais renforçant ainsi ce circuit (Deleuze et al., 2013). La présence des stimuli reliés à la consommation déclenche également une réaction physiologique qui entrerait en jeu dans le phénomène du *craving* (Deleuze et al., 2013; Koob et Le Moal, 2006).

De plus, d'autres observations ont montré que l'utilisation prolongée de SPA a un impact sur le système préfrontal qui régit notamment l'impulsivité et la prise de décision (Volkow et al., 2016; Volkow et al., 2010). Les changements observés dans cette zone altèrent les capacités d'une personne aux prises avec un TUS à évaluer et à anticiper les conséquences de ses choix (Carter et al., 2009). Des études ont également montré que les personnes aux prises avec un TUS font également preuve de moins de flexibilité face à une nouvelle situation et utilisent moins d'informations pour prendre une décision (Schoenbaum et al., 2016). Ces difficultés sont corrélées avec le risque d'avoir une rechute (Brevers et al., 2018; Domínguez-Salas et al., 2016).

S’appuyant ainsi sur tout ce corpus de données neuro-médicales indiquant que l’usage prolongé de SPA entraine des modifications dans différentes structures du cerveau, les tenants du modèle de maladie chronique attestent que le maintien du TUS dans le temps est expliqué par l’effet de ces modifications sur la capacité d’une personne à exercer un contrôle sur ses comportements (Becoña, 2018; Kauer et Malenka, 2007). Autrement dit, la conceptualisation chronique du TUS repose sur l’idée que certains dysfonctionnements dans le cerveau entrainent une incapacité à contrôler ses comportements de consommation. À propos des personnes présentant un TUS, le NIDA mentionne que : « leur cerveau a été altéré par les drogues au point où leur libre arbitre a été « détourné » et leur désir de consommer est hors de leur contrôle » [traduction libre] (NIDA, 2013, 3e paragraphe). Sur son blogue, la directrice du NIDA explique que la dépendance est une maladie du libre arbitre : « en raison de leur consommation de drogue, leur cerveau n’est plus en mesure de produire quelque chose dont nous avons besoin pour fonctionner et que les personnes saines prennent pour acquis, le libre arbitre » [traduction libre] (Volkow, 2015, 4e paragraphe).

La plupart des études sur lesquelles s’appuient le NIDA et les chercheurs qui défendent le modèle de maladie chronique du cerveau a été réalisée en laboratoire, affectant ainsi la validité écologique des conclusions qui peuvent en être tirées (Burgess et al., 2006). Parmi ces études, plusieurs ont été réalisées en laboratoire auprès d’animaux à l’aide d’une méthodologie d’auto-administration où les chercheurs sont en mesure de contrôler l’exposition et l’accès à la substance, ce qui correspond peu à la réalité sur le plan psychologique et environnemental (Ahmed, 2012; Field et Kersbergen, 2020). Les conclusions tirées à partir de ces études ne permettent donc pas d’inclure d’autres facteurs qui seraient naturellement présents dans le contexte d’un individu présentant un TUS, tels que l’accessibilité aux substances, son entourage, ses motivations, etc.

Le fait de se concentrer uniquement sur les facteurs d’ordre neurobiologique conduit à une sursimplification des capacités de décision humaine (Becoña, 2018; George et al., 2012; Gray Hardcastle et Hardcastle, 2017). Tout comme ce qui mène à l’initiation du TUS, les causes de son maintien sont complexes et reposent sur l’interaction d’un ensemble de facteurs dont notamment les cognitions, la motivation, l’identité, les relations

sociales, les politiques publiques et le contexte culturel (Becker et al., 2016; Brevers et al., 2018; Lewis, 2015; Marlatt et al., 1973; Zargar et al., 2019). Le choix de continuer ou non de consommer semble donc être un processus beaucoup plus complexe que ne le laisse croire l'idée selon laquelle les effets pharmacologiques à long terme d'une substance sur le système nerveux central ont endommagé le libre arbitre.

D'ailleurs le concept du libre arbitre n'est pas dichotomique; le fait d'être conscient ou inconscient d'agir se décline en un long continuum (Heyman, 2017). Des recherches montrent que la notion de perte de contrôle est un concept dynamique et changeant dans la vie d'une personne présentant un TUS (Snoek, 2017). Les résultats du Drug Abuse Reporting Program (DARP)— une grande étude nationale d'efficacité des traitements—montrent que parmi les personnes qui continuent à consommer après avoir reçu un traitement, une majorité d'entre elles ne retournent pas à leur niveau de consommation quotidienne antérieure au traitement (Simpson et Sell, 1982). Par exemple, chez les consommateurs d'opiacés qui ne sont pas sous traitement de substitution, cette diminution correspond en moyenne à 50 % de la consommation rapportée sur une base hebdomadaire un an après avoir reçu un traitement, alors que chez les consommateurs de marijuana elle se situe à 25% en moyenne (Simpson et Sell, 1982).

Par ailleurs, de nombreuses recherches longitudinales montrent qu'il est possible de maintenir une consommation contrôlée d'alcool après avoir eu un TUS, et ce, même chez les cas les plus sévères (Dawson et al., 2007; Mann et al., 2005; Vaillant, 2003; Young, 2017). Ainsi, la perte de contrôle ne serait pas un phénomène statique. Il s'agirait d'un phénomène variable au fil des phases du TUS qui correspondrait davantage à une diminution circonstanciée de la capacité à être en contrôle plutôt qu'à une perte de contrôle totale et irrémédiable (George et al., 2012; Snoek, 2017). Les travaux qui ont contribué au développement de l'entretien motivationnel illustrent d'ailleurs l'importance de différents facteurs psychologiques (sentiment d'auto-efficacité, relation thérapeutique harmonieuse, responsabilité/autonomie, etc.) dans les mécanismes menant à des changements de comportements (Miller, 1996).

La notion d'irrévocabilité

Cette perte de contrôle en tant que phénomène irrévocable est au cœur de la conceptualisation chronique du TUS (Douaihy et Driscoll, 2018). Du côté des AA, la dépendance est comprise comme une maladie sur laquelle les personnes n'ont pas de pouvoir et pour laquelle il n'existe pas de remède : « "alcoolique un jour, alcoolique toujours" est un simple fait avec lequel on doit vivre » [traduction libre] (AA, 2017, p.9). Cette idée selon laquelle il n'y aurait pas de possibilité de « guérir » d'un TUS est partagée par plusieurs chercheurs qui font état des similitudes entre les maladies chroniques physiques et le TUS (Humphreys et McLellan, 2010; McLellan et al., 2000; O'Brien et McLellan, 1996; White et McClellan, 2008). L'article le plus fréquemment cité pour exposer ces ressemblances est la revue de littérature réalisée par McLellan et al. (2000). Dans cet article, McLellan et al. (2000) rapportent des similitudes entre le TUS et le diabète, l'hypertension ou l'asthme sur le plan de : l'étiologie de ces troubles influencée par le même ensemble de facteurs (héritabilité génétique, choix personnels et de facteurs environnementaux); l'aggravation de l'état de santé, voire la mort prématurée en l'absence de traitement ; des taux de rechutes similaires suite à un traitement ainsi que des facteurs de rechute semblables (pauvreté, le manque de soutien social, la présence de troubles de santé mentale). Enfin, sur la base d'une recension d'une centaine d'études évaluant le traitement du TUS avec groupe contrôle, ils postulent que la rémission du TUS est rare tout comme dans le cas des maladies physiques chroniques pour lesquelles il n'existe pas de remède connu, mais qu'un suivi à long terme permet d'amoindrir les conséquences.

S'il est juste d'affirmer qu'il existe certaines similitudes entre les maladies physiques chroniques et la proportion de personnes touchées plus sévèrement par le TUS, il demeure cependant que l'utilisation du terme chronique n'est pas adéquate pour caractériser le TUS. Le concept de chronicité renvoie indubitablement à l'aspect incurable ou irrévocable d'une maladie (Dictionary of Health Education, 2010). Or, plusieurs études montrent qu'il est possible de se rétablir d'un TUS même si pour les cas les plus sévères, le parcours menant à la rémission peut parfois prendre plusieurs années. Une revue des études portant sur les trajectoires des personnes présentant un TUS révèle que pour 35% à 54% des gens, il faut en moyenne 17 années entre l'apparition du trouble et l'absence

des critères diagnostiques du trouble au cours d'une année (Fleury et al., 2016). De même que le temps médian entre le premier épisode de traitement et la première année complète sans usage de substances est de neuf ans (Dennis et al., 2005). Par ailleurs, une mesure d'abstinence dichotomique réalisée peu après un traitement ne permet pas de prendre en compte le processus de changement qui s'est amorcé (Kougiali et al., 2017; Maisto et al., 2018). De la même façon, une rechute après un traitement n'indique pas forcément un échec de celui-ci (Maisto et al., 2018). Dans une enquête nationale canadienne auprès de personnes rapportant être en rémission d'un TUS, 20 % des participants ont déclaré avoir fait entre deux et cinq rechutes, alors que 15% mentionnent avoir fait six rechutes ou plus depuis le début de leur processus de rémission (McQuaid et al., 2017).

Pour les tenants du modèle de maladie chronique du cerveau, le concept de chronicité s'appuie sur l'idée que la perte de contrôle des comportements de consommation persiste, car les modifications neurologiques qui en sont la cause demeurent présentes malgré les périodes d'abstinence (Leshner, 2001; McKay, 2009b; NIDA, 2018; Tracy, 2016). Des études réalisées auprès de personnes dépendantes à la cocaïne, à l'héroïne, à l'alcool et aux amphétamines, pendant des périodes d'abstinence variant entre deux semaines et dix-sept mois, montrent des améliorations sur le plan de différentes fonctions exécutives (mémoire, prise de décision, inhibition, planification des tâches, fonction motrice), sans toutefois atteindre un niveau de fonctionnement normatif considéré comme antérieur à la dépendance (Ersche et al., 2006; Noël et al., 2013; Schulte et al., 2014; Verdejo-García et Pérez-García, 2007; Volkow et al., 2001). En outre, des études réalisées à l'aide de l'imagerie médicale permettent de constater que la présence de stimuli associés à la consommation active la trajectoire dopaminergique impliquée dans le phénomène de *craving* et que cette réponse demeure présente même après plusieurs années d'abstinence, bien qu'elle tende à diminuer avec le temps (Campanella et al., 2020; Dempsey et al., 2015; Li et al., 2013; Volkow et al., 2009; Wolf, 2016; Yang et al., 2019). C'est pourquoi plusieurs chercheurs vont qualifier le TUS de «*relapsing brain disease*» (Carter et al., 2009; Leshner, 1997; NIAAA, 2020; NIDA, 2018).

Le fait qu'il soit possible d'observer une réaction neurologique impliquée dans le phénomène de *craving*, et ce, même après plusieurs années d'abstinence n'implique pas

forcément qu'il s'agit d'une «*relapsing brain disease*». Soulignons d'abord que la rechute et le *craving* sont deux concepts distincts. Le désir intense de consommer ou le fait d'être en mesure d'observer des indicateurs neurochimiques liés à ce désir n'indiquent pas qu'il y aura une rechute. Il y a une nette distinction entre le désir de consommer (*craving*) et le comportement de consommer à nouveau (rechute); la rechute est un comportement induit par un ensemble de facteurs dont le *craving* n'en est qu'un parmi d'autres (Sliedrecht et al., 2019). Ainsi le fait que les études montrent la persistance de la vulnérabilité associée au phénomène de *craving* n'implique pas forcément une perte de contrôle liée aux comportements de consommation, mais il est vrai en augmente la probabilité (Redish, 2013). Ces résultats illustrent la présence d'un conditionnement classique puissant dont l'effet d'apprentissage persiste (Schultz, 1998). Dans son article *What neurobiology cannot tell us about addiction*, Kalant (2010) met les lecteurs en garde contre un réductionnisme où les causes sont confondues avec les conséquences; le conditionnement classique n'est pas une maladie du cerveau, il s'agit plutôt d'un des nombreux mécanismes d'apprentissage persistants impliqués dans le développement et le maintien du TUS.

La littérature à propos des dommages neurologiques causés par la dépendance aux SPA et la plasticité du cerveau à la suite d'une période d'abstinence prolongée est foisonnante. Il y a toutefois, une grande inconsistance parmi les résultats : une simple recension peut facilement rapporter tout et son contraire (voir à titre d'exemple les travaux de Tracy, 2016). L'inconstance dans les résultats peut notamment être causée par la variation d'une étude à l'autre dans la durée des périodes d'abstinence ou encore le fait que les études n'utilisent pas d'échelles standardisées (Basterfield, et al., 2019; Frazer et al., 2018). D'où l'importance d'utiliser des méta-analyses ou des revues systématiques pour conclure sur cette question.

Les auteurs d'une méta-analyse auprès de personnes présentant un trouble d'usage lié à l'alcool rapportent que les dommages neurologiques persisteraient en moyenne jusqu'à un an après le début de l'abstinence (Stavro et al., 2013). Tandis qu'une revue systématique recensant des études menées auprès d'ex-utilisateurs de cocaïne et une méta-analyse d'études se déroulant auprès d'ex-consommateurs de méthamphétamine conclut que l'état actuel des connaissances ne permet pas de postuler que les dommages

neurologiques persistent au-delà d'une période d'abstinence prolongée (Basterfield et al., 2019; Frazer et al., 2018). Les auteurs de ces articles soulignent le manque de rigueur méthodologique de plusieurs études, notamment l'absence de critères d'inclusion portant sur une période prolongée d'abstinence, des taux importants d'attrition du côté du groupe d'anciens consommateurs ainsi que le fait que les groupes de comparaison ne sont pas appariés en fonction de l'âge ou de l'éducation—deux facteurs reconnus pour affecter la capacité à réaliser des tâches cognitives. D'autres auteurs avancent également que, suite à une période d'abstinence, l'absence d'amélioration sur le plan des fonctions neurocognitives pourrait être due à des problèmes qui étaient présents avant l'apparition du problème de dépendance (Schulte et al., 2014). En définitive, la présence de ces biais atténue notre capacité à établir une relation de causalité entre la dépendance et la persistance des dommages neurologiques au-delà d'une période prolongée d'abstinence. Même advenant la démonstration empirique d'une telle relation de causalité à l'aide d'un devis pré-post, il est probable que de tels dommages se déclinent plutôt en un long continuum selon la sévérité du TUS.

Une conception monolithique du TUS

Une troisième critique à la conceptualisation du TUS en tant que maladie chronique s'adresse justement à cette absence de gradation dans la sévérité du problème ; comme si toutes les personnes aux prises avec un TUS formaient un seul bloc monolithique dont le trouble serait particulièrement sévère. Plusieurs chercheurs font une distinction parmi les utilisateurs de services spécialisés en dépendance : certains présenteraient un profil transitoire, c'est-à-dire que le trouble se résorberait assez facilement dans le temps, alors que pour d'autres il persisterait pendant plusieurs années (Brochu et al., 2014; Chauvet et al., 2015). D'après White (2008), les personnes présentant ce deuxième profil se différencient de celles présentant un profil transitoire par une plus grande sévérité clinique du trouble, une plus grande complexité (polydépendance, usage de drogue injectable, concomitance avec un ou des troubles de santé mentale), une plus grande vulnérabilité (historique familial de TUS, âge plus jeune de début du TUS, évènements traumatisants) ainsi qu'un capital plus faible de rétablissement.

L'absence de nuance dans la conceptualisation dite chronique du TUS proviendrait notamment du fait que la plupart des études à partir desquelles les tenants de cette conceptualisation tirent leurs conclusions ont été menées auprès de populations cliniques (White, 2008). Non seulement la population clinique est hétérogène, mais elle ne représente pas l'ensemble des personnes présentant un TUS. En comparaison avec des personnes aux prises avec un TUS mais n'utilisant pas les services spécialisés en dépendance, les participants dans ces études ont un profil clinique plus sévère en termes de quantité consommée, de durée du problème et présentent une plus grande complexité clinique se manifestant par la concomitance avec d'autres troubles (Dawson, 1996; Fein et Landman, 2005; Moss et al., 2007; Storbjörk et Room, 2008). Cette complexité est d'ailleurs en cause dans l'obtention d'un pronostic moins favorable (Fein et Landman, 2005).

L'étude du TUS sous la lunette des cas les plus sévères dresse un portrait non représentatif en termes de manifestations du trouble et de ses conséquences, une déformation de la réalité connue sous le nom de biais de Berkson ou d'illusion du clinicien (Cohen et Cohen, 1984; Heyman, 2009). Cette représentation serait d'autant plus déformée vu la proportion importante de personnes n'utilisant pas les services spécialisés en dépendance (Dawson et al., 2005; Kelly et al., 2017a; Müller et al., 2020; Stinson et al., 2006). En effet, approximativement 10% des personnes ayant un TUS consultent pour leur problématique (SAMHSA, 2016).

Par ailleurs, trois observations issues des résultats des études portant sur des populations non-cliniques vont à l'encontre d'une conceptualisation chronique du TUS pour l'ensemble des personnes qui en sont affectées. Premièrement, les taux élevés de rémission dans plusieurs études réalisées à partir de la population générale montrent qu'il s'agit de la norme plutôt que de l'exception. À partir d'analyses rétrospectives menées sur des échantillons de personnes issues de la population générale qui rapportent avoir eu une dépendance aux substances au cours de leur vie, ces études rapportent des taux de rémission autour de 36% pour le cannabis (Newcomb et al., 2001), de 39 % pour la cocaïne (Newcomb et al., 2001) et de 75 % pour l'alcool (Dawson et al., 2005). Deuxièmement, la notion de chronicité implique une dégradation de l'état de la personne en l'absence de

traitement, mais plusieurs études indiquent qu'il est possible de se rétablir d'un TUS sans avoir recourt à une aide formelle, phénomène qualifié de rémission spontanée (Peele, 2007; Rumpf et al., 2007; Sobell et al., 1996; Waldorf et Biernacki, 1979). À cet effet, le cas des soldats américains au Viêt Nam est l'un des exemples les plus fréquemment cités pour illustrer ce phénomène ; ces hommes avaient développé une forte dépendance à l'héroïne pendant leur séjour, dépendance qui s'est résorbée à leur retour au pays sans avoir recours à une forme quelconque de traitement pour 95% d'entre eux (Robins et al., 1974). Non seulement l'absence de traitement n'entraine pas forcément la dégradation de l'état de la personne aux prises avec un TUS, mais d'autres données montrent que la rémission peut même se produire sans une seule rechute. C'est ce que rapportent la moitié des personnes répondant aux critères diagnostiques du TUS au cours de la vie dans une étude canadienne menée auprès de la population en générale (McQuaid et al., 2017). Troisièmement, la prise en compte des courbes développementales dans l'étude du phénomène de TUS montre qu'il s'agit d'un problème qui débute vers la fin de l'adolescence et qui prend fin au début de la vie adulte pour une majorité de personnes présentant ce problème (Heyman, 2009; Seeley et al., 2019). Les données populationnelles québécoises vont d'ailleurs en ce sens en montrant que parmi tous les groupes d'âge, les 15-24 ans sont les plus représentés quant à la dépendance à l'alcool ainsi qu'à l'utilisation d'autres substances illicites (Kairouz et al., 2008).

La prise en compte des résultats provenant des études non-cliniques démontre que le TUS n'est pas un phénomène homogène sur le plan de la sévérité et de ses manifestations (Acier et al., 2008; Kairouz et al., 2008; Kelly et al., 2017b; McQuaid et al., 2017). Il apparait donc incorrect d'appliquer les conclusions des études menées auprès d'une minorité de personnes présentant un profil plus sévère à une majorité de personnes pour qui le problème n'a pas la même ampleur (Dawson, 1996; White, 2008). Ainsi, pour plusieurs auteurs la conception chronique du TUS s'applique uniquement à ceux présentant un profil plus sévère (Fleury et al., 2016; Hall et al., 2015; Kincaid et Sullivan, 2010; McKay, 2013; White, 2012; White et McClellan, 2008; Wiens et Walker, 2015). La sévérité de leur profil s'apparenterait aux problèmes chroniques de santé physique dont

les périodes de stabilités et de détérioration requièrent des soins au long cours (McLellan et al., 2000).

Quelques grands constats à propos du modèle de maladie chronique du TUS

De cette réflexion critique sur les fondements théoriques et méthodologiques de la notion de chronicité émergent trois grands constats. Premièrement, l'adoption d'une perceptive bio-psycho-sociale semble mieux refléter les dynamiques complexes qui subsistent entre les facteurs d'ordre individuel (génétique, neurologique, psychologique) et du contexte (social, politique, environnemental) impliqués dans le développement et le maintien du phénomène de dépendance (Landry et Brochu, 2012). Les avancées dans le domaine neurologique ont permis d'améliorer notre compréhension de plusieurs phénomènes impliqués dans le développement et le maintien du TUS en exposant la taille du défi que doivent surmonter les personnes qui tentent d'arrêter de consommer (Snoek, 2017). Néanmoins, ces découvertes ne doivent pas mener à une sursimplification de phénomènes complexes tels que la capacité à contrôler ses comportements de consommation donnant ainsi l'image d'un automate qui obéit à des commandes neurobiologiques (Peele, 2016).

Deuxièmement, le TUS n'est pas un phénomène homogène sur le plan de la sévérité : parmi l'ensemble des personnes présentant un TUS, certaines s'en sortent assez rapidement à l'aide de service ou non, pour d'autres le problème persiste dans le temps et s'accompagne d'une plus grande sévérité ainsi que d'une concomitance avec d'autres problèmes (Brochu et al., 2014; Chauvet et al., 2015). Tout comme la capacité à exercer son libre arbitre ou la persistance des dommages causés par la consommation ne sont pas des notions dichotomiques. L'adoption d'une vision en continuum du TUS et de ses manifestations semble refléter plus adéquatement le portrait complexe et nuancé qui se décline selon la sévérité du TUS, la durée de la dépendance, les substances consommées, les caractéristiques de l'individu et de son contexte.

Troisièmement, le concept de chronicité n'est pas adéquat pour qualifier la sévérité et le maintien du TUS dans le temps. Le terme chronique renvoie à l'aspect incontrôlable et irrévocable d'une maladie. Concevoir le TUS comme une maladie chronique où les

personnes qui en sont atteintes n'ont pas de contrôle sur leurs comportements nuit à leur sentiment d'auto-efficacité, leur agentivité et ultimement leur processus de rémission (Burnette et al., 2019; Carreno et Pérez-Escobar, 2019; Heather et al., 2018; Peele, 2016; Snoek, 2017; Wiens et Walker, 2015). Quant à la notion d'irrévocabilité, plusieurs études montrent que la rémission est possible même si elle s'échelonne sur plusieurs années (Dawson et al., 2005; Fleury et al., 2016; Heyman, 2017; Vaillant, 2003). Un terme renvoyant au caractère persistant du TUS pour cette proportion de personnes reflèterait mieux l'idée que pour ces personnes le trouble s'étire sur plusieurs années sans impliquer forcément son irrévocabilité. Conséquemment, dans cette thèse, il a été décidé de retenir l'appellation « TUS persistant » ou « TUS au long cours » plutôt que TUS chronique pour référer aux personnes chez qui le TUS s'étire dans le temps.

Le processus de rétablissement des personnes présentant un TUS persistant

La reconceptualisation du TUS comme un phénomène persistant pour certains implique de concevoir différemment les indicateurs de succès des services en dépendance. À l'heure actuelle, l'abstinence ou la réduction de consommation sont les indicateurs le plus largement utilisés pour évaluer le succès thérapeutique d'une intervention (Bjornestad et al., 2020). Qui plus est, cette mesure est souvent employée de façon dichotomique laissant peu de place à la nuance, ce qui ne permet pas de faire ressortir les progrès qui ont été faits dans les autres sphères de leur vie (Willenbring, 2014). Une nuance qui serait bien nécessaire vu la durée des trajectoires de rémission des personnes présentant un profil de TUS persistant (Dennis et al., 2005; Fleury et al., 2016). En outre, plusieurs enjeux demeurent présents même lorsque l'abstinence ou une consommation contrôlée sont atteintes : la résurgence de symptômes psychologiques, la réinsertion en emploi/scolaire, les relations sociales/familiales, l'hébergement et la santé, indiquant que le concept de rémission du TUS doit être élargit à d'autres indicateurs que ceux liés aux comportements de consommation (Bacchus et al, 2000; Laudet et White, 2010; Nordfjaern et al., 2010).

Originaire du domaine de la santé mentale, le concept de rétablissement est de plus en plus adopté dans le contexte des dépendances pour caractériser la rémission du TUS.

Les études s'intéressant au rétablissement du point de vue des usagers montrent qu'il s'agit d'un processus non linéaire impliquant des hauts, des bas et parfois l'impression de retourner en arrière (Costello et al., 2018). Pour plusieurs, l'abstinence est une composante importante de leur rétablissement, mais pas la seule, soulignant la nature multidimensionnelle de cette notion (Costello et al., 2018; McQuaid et al., 2017). L'amélioration de la qualité de vie, du bien-être (physique, mental, sexuel, spirituel, etc.) et la présence de liens sociaux satisfaisants figurent également comme des composantes importantes du processus de rétablissement (McQuaid et al., 2017). La trajectoire de rétablissement est propre à chaque individu. Elle est caractérisée par des étapes et des évènements marquants qui varient en fonction de la nature, l'intensité et la durée de la dépendance, mais aussi selon des caractéristiques individuelles, telles que le genre ou l'âge (Neale et al., 2015; White et al., 2011). Ainsi, bien davantage qu'une cible à atteindre, le rétablissement est un : « processus de changement par lequel chaque individu améliore sa santé, son bien-être, mène une vie selon ses propres exigences et s'efforce d'atteindre son plein potentiel » (SAMHSA, 2012, p.3).

Le capital de rétablissement

Différents mécanismes contribuent à l'initiation et au maintien du processus de rétablissement. À cet égard, le concept de capital de rétablissement (Cloud et Granfield, 2008; Granfield et Cloud, 2001) permet d'expliquer pourquoi certaines personnes s'en sortent mieux à un niveau de sévérité similaire. Il correspond à la somme des ressources disponibles sur lesquelles les personnes présentant un TUS peuvent s'appuyer au travers de leur trajectoire de rétablissement (Cloud et Granfield, 2008; Granfield et Cloud, 2001).

Le développement du concept de capital de rétablissement en dépendance

Introduite par Granfield et Cloud (1999) à la fin des années 90, le concept de capital de rétablissement prend appui sur la notion de capital social réfléchie par des sociologues tels que Bourdieu (1980), Coleman (1990) et Putnam (1993). Globalement, le capital social correspond aux bénéfices rapportés par les interactions qu'un individu entretient avec différents réseaux sociaux disposant de ressources plus ou moins importantes selon les statuts sociaux des individus qui les composent (Bourdieu, 1980; Portes, 1998). Selon la perspective de Bourdieu (1994), les ressources ne sont pas réparties de façon équitable

entre les individus puisque la quantité de ressources dont dispose un individu repose à la fois sur l'étendue des réseaux sociaux dans lesquelles il évolue et sur la quantité de ressources que ces réseaux possèdent. L'appartenance à ces réseaux dépend du statut social de l'individu et du rapport de pouvoir entretenu entre celui-ci et les différentes institutions de la société (Bourdieu, 1980).

Bien que Grandfield et Cloud (1999; Cloud et Grandfield, 1994) reconnaissent l'existence d'autres types de ressources (ex. financières et matérielles, forces personnelles et celles présentes dans la communauté) la conceptualisation initiale du capital de rétablissement est principalement centrée sur sa dimension sociale. Réalisée auprès de 46 participants n'ayant eu recours à aucune forme de traitement formel pour se rétablir, l'étude de Grandfield et Cloud (2001) montre que les liens sociaux entretenus par ces individus ont constitué une source de capital dans laquelle ils ont pu puiser pour cesser de consommer. Les résultats indiquent qu'en plus du soutien émotionnel apporté par leur réseau social, les relations qu'ils entretiennent avec leurs amis et les membres de leur famille leur procurent un sentiment d'appartenance qui contribue au développement d'une identité positive. L'engagement ou le réengagement envers les diverses institutions telles que le travail, l'école, la famille ou la religion leur offre l'occasion d'exercer des rôles sociaux valorisés et les place en position d'obligation envers les autres : ils doivent répondre aux attentes de leur entourage, ils ont des responsabilités, leur entourage compte sur eux pour les assumer. De plus, les participants possèdent des ressources financières et matérielles qui ont pu faciliter leur parcours de rétablissement : ils proviennent de la classe moyenne et ont un milieu de vie stable. Ils sont également avantagés sur le plan personnel par le maintien de leur lien d'emploi, et ce, même au cours de leur trajectoire de consommation. Ils ont également peu de problèmes de santé et de démêlés avec la justice. Pour Grandfield et Cloud (2001), ces différentes sources de capital, et plus encore le capital social, ont permis à ces individus de développer les ressources et la motivation pour initier et maintenir leur trajectoire de rétablissement.

Par la suite, Cloud et Grandfield (2008) raffinent leur conceptualisation en y ajoutant la dimension culturelle du capital de rétablissement qu'ils définissent comme les valeurs, les croyances et les attitudes qui sont en phase avec les normes sociales dominantes et

permettent d'agir en conformité avec elles. Ils adoptent également une vision en continuum de la notion de capital de rétablissement dans laquelle il peut être positif ou négatif selon la quantité de ressources disponibles. Le capital de rétablissement négatif est alors défini par l'absence de ressources ou encore la présence de facteurs défavorables, tels que la stigmatisation ou les problèmes de santé mentale, qui constituent des obstacles au rétablissement (Cloud et Grandfield, 2008).

En 2008, White et Cloud proposent une nouvelle modélisation de la notion de capital de rétablissement. Cette conceptualisation intègre les éléments précédemment définis par Cloud et Grandfield (2008; Grandfield et Cloud, 2001) en les subdivisant autour de trois dimensions : personnelle, sociale et communautaire. La dimension personnelle intègre les ressources matérielles, financières et humaines (compétences, connaissances, qualités) attribuables à l'individu. La dimension sociale regroupe toutes les ressources qui sont mises à la disposition par le réseau social et familial de la personne, incluant le soutien psychologique et financier. La dimension communautaire renvoie à la fois aux ressources et aux opportunités présentes dans l'environnement distal de la personne (c.-à-d. excluant famille, amis) et intègre également la dimension du capital culturel (attitudes et attentes façonnées par le contexte culturel et politique dans lequel l'individu évolue). White et Cloud (2008) n'expliquent pas comment ils en arrivent à établir ce modèle à trois dimensions. S'ils ne prennent pas explicitement position sur la notion de capital de rétablissement négatif introduite par Cloud et Grandfield (2008), ils n'incluent toutefois aucun élément allant en ce sens (ex. obstacle du rétablissement).

La notion de capital de rétablissement a été reprise dans de nombreuses études dans le champ des dépendances et constitue aujourd'hui un concept incontournable de la recherche portant sur le rétablissement (Best et Hennessy, 2022). Cependant, aucune des conceptualisations du capital de rétablissement ne semble faire consensus parmi les chercheurs. La conceptualisation tridimensionnelle de White et Cloud (2008) a le mérite d'être simple, d'être cohérente avec les différents niveaux écologiques (individuel, micro, meso [Hennessy, 2017]) et de couvrir l'ensemble des dimensions énoncées dans les autres conceptualisations, bien que cela implique aussi un certain chevauchement entre les concepts (p. ex. la composante ressources matérielles et financières peut se retrouver dans

les trois dimensions). Les prochains paragraphes synthétiseront les études qui ont porté sur cette notion en les présentant à partir des trois grandes dimensions du capital de rétablissement : personnelle, sociale et communautaire (White et Cloud, 2008).

La dimension personnelle

La dimension personnelle est composée du capital physique et humain (White et Cloud, 2008). Le capital physique inclut les ressources financières et matérielles d'une personne telles que l'hébergement, ses sources de revenus, l'accès à des vêtements, de la nourriture et à un moyen de transport. À partir d'un devis transversal employant une régression hiérarchique, l'étude de Burns et Marks (2013) a analysé les liens existants entre les différentes dimensions du capital de rétablissement et la sévérité du TUS. Parmi les différentes dimensions (physique, humain, sociale et communautaire), le capital physique est celui qui prédit le plus fortement la variance expliquée de la sévérité du TUS (26%) : plus le capital physique est élevé, plus la sévérité du TUS est faible. Plusieurs chercheurs ont observé une relation entre l'accès à un hébergement adéquat et la diminution de la consommation (Clark et Rich, 2003; Nelson et al., 2015; Padgett et al., 2011) ainsi que la diminution des intoxications nécessitant des services d'urgence (Miller-Archie et al., 2019). Le fait d'avoir un milieu de vie à soi procure un sentiment de sécurité à partir duquel les personnes peuvent s'épanouir (Borg et al., 2005; Nelson et al., 2015). De même qu'il augmente le contrôle que l'on peut avoir sur sa propre vie, notamment sur le partage entre les envies de socialisation et d'intimité (Borg et al., 2005). Dans une étude qualitative explorant les similitudes et les différences entre les genres quant aux différentes dimensions du capital de rétablissement, les résultats montrent qu'en plus de leurs ressources financières particulièrement faibles, aucun des participants n'est propriétaire de son logement (Neale et al., 2014). Cependant, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à rapporter qu'elles vivent dans une situation d'hébergement relativement adéquate. Les auteurs suggèrent que les femmes sont souvent priorisées pour l'accès à des logements sociaux en raison des responsabilités parentales qui leur incombent (Neale et al., 2014; Martinelli et al., 2020).

Le capital humain constitue une autre sous-dimension du capital personnel. Il correspond aux aspirations, aux valeurs, aux connaissances, aux compétences et aux

qualités d'une personne (White et Cloud, 2008). Des études qualitatives menées auprès de personnes qui ont entamé un processus de rétablissement rapportent plusieurs ressources personnelles qui les ont aidé à cheminer : la spiritualité et le sens qu'elle apporte à la vie (Gilbert, 2022; Laudet et White, 2008), une meilleure compréhension du phénomène de la dépendance et l'acceptation d'avoir à vivre avec le désir de consommer à nouveau (Duffy et Baldwin, 2013), la reconnaissance de la nature au long cours de leur processus de rétablissement impliquant une vigilance et une constance dans les efforts qui doivent être faits (Gueta et Addad, 2015). D'autres ressources telles que le fait d'être diplômé, d'avoir des compétences professionnelles et d'occuper un emploi sont des facteurs favorisant le rétablissement (Best et Hennessy, 2022; Irish et al., 2020). Les personnes rapportent qu'en plus d'améliorer leur statut socio-économique et de mieux répondre à leurs besoins de base, occuper un emploi est perçu comme une façon de donner du sens au fait de demeurer abstinent en se dotant d'une structure de vie (Van Steenbergue et al., 2021). Toutefois, il semble que ce soit une source de capital limitée pour plusieurs personnes qui cherchent à se rétablir d'un TUS. Plusieurs recherches qualitatives rapportent que leurs participants ont souvent quitté l'école avant d'être diplômés, ils ont occupé divers emplois précaires ou non spécialisés et une majorité d'entre eux ne sont pas parvenus à maintenir un lien d'emploi au cours de leur trajectoire de consommation (Duffy et Baldwin, 2013; Gueta et Addad, 2015; Keane, 2011; Neale et al., 2014).

Quant à la santé, plusieurs participants parmi les échantillons d'études qualitatives rapportent des problèmes de santé chroniques dont l'hépatite C et des problèmes respiratoires tels que l'asthme et la pneumonie (Duffy et Baldwin, 2013; Neale et al., 2014). Tandis que du côté de leur santé mentale, la majorité des personnes rencontrées disent avoir vécu des problèmes dépressifs, d'anxiété ou d'idéations suicidaires à au moins une reprise au cours de leur vie et plusieurs mentionnent que ces problèmes sont toujours présents (Duffy et Baldwin, 2013; Neale et al., 2014). Les femmes ont tendance à rapporter des enjeux de santé liés à la violence conjugale, la reproduction, l'automutilation et aux comportements suicidaires alors que les hommes sont plus nombreux à signaler des blessures causées par leurs pratiques de consommation (Neale et al., 2014). D'après une étude menée auprès d'une cohorte de 40 personnes utilisant des services spécialisés en

dépendance, celles qui se trouvent en situation de précarité sont plus nombreuses à rapporter une moins bonne santé physique et mentale que les personnes insérées socialement (Skogens et von Greiffet, 2014). L'étude de Best et al. (2015) comparant des personnes actuellement en traitement avec des personnes qui sont abstinentes depuis environ deux ans, montre que ces dernières ont un meilleur niveau de bien-être et sont moins susceptibles de souffrir d'anxiété ou de dépression, suggérant que ces problèmes tendent à diminuer au fur et à mesure que la personne progresse dans son processus de rétablissement.

La dimension sociale

Le capital social est constitué par les ressources qui sont mises à la disposition par le réseau social et familial de la personne (White et Cloud, 2008). Du point de vue des personnes, un réseau social soutenant renforce les comportements qui contribuent au processus de rétablissement et maintient la motivation au changement, en plus de procurer l'accès à des ressources matérielles, des informations et du soutien émotionnel (Castillo et Resurreccion, 2019). De nombreuses études transversales font état de l'association positive entre le soutien social et l'amélioration de la qualité de vie (Best et al. 2012; 2015), la diminution des rechutes (Panebianco et al., 2016) et de la consommation (Groh et al., 2007).

De fait, la famille et les membres de l'entourage d'une personne présentant un TUS jouent un puissant rôle mobilisateur dans l'initiation du processus de rétablissement. Plusieurs participants à l'étude de Pettersen et al. (2018) racontent que la pression exercée par les membres de leur famille a constitué un facteur important d'initiation au changement, bien que leurs commentaires peuvent parfois véhiculer de la honte et de la culpabilité. Tandis que dans l'étude de Bellaert et al. (2022), des participants témoignent que la perte soudaine du soutien de proches qui s'étaient montrés aidant pendant plusieurs années peut précipiter le désir d'aller chercher de l'aide. Les études montrent que les membres de l'entourage jouent également un rôle dans le maintien du rétablissement. Du point de vue des personnes, le partage par les membres de l'entourage de ressources tangibles comme l'accès à de l'hébergement, de la nourriture ou de l'argent, de même que

le soutien émotionnel les aident à accéder à une forme de normalité (EnglandKennedy et Horton, 2011; Tracy et al., 2010).

La participation à des groupes d'entraide est un facteur reconnu qui contribue au maintien du rétablissement (Atkins et Hawdon, 2007; Bassuk et al., 2016; Kelly et al., 2020; Stevens et al., 2015). Les personnes racontent que leur participation à de tels groupes leur offre un cadre pour rester concentrées sur leur processus de rétablissement (Manuel et al., 2017). Elles expliquent que le soutien de la part de personnes qui ont un vécu similaire au leur et qui peuvent agir comme mentor favorise leur gestion du stress ainsi que des défis associés au processus de rétablissement (Castillo et Resurreccion, 2019). De plus, des personnes racontent que les liens et les interactions entretenus avec leur réseau social de soutien leur offrent une opportunité de participer à des activités sociales (p.ex. sport, loisir) ou d'exercer des rôles sociaux valorisés, ce qui donne du sens à leur vie et cultive un sentiment positif d'identité (Castillo et Resurreccion, 2019). D'autres expliquent que leur processus de changement identitaire a été alimenté par le fait d'avoir rendu visible leurs accomplissements aux yeux du groupe de soutien (p.ex. nombre de jours sans consommation) leur créant en retour un sentiment de fierté et d'espoir et renforçant également leur appartenance sociale (Bliuc et al., 2017).

Le réseau social peut parfois nuire au rétablissement. Par exemple, des données qualitatives relèvent que le manque de connaissance des membres de l'entourage à propos de la dépendance et de son processus de rétablissement peut entrainer la création d'attentes irréalistes (ex. ne pas saisir que la rechute est un processus normal) et porter atteinte au soutien offert (Brown et al., 2015; EnglandKennedy et Horton, 2011). Les résultats d'autres études qualitatives montrent que les bris de confiance causés par les mensonges ou les vols commis par la personne pendant sa trajectoire de consommation et la difficulté pour les membres de leur entourage de les percevoir autrement que comme des consommateurs abusifs limitent le soutien offert par les membres de leur famille (Neale et al, 2014; Van Steenberghe et al., 2021).

Très peu d'attention a été portée aux parcours distincts entre les hommes et les femmes. Parmi les rôles sociaux valorisés différemment en fonction du genre, des études

qualitatives relèvent que le rôle de mère est considéré comme une source de motivation à demeurer abstinente et une opportunité de s'insérer dans une vie conventionnelle (Gueta et Addad, 2015; Neale et al., 2014). Toutefois, plusieurs femmes rapportent que cette responsabilité s'accompagne également de préoccupations pour le bien-être de leurs enfants et d'anxiété de ne pas se montrer à la hauteur des attentes associées à leur rôle parental (Brown et al., 2015; Tracy et al., 2010; Van Steenberghe et al., 2021).

Seule une étude a directement exploré les différences dans les parcours de rétablissement d'hommes et de femmes (Neale et al. 2014). Les résultats montrent que les femmes seraient davantage proactives dans la recherche de soutien social que leurs homologues masculins et qu'elles établissent plus facilement des relations d'amitié avec des personnes qui ne sont pas des consommateurs (Neale et al., 2014).

La dimension communautaire

Le capital communautaire correspond aux opportunités qui sont présentes dans l'environnement de l'individu (au-delà de sa famille et ses amis) ainsi que les attitudes et les attentes émanant de la communauté (White et Cloud, 2008). Des études qualitatives rapportent que la présence d'opportunités d'emploi ou de formation dans la communauté d'un individu renforce les autres dimensions de son capital de rétablissement, elles favorisent notamment le développement de nouveaux réseaux sociaux, contribuent à l'épanouissement ainsi qu'à la (re)construction de l'estime de soi et l'exposent à de nouvelles valeurs, croyances et attitudes (Duffy et Baldwin, 2013; Foley et al., 2021; Keane, 2011). Une étude transversale explorant les liens entre le capital de rétablissement et la rétention dans les ressources d'hébergement en dépendance rapporte une association entre de plus longues périodes d'hébergement et un niveau plus élevé de bien-être et de capital de rétablissement (Cano et al., 2017). Cependant, les auteurs rapportent que cette relation est médiée par le degré avec lequel les résidents ont été impliqués dans des activités significatives (p.ex. emploi, éducation, engagement dans la communauté) en cours de traitement. Cela suggère qu'une plus longue durée de séjour où les individus s'impliquent au sein d'expériences de (re)connexion avec leur communauté en développant leurs compétences, aurait un impact positif sur leur processus de rétablissement (Cano et al., 2017).

En concevant que le capital communautaire est constitué des ressources présentes dans la communauté, la présence de groupes d'entraide pourrait être considérée comme une forme de capital communautaire au même titre que d'autres services en dépendance. Toutefois, aucune étude ne semble l'avoir exploré sous cet angle macroscopique. Dans les études consultées, la participation à des groupes d'entraide a plutôt été examinée sous la perspective du réseau social de soutien qu'ils procurent à un individu (Atkins et Hawdon, 2007; Kelly et al., 2014; Stevens et al., 2015; Vigdal et al., 2022).

D'après Cloud et Grandfield (2008), les personnes qui agissent en conformité avec les normes rattachées à leur société maximisent les opportunités de répondre à leurs besoins de base. Les personnes cherchant à se rétablir manifestent souvent le souhait d'accéder à une vie « normale » conforme aux normes sociales (Gideonse, 2015; Neale et al., 2014; Nettleton et al., 2013; Schoenberger et al., 2022). Certaines ont néanmoins l'impression que peu importe ce qu'elles feront, elles n'y parviendront jamais, ce qui est une source de frustration récurrente (Gideonse, 2015; Nettleton et al., 2013). Les résultats de six groupes focalisés regroupant des utilisateurs de services spécialisés en dépendance, des membres de leur famille et des intervenants ont fait ressortir que le regard stigmatisant que la société porte à l'endroit des personnes présentant un TUS est perçu comme un obstacle à la (re)construction de leur estime d'eux-mêmes (Foley et al., 2021). Cette stigmatisation est potentiellement plus accentuée chez les femmes. Non seulement elles doivent composer avec l'étiquette du consommateur qui n'est pas responsable, mais en plus celle-ci contrevient aux attentes sociales associées au genre féminin, telles que la maternité, ce qui accentue davantage la perception de déviance (Du Rose, 2015). De plus, les propos de femmes illustrent que la construction d'une identité positive chez la femme est souvent parasitée par la volonté de correspondre aux attentes sociales dictées par leur genre concernant leur l'image corporelle et leur poids (Neale et al., 2014; Van Steenbergue et al., 2021).

Regard critique à propos de la notion de capital de rétablissement

À la lumière de ce bref état de la littérature concernant les différentes dimensions du capital de rétablissement, il convient de rappeler qu'elles sont interreliées et ont une influence les unes sur les autres (Hennessy, 2017). Par exemple, des auteurs rapportent

comment le fait de se sentir soutenu par son entourage contribue à mieux s'accepter, ce qui alimente le processus de (re)construction de soi (Van Steenberghe et al., 2021). Il s'agit d'ailleurs d'un des aspects intéressants du concept de capital de rétablissement : il nous offre une vue d'ensemble sur les ressources disponibles pour initier et maintenir le rétablissement, autant celles sur le plan personnel que celles se trouvant dans l'environnement proximal et distal de l'individu (Hennessey, 2017), ce qui s'accorde bien à une conceptualisation biopsychosociale de la dépendance et du processus de rétablissement.

Cependant, parmi les trois dimensions du capital de rétablissement, le capital personnel est celle qui est la moins bien couverte par les études, nous donnant un aperçu fragmentaire des ressources personnelles des personnes qui entament un processus de rétablissement. Pour cause, il s'agit de la dimension qui regroupe le plus de sous-dimensions. Certaines d'entre elles, telles que la santé, la spiritualité ou l'éducation/l'emploi font davantage l'objet d'attention (Gilbert, 2022; Neale et al., 2014; Sahker et al., 2019; Skogen et von Grieiff, 2014). S'appuyant sur le modèle de Cloud et Grandfield (2008), plusieurs chercheurs ont également documenté le capital personnel négatif (ex. l'auto-stigmatisation, les problèmes de santé physique et mentale, le manque d'estime de soi, etc.), nous donnant ainsi un portrait des obstacles que doivent surmonter les personnes cherchant à se rétablir d'un TUS (Neale et al., 2014; Patton et al., 2022; Skogen et von Grieiff, 2014). Ce qui demeure largement méconnu, ce sont les compétences, les connaissances et les qualités que les personnes mobilisent pour initier et maintenir leur parcours de rétablissement. Considérant l'importance des processus internes (ex. avoir confiance en sa propre détermination, connaissances à propos de la problématique de dépendance, etc.) dans le sentiment d'auto-efficacité à faire face aux épreuves du processus de rétablissement (Duffy et Baldwin, 2013), il s'agit d'une importante lacune qu'il faut combler.

S'appuyant initialement sur des études réalisées auprès d'hommes qui n'avaient pas utilisé les services pour se rétablir (Hennessey, 2017), les études sur le concept de capital de rétablissement s'intéressent aussi aujourd'hui aux personnes qui ont eu recours aux services spécialisés en dépendance (Neale et al., 2014; Skogen et von Grieiff, 2014; Duffy

et Baldwin, 2013). Plus récemment, les études tendent à s'intéresser autant aux ressources favorisant l'initiation du rétablissement qu'à celles permettant son maintien (Gueta et al., 2021; O'Sullivan et al., 2019; Yates, 2014), adoptant ainsi une conception au long cours du processus de rétablissement. Ainsi, le concept de capital de rétablissement nous permet d'adopter une perspective centrée sur les forces en s'intéressant au rétablissement comme une trajectoire au long cours allant au-delà des périodes d'utilisation de service. Toutefois, peu d'études l'ont fait en considérant le profil des personnes présentant un TUS persistant qui se distingue sur le plan de la sévérité (White, 2008) et de la longueur du parcours de rétablissement (Fleury et al., 2016). D'autres études sont nécessaires afin de mieux comprendre les forces et les ressources qu'elles mobilisent dans leur long parcours. D'autant plus qu'elles représentent environ la moitié des personnes qui utilisent les services spécialisés en dépendance (White, 2012). Des résultats portant sur les forces qu'elles mobilisent pourraient orienter les services qui leur sont destinés en fournissant des pistes sur les interventions à privilégier et des indications pour soutenir le développement du capital de rétablissement. Ces interventions s'aligneraient ainsi avec le changement de paradigme qui s'est amorcé dans les dernières années passant d'un modèle médical (où le thérapeute est l'expert et les services centrés sur les symptômes de consommation) à une vision plus holistique et centrée sur le rétablissement de la personne (Kaskutas et al., 2014).

La répartition du capital de rétablissement entre les individus n'est pas équitable, elle est largement influencée par les rapports de pouvoir qu'ils entretiennent avec les différentes institutions et groupes sociaux (Bourdieu, 1980;1994). Les quelques études portant sur le capital de rétablissement des femmes illustrent la façon dont les normes sociales liées au genre influencent leur expérience de rétablissement en accentuant la stigmatisation dont elles font l'objet et en leur imposant des attentes sociales qui parasitent leurs tentatives de se rétablir (Gueta et Addad, 2015; Neale et al., 2014; Van Steenbergue et al., 2021). Elles vivent des enjeux différents de ceux des hommes en ce qui a trait à leur santé en rapportant davantage de soucis liés à la violence conjugale, la reproduction, l'automutilation et les comportements suicidaires (Neale et al., 2014). Mais une fois leur parcours de rétablissement stabilisé, elles mobilisent davantage de forces que leurs

homologues masculins, suggérant qu'elles sont douées pour développer une variété de ressources (Best et al., 2020). Par ailleurs, les résultats de l'étude comparative de Neale et al. (2014) font ressortir que les femmes sollicitent davantage l'aide de leur entourage que les hommes et établissent plus facilement des relations d'amitié avec des personnes qui ne sont pas des consommateurs. L'ensemble de ces données semble indiquer que les parcours des hommes et des femmes diffèrent quant aux obstacles à surmonter, mais également concernant les forces et les ressources qu'ils mobilisent, ce qui souligne la nécessité de tenir compte du genre dans les études s'intéressant au capital de rétablissement. Vu le peu d'études portant spécifiquement sur les femmes, d'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre leurs expériences.

Objectif de la thèse et questions de recherche

L'objectif général de cette thèse est d'identifier les facteurs favorisant le rétablissement des personnes présentant un TUS persistant, dont spécifiquement ceux portant sur l'organisation des services en dépendance (durée et adaptations), mais aussi les forces personnelles qu'elles peuvent mobiliser dans leur cheminement.

La durée des traitements

Pour plusieurs auteurs, l'allongement de la durée de services offerts figure parmi les premiers éléments qui peuvent contribuer au processus de rétablissement des personnes présentant un TUS persistant (Anglin et al., 1997; Dennis et al., 2005; McLellan et al., 2000; McKay et Hiller-Sturmhöfel, 2011; Scott et Dennis, 2009). Une plus longue durée de service reçue est généralement associée à de meilleurs résultats quant à la diminution de l'usage de substance, des taux d'activités criminelles ainsi que l'amélioration de l'employabilité (Condelli et Hubbard, 1994; Gossop et al., 1999; Simpson, 1981; Simpson et al., 1997), la diminution des rechutes (Brecht et al., 2014), de même que la réduction des taux de retour en traitement (Moos et al., 1995). La première question de recherche est :

1. Quelle est l'efficacité des traitements au long cours sur la réduction des comportements de consommation comparativement aux traitements habituels plus courts ? À cette question, s'ajoute une sous-question : Quelles

composantes des traitements au long cours ont un impact sur l'efficacité (intensité, durée, niveau de globalité des services, etc.) ?

L'adaptation des services

Bien que plusieurs chercheurs reconnaissent la reconceptualisation du TUS comme un problème au long cours chez certaines personnes, les paradigmes sous-jacents à l'organisation des services reposent encore sur une vision aiguë du problème en proposant des traitements seulement en période de crise, qui ciblent un objectif d'abstinence et l'atteinte d'une résolution permanente du problème suivant la participation à un seul épisode de traitement (White, 2008). Outre la nécessité d'offrir une continuité de service dans le temps, il y a peu d'indications quant aux composantes cliniques et organisationnelles dont les services spécialisés en dépendance devraient être constitués pour soutenir le rétablissement des personnes présentant un TUS persistant. La deuxième question de recherche est :

2. Quelles sont les adaptations dans l'organisation des services spécialisés en dépendance et les stratégies cliniques à mettre en place pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant une problématique de TUS persistant?

Les ressources personnelles

Parmi les trois dimensions du capital de rétablissement, le capital personnel est celle qui est la moins bien couverte par les études. Les compétences, les connaissances et les qualités que les personnes mobilisent pour initier et maintenir leur parcours de rétablissement sont largement méconnues. Par ailleurs, peu d'études ont pris en compte la persistance du TUS en documentant le capital de rétablissement, alors que vu la longueur de leur parcours, il semble important de comprendre ce qui les aide à progresser. Enfin, les études semblent indiquer que les parcours des hommes et des femmes diffèrent quant aux forces et aux ressources qu'ils mobilisent, soulignant la nécessité de tenir compte du genre dans les études s'intéressant au capital de rétablissement en insistant sur le vécu des femmes considérant le peu d'études spécifiques sur leur parcours. La troisième question de recherche est :

3. Quelles sont les ressources personnelles mobilisées au travers du processus de rétablissement des utilisateurs de services en dépendance qui présentent un profil au long cours ? En sous-question :Quelles sont les ressources personnelles qui sont mobilisées plus spécifiquement par les femmes ?

Chapitres de la thèse et complémentarité des articles

Cette thèse est composée d'un total de six chapitres. Ce premier chapitre d'introduction situe les travaux de thèse dans les réflexions entourant la conceptualisation de la dépendance comme une maladie chronique. Il situe brièvement l'état des connaissances à propos du concept de capital de rétablissement. Il se termine en présentant l'objectif ainsi que les questions de recherche. Le chapitre II présente et justifie les méthodes employées pour répondre à l'objectif de la thèse. Le chapitre III, sous forme d'article, porte sur l'efficacité des traitements au long cours en présentant les résultats d'une méta-analyse. Ce chapitre sert d'assise pour l'article suivant, car il permet d'appuyer scientifiquement la pertinence d'offrir des traitements au long cours. Il a été publié dans le *journal Social Science & Medicine*. Le chapitre IV, sous forme d'article, présente les résultats d'une démarche de développement de consensus réalisée dans sept centres de réadaptation en dépendance quant aux adaptations qui doivent être apportées sur le plan organisationnel et clinique pour mieux desservir les personnes présentant un TUS persistant. Il est révision pour publication à l'*International Journal of Mental Health and Addiction*. Quant au chapitre V, il s'intéresse aux forces et aux ressources personnelles mobilisées par les personnes présentant un TUS persistant dans le cadre de leur parcours de rétablissement. Il s'agit d'un article qui a été soumis à *l'International Journal of Drug Policy*. Alors que les chapitres III et IV s'intéressent davantage aux facteurs qui facilitent le rétablissement des personnes présentant un TUS lorsqu'elles utilisent les services spécialisés en dépendance, le chapitre V aborde les facteurs individuels qui ont contribué à leur parcours. Finalement, le chapitre VI présente la discussion et la conclusion générale de la thèse en expliquant l'apport des travaux de thèse à l'avancement des connaissances dans le domaine de la recherche en dépendance et en psychoéducation.

Chapitre II : Matériels et méthodes

Ce chapitre présente les différentes méthodes employées pour répondre aux trois questions de recherche associées à l'objectif général de la thèse qui est d'identifier les facteurs favorisant le processus de rétablissement des personnes présentant un TUS persistant. La méthode associée à chaque question de recherche sera d'abord décrite et justifiée, puis les éléments spécifiques au déroulement de la recherche seront détaillés. Bien que ces méthodes soient décrites dans chacun des articles respectifs et que cela puisse donner une impression de redondance, le lecteur pourra trouver dans ce chapitre des détails supplémentaires qui n'avaient pas pu être mentionnés en raison des restrictions imposées par les revues scientifiques visées.

Devis et posture épistémologique

Guidée par le principe énonçant que pour comprendre un phénomène, il faut employer une multiplicité d'approches alliant à la fois l'état des connaissances empiriques (*top-down research*) et le point de vue des parties prenantes (*bottum-up research*) (Castonguay, et al., 2021), cette recherche s'appuie sur trois devis distincts menés de façon parallèle, mais dont les interprétations des résultats qui en découlent ont été réalisées de façon intégrée (chapitre 6). Ainsi, les sources de savoirs scientifiques et expérientiels prises en compte dans les différents volets de la thèse ont été croisées pour alimenter la réflexion sur les changements qui doivent être apportés dans les services spécialisés pour mieux soutenir le processus de rétablissement des personnes présentant un TUS persistant. Ces trois devis sont : une revue systématique suivie d'une méta-analyse (question 1), une démarche de développement de consensus s'appuyant sur une méthode Delphi modifiée (question 2) et un devis qualitatif réalisé à l'aide d'entrevues individuelles semi-dirigées (question 3).

Comme l'indiquent Holstein et Gubrium (2003), les participants d'un projet de recherche ne sont pas des contenants passifs véhiculant des informations en attentes d'être soutirées, ils sont des co-producteurs de données. Si l'on veut être en mesure de capter l'expérience des personnes présentant un TUS dans son ensemble, on ne peut pas se contenter de l'étudier uniquement de l'extérieur : il faut également recueillir leur point de vue et tenir compte de leur savoir expérientiel. Par opposition à un savoir théorique, le savoir expérientiel s'acquiert au fil des expériences vécues (Godrie, 2016). Souvent défini en relation avec une expérience de vie associée à un problème de santé mentale ou d'usage de substances (Baillergeau et Duyvendak, 2016; Borkman, 1976 ; Jouet, 2009), le savoir expérientiel peut également correspondre à celui acquis par des cliniciens au cours de leurs années de pratique (Potvin, 2016). Il s'agit d'un savoir pragmatique qui réfère à la sagesse « du savoir comment-faire » (Borkman, 1976). De nature subjective, il est imprégné des valeurs ainsi que des croyances à propos de la nature humaine et du fonctionnement de la société, ce qui en fait le produit d'une construction sociale (Chu et al., 2008; Dybicz, 2004; Potvin, 2016). Cette prise en compte d'un grand ensemble de composantes en fait un savoir complexe lui donnant l'avantage d'avoir une compréhension très large d'un

phénomène (Chagnon et al., 2008; d'Arripe et Routier, 2013; Potvin, 2016), en comparaison au savoir scientifique produit dans un paradigme positiviste, qui a une visée plus spécifique afin d'augmenter la puissance des conclusions qui en émergent, mais qui a comme limite de ne pas pouvoir intégrer une multitude d'informations apparemment éparses. La complexité de ce savoir est également accentuée par sa nature dynamique : il est en constante évolution pour prendre en compte les changements d'un contexte, d'une situation ou les nouvelles expériences vécues (Chu et al., 2008; O'sullivan, 2005; Potvin, 2016), le positionnant comme une source complémentaire de connaissances au savoir scientifique.

Dans le cadre de cette thèse, la position épistémologique adoptée est le pragmatisme, c'est-à-dire une position visant la création de résultats utiles et la recherche de solutions pratiques (Anadón, 2019; Johnson et Onwuegbuzie, 2004). Au lieu d'une vision antagonique, cette posture permet de réconcilier les différentes positions en soutenant que les méthodes de recherche doivent être sélectionnées selon les objectifs poursuivis et qu'elles peuvent être combinées pour maximiser leurs avantages (Maxwell et Mittapalli, 2010; Patton, 2003). D'après la hiérarchie de la validité des savoirs, le savoir issu d'une synthèse d'essai randomisée (méta-analyse) se trouve au sommet, alors que le savoir expérientiel lui est subordonné (Klein et al., 2017). Les méta-analyses ont le mérite d'apporter des résultats appuyés sur de multiples études et donc, d'offrir des conclusions fortes quant à l'efficacité d'une intervention en inférant des liens de causalité (Borenstein et al., 2009). En ce sens, cette méthode est favorable lorsqu'il est possible de faire la synthèse de ce type de résultats de recherche. Cependant, malgré la force de ses conclusions, ce type de protocole ne peut rendre compte des savoirs expérientiels issus de l'expérience subjective des utilisateurs de services ou encore des cliniciens ayant cumulés des années d'expérience en intervention auprès d'une clientèle spécifique. Ces savoirs expérientiels nous permettent d'approfondir notre compréhension d'un phénomène, d'y saisir des nuances et les éléments du contexte (Chu et Tsui, 2008; Cross, 2005; Dybicz, 2004). C'est pourquoi, dans le cadre de cette thèse, toutes les sources de savoirs sont considérées comme utiles et sont valorisées, chacune contribuant à l'avancée des connaissances de façon importante et nécessaire. Elles ne sont pas hiérarchisées, mais

plutôt perçues comme étant en interaction dynamique. Une seule source de savoir ne peut couvrir l'entièreté d'un sujet. Le dialogue entre les différentes sources de savoir fait progresser davantage l'avancement global de nos connaissances (Barends et al., 2014). Le croisement des savoirs expérientiels issus des parties prenantes (personnes présentant un TUS, décideurs et cliniciens) aux savoirs issus d'études d'efficacité avec distribution au hasard permet d'identifier des indicateurs significatifs et d'orienter la recherche pour que les retombées cliniques soient concrètes (Brun, 2017; Concannon et al.,2014; Ray et Miller, 2017). Leur croisement mène à l'application des connaissances scientifiques avec davantage de flexibilité (Miles et Loughlin, 2011; Woodbury et Kuhnke, 2014). Ces croisements entre les savoirs nous permettent aussi de sortir d'un mode linéaire de production de connaissances pour se diriger vers un modèle réciproque et dynamique, où le savoir expérientiel est mis à profit dans des études qualitatives menant à l'élaboration d'interventions qui sont évaluées à leur tour par des études d'efficacité et soulèvent d'autres questions qui doivent être répondues en privilégiant le savoir expérientiel des parties prenantes (de Laat et al., 2014; Bussières, 2014).

Méthode associée à la question de recherche 1

Une méta-analyse s'appuyant sur une revue systématique de la littérature a été conduite afin de répondre à la première question de recherche et sa sous-question: Quelle est l'efficacité des traitements au long cours sur la réduction des comportements de consommation comparativement aux traitements habituels plus courts ? Quelles composantes des traitements au long cours (variables modératrices) ont un impact sur l'efficacité (intensité, durée, niveau de globalité des services, etc.)?

Le caractère opaque des processus de repérage et d'inclusion des études dans une recension non-systématique de la littérature ainsi que l'absence de procédure de sélection systématique nuisent à sa réplicabilité, de même qu'à la crédibilité de ses conclusions (Aromataris et Pearson, 2014). Pour remédier à cela, la revue systématique est une forme de recension des écrits qui propose une démarche rigoureuse et transparente pour repérer, évaluer et synthétiser des données (Bertrand et al., 2020). Elle consiste à : 1) élaborer une démarche documentaire explicite pour repérer toutes les études existantes qui peuvent

répondre à une question de recherche; 2) identifier et sélectionner les études pertinentes selon des critères d'inclusion préalablement définis; 3) extraire, décrire les caractéristiques et évaluer la qualité méthodologique des études retenues; 4) analyser, interpréter et synthétiser les résultats pour répondre à la question de recherche initiale (Bertrand et al., 2020; Colombet, 2015).

Étape ultime et facultative de la revue systématique, la méta-analyse est une démarche statistique de synthèse des résultats menant à leur agrégation (Card, 2012; Finney et Moyer, 2010). Pour être en mesure d'effectuer ce processus d'agrégation, les résultats des études incluses sont convertis en un format statistique comparable appelé *la taille de l'effet*. La taille de l'effet correspond à l'ampleur de l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante ou à la force de la relation entre deux variables (Borenstein et al., 2009; Kline, 2009). Une taille de l'effet est d'abord calculée pour chaque étude incluse, ce qui permet ensuite d'estimer la taille globale de l'effet pour l'ensemble des études. Mais, le calcul pour estimer la taille globale de l'effet n'est pas une simple moyenne des tailles de l'effet de chacune des études incluses, un poids différent leur est accordé selon la taille de leur échantillon (Fortin et al., 2007). Ainsi, dans une méta-analyse, la pondération des études est un processus statistique transparent qui n'est pas soumis au biais de confirmation du chercheur, qui pourrait être tenté d'accorder plus de poids aux résultats d'une étude confirmant son hypothèse (Borenstein et al., 2009).

De plus, en regroupant l'ensemble des échantillons des études incluses, les méta-analyses ont davantage de puissance statistique, ce qui leur permet de réduire les risques de commettre l'erreur de type II (Card, 2012). Là où une simple recension des écrits conclurait qu'il n'y a pas d'effets lorsque plusieurs résultats sont non significatifs, des méta-analyses ont pu démontrer que ce n'était pas le cas (voir particulièrement l'exemple de l'efficacité de la Streptokinase exposé par Borenstein et al., 2009).

La taille de l'effet est une valeur plus nuancée que la dichotomie liée à la valeur p : présence d'un effet ou absence d'un effet (Fortin et al., 2007). En plus d'établir si oui ou non une intervention est efficace ou encore démontrer si oui ou non il y a une relation entre deux variables, la taille de l'effet permet de dire dans quelle mesure l'intervention

est efficace ou d'estimer la force entre les deux variables (Borenstein et al., 2009). Cette capacité à estimer l'ampleur d'un effet est particulièrement utile quand vient le temps de transmettre les conclusions de la méta-analyse aux décideurs et aux milieux cliniques. La taille de l'effet est une valeur qui fait du sens cliniquement puisqu'elle quantifie clairement en quoi il est profitable de mettre l'intervention étudiée en place (Fleischmann et Vaughan, 2019; Kraemer et al., 2003).

Un autre avantage de la méta-analyse est d'estimer si la taille globale de l'effet varie selon les caractéristiques associées aux études incluses (Borenstein et al., 2009; Lipsey et Wilson, 2001). En identifiant des variables modératrices, par exemple la sévérité du trouble, la durée de l'intervention reçue, le type de milieu dans lequel l'intervention a été offerte, il est possible d'estimer si l'ampleur de l'effet augmente, diminue ou reste stable en fonction de ces différentes caractéristiques (Card, 2012; Finney et Moyer, 2010). À nouveau, il s'agit d'un avantage très utile lorsque vient le temps d'émettre des recommandations aux décideurs à propos des conditions dans lesquelles l'intervention est la plus efficace (Fortin et al., 2007).

Comme toutes méthodes de recherche, la méta-analyse n'est pas exempte de biais qui peuvent restreindre la validité de ses résultats. Parmi ces ceux-ci, deux affectent particulièrement les méthodes qui utilisent la recension : le biais de publication et la qualité des études retenues (Card, 2012). Le biais de publication est induit par le processus de sélection des études retenant celles qui sont publiées au détriment des études non-publiées qui ont davantage tendance à rapporter des résultats non-significatifs (Fortin et al., 2007). Le risque est alors de surestimer la taille réelle de l'effet. L'ajout d'études provenant de la littérature grise est une façon de réduire le biais de publication (Johnson et Hennessy, 2019). Toutefois, le temps supplémentaire qui doit être investi pour trouver ces études et le fait qu'elles n'ont pas été soumises à un processus de révision par les pairs rendent cette stratégie moins intéressante (Torgerson, 2006). Plutôt que de tenter de l'atténuer par l'inclusion d'études provenant de la littérature grise, d'autres auteurs proposent d'en tenir compte dans le calcul de l'estimation de la taille globale de l'effet (Lin et Chu, 2018). Le graphique en entonnoir (*funnel plot*) est une méthode visuelle assez simple pour identifier la présence d'un biais de publication (Finney et Moyer, 2010). Il

s'agit d'un graphique en forme d'entonnoir à l'envers montrant la dispersion des études incluses en fonction de la relation qui existe entre la taille de l'effet d'une étude et la taille de son échantillon (Lin et Chu, 2018) : plus les études sont de petite taille plus elles seront dispersées dans le bas du graphique et si leur taille de l'effet présente des résultats significatifs elles se situeront du côté droit du graphique. Un graphique présentant une symétrie parfaite indiquera l'absence d'un biais de publication alors qu'une asymétrie en faveur d'un résultat significatif confirmera la présence d'un biais de publication (Lin et Chu, 2018). Toutefois, pour être en mesure de déterminer l'impact de la présence du biais de publication sur l'estimation de la taille globale de l'effet, la stratégie du *trim and fill* est préconnisée, car elle permet d'imputer la taille de l'effet des études manquantes pour produire une taille de l'effet corrigée (Duval et Tweedie, 2000; Sutton et al., 2000). En estimant d'abord le nombre d'études manquantes à partir du graphique en entonnoir, la taille de l'effet de ces études manquantes est estimée puis agrégée avec celles déjà retenues jusqu'à ce que le graphique soit symétrique produisant alors une nouvelle taille de l'effet corrigée (Duval et Tweedie, 2000; Sutton et al., 2000).

La qualité des études retenues est un autre enjeu méthodologique courant des méthodes de recherche basées sur la recension. En retenant des études dont la qualité méthodologique est moindre, les conclusions qui en sont tirées seront également de faible qualité (Borenstein et al., 2009 ; Fortin et al., 2007). À cet effet, certains auteurs recommandent de retirer les études de faible qualité, alors que d'autres au contraire proposent de les conserver, mais d'en tenir compte dans les analyses en expliquant de quelle façon les différences méthodologiques des études peuvent affecter la taille de l'effet (Card, 2012). Pour ce faire, un processus rigoureux d'évaluation du risque de biais de chaque étude retenue doit être mené de façon indépendante (Johnson et Hennesey, 2019). Puis, les résultats de cette évaluation sont extraits et codés en variables modératrices de façon à estimer si la taille de l'effet varie selon les caractéristiques méthodologiques (ex. devis randomisé ou non randomisé [Pearson, 2019]).

En somme, les nombreux avantages énoncés font de la recension systématique suivie d'une méta-analyse une méthode de choix pour synthétiser l'état des connaissances sur l'efficacité des traitements au long cours. La revue systématique nous permet de

recenser et de décrire l'état des connaissances actuelles concernant les traitements du TUS qui proposent des interventions se déroulant à long terme. Alors que la méta-analyse nous donne l'occasion d'agréger leurs résultats pour établir l'ampleur de leur efficacité par rapport à l'offre habituelle de traitement et grâce aux variables modératrices, de déterminer dans quelle mesure cette efficacité varie selon les composantes du traitement (durée, intensité, type d'intervention, etc.).

Déroulement de la méthode associée à la question de recherche 1

Une revue systématique suivie d'une méta-analyse a été conduite pour mesurer l'efficacité des traitements au long cours (18 mois et plus) comparativement aux traitements plus courts offerts habituellement concernant leur capacité à réduire les comportements de consommation de substances psychoactives (chapitre III). L'ensemble du processus de sélection des articles a été effectué par l'auteure de cette thèse. Deux assistantes de recherche se sont aussi relayées pour mener le processus de sélection de façon indépendante. En cas de divergence, une troisième personne (l'un ou l'autre des directeurs de cette thèse) a été interpellée pour prendre une décision.

Le processus de sélection des articles a été mené en quatre phases (identification, tri, éligibilité, inclusion). 1) Identification. Afin de trouver les termes de recherche optimaux, un bibliothécaire a été rencontré et plusieurs essais ont été faits pour peaufiner l'équation de recherche (voir tableau 1 pour l'équation de recherche finale).

Tableau 1

Équation de recherche

AB ((“Substanc* us*” OR "Substanc* us* disorder" OR "Substanc* related disorder" OR “Substanc* misus*” OR "Substanc* abus *" OR "Problem* substance* us* " OR "Substanc* addict*" OR "Substanc* 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 "Drug* addict*" OR "Substanc* abus*" OR "Polydrug use " OR “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 “stimulant*” OR “inhalant*” OR “solvent*” OR “benzodiazepines” OR “depressant*” OR “sedative*” OR “speed” OR “poppers”)

AND
("Long term follow up " OR "Aftercare " OR "Chronic care " OR "Continuing care" OR "Long term care" OR "recovery management checkups" OR "extended intervention*" OR “extended treatment*”)
AND
("Case management" OR "step-down care" OR "stepped care " OR "Contingency management" OR “Treatment*” OR “Therapy” OR “Psychotherapy” OR “intervention*” OR "Addiction treatment "OR “Counselling” OR “Program*” OR “Service*” OR “Care”)
AND
(“effica*” OR “effectiveness” OR “outcomes” OR “evaluative study” OR “evaluation” OR “Pre post design” OR “impact”)
NOT
("Assertive community treatment" OR “PACT” OR "methadone" OR "buprenorphine" OR "suboxone" OR "naltrexone"))

En date du 17 avril 2018, huit bases de données (PsycINFO, MEDLINE, Academic Search complete, CINAHL, Érudit, Psychology and Behavioral Sciences collection, Social Services abstracts, Cochrane library) ont été consultées à la recherche d’études révisées par les pairs contenant une combinaison des concepts suivants : trouble d’usage de substance, traitement au long cours et évaluation. Pour identifier d’autres études pertinentes, des experts du domaine ont aussi été contactés et la liste des références des articles inclus a été examinée au fur et à mesure jusqu’à ce qu’aucune nouvelle référence ne soit trouvée. 2)Tri. Les articles identifiés ont d’abord été triés sur la base de leur titre et de leur résumé. 3) Éligibilité. Les articles retenus ont été lus en entier pour déterminer s’ils correspondaient aux critères de sélection. 4) Inclusion. Les informations des études incluses ont été extraites puis analysées.

L’élaboration des critères de sélection a été guidée par l’acronyme PICO (*Population, Intervention, Comparaison, Outcomes*). 1) Population. Les participants des études identifiées devaient présenter une problématique de consommation de substances psychoactives (SPA), telle qu’évaluée par la présence d’un TUS (selon les critères du DSM-V) ou d’un diagnostic de dépendance (selon les critères du DSM-IV, du DSM-III ou de la ICD-10) ou recevoir des services spécialisés en dépendance. Les participants devaient être âgés de 18 ans et plus et pouvaient présenter des troubles concomitants, tels

que des problèmes de santé mentale ou de délinquance, à la condition que le traitement qui leur était offert comporte une composante clairement liée à la problématique de TUS. 2) Intervention. Les études retenues devaient porter sur l'efficacité d'un traitement du TUS offert au long cours, soit d'une durée planifiée de 18 mois. Les études ont été exclues si elles portaient sur l'efficacité d'un médicament ou si elles évaluaient exclusivement les coûts liés à l'efficacité d'un traitement. Les études portant sur les traitements de substitution comme la méthadone ou la buprénorphine, ainsi que celles sur le suivi intensif dans la communauté n'ont pas été retenues, car ces traitements s'adressent à des clientèles qui ont des besoins distincts et spécifiques (p. ex., trouble psychotique persistant, trouble d'usage des opioïdes). Les inclure dans la méta-analyse aurait ajouté une hétérogénéité qui rendrait difficile l'interprétation des résultats. 3) Comparaison. L'évaluation de l'efficacité de l'intervention devait être faite en comparaison avec un groupe (avec ou sans randomisation) qui a reçu une intervention de plus courte durée. 4) Outcomes. La mesure de l'effet du traitement devait notamment porter sur la fréquence de consommation (abstinence ou non) ou sur un indicateur de réduction de l'usage de substances. En plus de ces critères, les études devaient être publiées en anglais, en français ou en espagnol, dans une revue révisée par les pairs. Elles devaient avoir été menées dans l'un des pays membres de l'OCDE, puisque ces pays ont en commun un même système démocratique et une économie de marché (Organisation de coopération et de développement économiques, 2019).

Une grille d'extraction basée sur le format PICOS (*Population, Intervention, Comparaison, Outcomes, Setting*) a été utilisée (appendice A) et lorsque nécessaire, des informations supplémentaires ont été demandées aux auteurs des études retenues. L'évaluation du risque de biais a été réalisée à l'aide de l'outil mis au point par Cochrane Collaboration (Higgins et al., 2011) pour estimer le potentiel de biais des études randomisées quant à la façon dont elles ont été menées et à leurs résultats. Les modérateurs potentiels suivants ont été codés comme des variables catégorielles : 1) la durée planifiée ou mesurée du traitement (18 mois ou 24 mois et plus); 2) le type de traitement offert (a. résidentiel : une forme de soutien thérapeutique dans un milieu de vie; b. externe : une forme de soutien thérapeutique offert en mode ambulatoire; c. *monitoring* : suivi de la

quantité de substance consommée); 3) la nature du traitement qui était soit codée « globale » si l'intervention visait plusieurs sphères de vie (ex. logement, famille, couple, emploi, santé, capacité d'adaptation, etc.), en plus de travailler le TUS, ou « spécifique » si l'intervention proposée visait uniquement le TUS; 4) le type de personne aidante rencontrée (pairs ou professionnels); 5) le type de dépendance (alcool ou alcool et drogue); 6) le type de devis utilisé (randomisé ou non). D'autres modérateurs ont été codifiés comme des variables continues : le pourcentage d'homme, la moyenne d'âge, l'année de publication, la différence de durée d'intervention entre les groupes expérimentaux et de comparaison ainsi que la durée du traitement de base reçu par les deux groupes. La durée prévue du traitement a également été codifiée comme une variable continue.

La méta-analyse a été réalisée en utilisant la version 3 du logiciel *Comprehensive Meta-Analysis* (Borenstein et al., 2013). Le rapport des cotes a été choisi comme taille de l'effet, étant donné que la plupart des articles présentaient leurs résultats de façon dichotomique pour chacun des groupes. Le rapport de cotes réfère aux probabilités qu'un évènement survienne (variable dépendante) dans le groupe traitement comparativement à celles qu'il survienne dans le groupe contrôle (Card, 2012). Un rapport de cote de 1 signifie l'absence d'effet; supérieur à 1, il signifie qu'il y a une plus grande probabilité de voir survenir l'évènement dans le groupe traitement; inférieur à 1, il signifie qu'il y a une plus grande probabilité de voir survenir l'évènement dans le groupe contrôle (Szumilas, 2010). Le rapport de cote a été calculé pour chaque étude incluse avec un intervalle de confiance à 95% (IC 95%). Lorsqu'une étude présentait à la fois des résultats portant sur la consommation modérée et sur l'abstinence, une moyenne était effectuée pour obtenir une taille de l'effet combinée. Cette taille de l'effet combinée était alors traitée comme la donnée pour cette étude. Un Z de Fisher a été calculé pour chacune des tailles de l'effet pour déterminer la présence de données extrêmes (Z devant être plus petit que - 3,29 ou plus grand que 3,29). Le biais de publication a été évalué à l'aide de l'inspection visuelle du graphique en entonnoir et de la procédure « *trim-and-fill*» (Duval et Tweedie, 2000; Sutton et al., 2000). Dans l'éventualité où un biais de publication soit détecté, cette méthode permet d'ajuster la taille de l'effet par l'imputation des résultats d'études qui n'ont pas été publiées. L'ensemble des analyses ont été effectuées en utilisant l'approche

d'effets aléatoires qui permet de prendre en compte une plus grande variabilité entre les études que le modèle à effets fixes (Borenstein et al., 2009). L'hétérogénéité a été estimée en utilisant la valeur de *Q* qui tient compte de la déviation de la taille de l'effet des études par rapport à la moyenne (Borenstein et al., 2009). La valeur I^2 a également été utilisée pour déterminer le pourcentage de variabilité totale des tailles de l'effet causé par l'hétérogénéité. Un score de 25% est associé à une faible hétérogénéité, 50 % est associé à une hétérogénéité modérée alors qu'un score de 75% est associé à une grande hétérogénéité (Higgins et Green, 2011). Des analyses de sous-groupe ont été effectuées afin de vérifier si l'efficacité du traitement expérimental variait en fonction de la durée planifiée du traitement (18 mois ou 24 mois et plus), le type de traitement, la nature du traitement, le type de soutien reçu, le type de dépendance, le type de devis utilisé. La méta-régression a été utilisée afin de vérifier l'effet modérateur des variables continues (le pourcentage d'hommes; la moyenne d'âge; l'année de publication; la différence de durée d'intervention entre les groupes contrôle et intervention; la durée du traitement de base; la durée prévue du traitement).

Méthode associée à la question de recherche 2

Une démarche de développement de consensus s'appuyant sur une méthode Delphi modifiée a été employée pour répondre à la deuxième question de recherche : Quelles sont les adaptations dans l'organisation des services spécialisés en dépendance et les stratégies cliniques à mettre en place pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant une problématique de TUS persistant?

Globalement, les méthodes de développement de consensus reposent sur une démarche itérative de consultation utilisant une approche quantitative pour organiser les données qualitatives qui portent sur le jugement et les opinions des participants consultés (James et Warren-Forward, 2015). Les méthodes de développement de consensus sont généralement constituées des éléments suivants : 1) formation d'un groupe d'experts qui est invité à prendre connaissance des dernières recherches dans le domaine en question; 2) chaque membre du groupe d'experts donne d'abord son opinion de façon anonyme puis dans un deuxième temps, ils ont l'occasion de modifier/clarifier leurs opinions lorsqu'ils

prennent connaissance des opinions de l'ensemble du groupe d'experts; 3) l'analyse statistique descriptive permet de dégager le consensus du groupe d'experts (Black, 2006). Parmi les méthodes de développement de consensus existantes, les plus couramment citées sont la méthode Delphi, le groupe nominal et la conférence de consensus (Cross, 2005; Hanekom et al., 2015; James et Warren-Forward, 2015; Vakil, 2011, OMS, 2014). Elles sont d'ailleurs toutes trois recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (2014) pour leur rigueur.

Mise au point par la corporation RAND dans les années 50, la méthode Delphi est traditionnellement un processus composé de plusieurs rondes de consultation entièrement réalisées à l'aide de questionnaires acheminés par courriel/poste (Allen et al., 2004; Black, 2006; Murphy et al., 1998; RAND Corporation, 2020). À l'aide d'une échelle de Likert, les participants doivent se prononcer sur leur niveau d'accord avec chaque énoncé du questionnaire (Hasson et al., 2000). Après chaque ronde de consultation, le questionnaire est retourné aux participants avec le détail de ce qu'ils ont indiqué individuellement ainsi que le point de vue de la majorité des participants (Murphy et al., 1998; Tremblay-Boudreault et Dionne, 2014). L'atteinte du consensus est mesurée à l'aide de statistiques descriptives telles que la médiane, la moyenne ou les écarts interquartiles (Hasson et al., 2000). Les rondes de consultation se succèdent jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint, ce qui arrive généralement après trois ou quatre rondes (Black et al., 1999; Vernon, 2009).

Une décennie plus tard, Delbecq et al. (1975) élabore une nouvelle méthode de développement de consensus : le groupe nominal. Cette méthode se déroule dans le cadre d'une seule rencontre de groupe généralement composée de trois grandes étapes : 1) suite à la présentation de la question d'ouverture, les participants inscrivent leurs propositions individuellement; 2) les propositions sont présentées et les participants quantifient chacune d'elles à l'aide d'une échelle de type Likert représentant leur niveau d'accord avec la proposition; 3) les réponses sont analysées et celles où le plus grand désaccord subsiste sont discutées, à la lumière de ces discussions, les participants doivent à nouveau noter leur niveau d'accord avec les propositions (Allen et al., 2004; Black, 2006; Campbell et al., 2003; Raine et al., 2005).

Diffusée plus largement grâce au *National Institutes of Health*, la conférence de consensus est une méthode qui se déroule dans le cadre d'un forum où débattent différents experts à propos d'un sujet donné (Carré et Degallaix, 2001; Nair et al., 2011; NIH, 2013). Cette méthode débute par la formation d'un panel multidisciplinaire composé d'une dizaine de personnes qui fera office de jury dans la démarche (James et Warren-Forward, 2015). Selon l'ampleur du sujet à couvrir, une conférence d'une ou de plusieurs journées est organisée (Murphy et al., 1998). Cette conférence est l'occasion de réunir les experts du domaine avec les représentants de différents groupes d'intérêt pour présenter une synthèse des connaissances, échanger et débattre (Halcomb et al., 2008; James et Warren-Forward, 2015; NIH, 2013). Pour maintenir une forme de neutralité dans la démarche, les membres du panel ne font pas de présentation officielle pendant la conférence, mais ils peuvent intervenir pour demander des clarifications sur certains éléments (Black et al., 1999; Murphy et al., 1998). Après la conférence, ils se réunissent à huis clos pour rédiger des recommandations en dégageant le consensus des échanges qui ont eu lieu pendant la conférence (ANAES, 1999; NIH, 2013).

Dans le cadre de cette thèse, cette dernière méthode de développement de consensus n'a pas été retenue principalement pour des raisons logistiques ; l'organisation d'une conférence de consensus dans le contexte des mesures sanitaires de la pandémie de Covid-19 semblait moins concevable. Le choix de la méthode s'est plutôt porté sur une méthode Delphi modifiée intégrant certaines composantes du groupe nominal. Les enjeux méthodologiques des méthodes Delphi et du groupe nominal seront d'abord détaillés en plus d'exposer leurs avantages et limites. Puis, la justification de retenir une démarche de développement de consensus s'appuyant sur une démarche Delphi modifiée sera présentée en fonction de la question de recherche.

Dans l'ensemble, la validité, la crédibilité et la fiabilité des résultats issus de ces deux méthodes peuvent être affectées par : la sélection des experts recrutés et le seuil à partir duquel on considère le consensus atteint. Les résultats obtenus à l'aide de ces méthodes reposent entièrement sur l'opinion des experts recrutés, leur sélection dans la démarche constitue donc un enjeu de taille (Albert et al., 2014; Baker, 2006; Campbell et Cantrill, 2001; Keeney et al., 2001; Yousuf, 2007). Comme le recrutement des experts ne

peut se dérouler de façon aléatoire, les données colligées dans le cadre de ces démarches peuvent être exposées à un biais de sélection (Hernán et al., 2004). Il y a un risque que les personnes les plus enthousiastes à s'engager soient celles qui sont le plus directement concernées par les résultats du projet et celles qui demeureront impliquées jusqu'à la fin de la démarche (Keeney et al., 2001). De plus, la composition du groupe d'experts a le potentiel de biaiser les résultats (Raine et al., 2005). Une revue des études portant sur différentes compositions de groupe d'experts montre que de façon générale, les participants ont tendance à favoriser les interventions avec lesquelles ils sont le plus familiers ou les traitements qui sont rattachés à leur spécialité (Black et al., 1999).

Si la sélection des experts est un enjeu considérable pouvant affecter la qualité des résultats, il demeure qu'il n'y a pas de règles claires sur la façon de composer un groupe d'experts (Halcomb et al., 2008). Keeney et al. (2006) soulignent que les décisions orientant la sélection des experts reposent généralement sur des questions de bon sens et de logistiques. Pour améliorer la validité et la crédibilité de leurs résultats, les chercheurs devraient déterminer des critères d'inclusion et d'exclusion pour définir ce qu'est un expert dans le contexte de leur étude (Baker, 2006; Keeney et al., 2006). De plus, comme la sélection des experts ne peut se dérouler de façon aléatoire, d'autres moyens doivent être envisagés pour diminuer les risques de biais de sélection (Keeney et al., 2006). À cet égard, l'hétérogénéité de la composition du groupe d'experts est considérée comme une façon d'améliorer la crédibilité et la transférabilité des résultats, car elle permet de couvrir l'ensemble des sous-thèmes d'une question tout en confrontant différentes perspectives (Black et al., 1999; Campbell et Cantrill, 2001; Jorm, 2015; Nair et al., 2011). L'hétérogénéité peut se refléter dans la représentation des caractéristiques des participants (ex. genre, profession, institution d'attache, etc.), mais également dans la diversité des opinions lorsqu'une question est sujette à débat (Black et al., 1999; Halcomb et al., 2008; Vakil, 2011). Baker (2006) souligne toutefois que pour assurer la consistance des résultats, le niveau d'expertise parmi les participants devrait être homogène (ex. le même nombre d'années d'expérience).

D'autre part, le choix du seuil à partir duquel on considère que le consensus est atteint est un autre élément qui peut nuire à la validité et à la crédibilité des résultats issus

des démarches de développement de consensus. De façon générale, le concept de consensus réfère à un accord largement partagé issu de la convergence de plusieurs opinions (Keeney et al., 2011). Il a y une grande variabilité dans les études concernant le seuil à partir duquel on considère que le consensus est atteint ; pour certains le seuil acceptable se situe à 51 %, alors que pour d'autres il correspond à 80% (Jorm, 2015; Keeney et al., 2011). Keeney et al. (2006) postulent que ce seuil doit être établi avant le début de la démarche et qu'il doit être adapté au sujet de l'étude. Plus les risques de préjudice découlant des résultats sont importants plus le seuil devrait être élevé (ex. à partir de quand une personne devrait recevoir des services). L'atteinte du consensus doit également être justement interprétée pour ce qu'elle est : l'accord de plusieurs personnes autour d'une même opinion et non la certitude d'avoir trouvé la vérité (Keeney et al., 2001; Vernon, 2009).

D'autres caractéristiques associées à l'une ou l'autre de ces méthodes peuvent également affecter la validité et la fiabilité des résultats qui en sont issus. Le tableau 2 présente la synthèse des caractéristiques de la méthode Delphi et du groupe nominal.

Tableau 2
Caractéristiques de la méthode Delphi et du groupe nominal, adapté de Black et al. (1999); James et al., (2015); Nair et al., (2011)

Caractéristiques associées à chaque méthode	Delphi	Groupe nominal
Nombre de personnes impliquées	30 +	6 à 10
Interactions directes	Non	Oui
Interactions structurées	Oui	Oui
Vote secret	Oui	Oui
Méthode d'agrégation	Explicite	Explicite
Rétroactions formelles	Oui	Oui
Durée de la démarche	3-4 rondes sur plusieurs mois	1 seule rencontre de quelques heures

Un grand nombre de participants est souvent considéré comme un gage de la validité des résultats issus de la démarche (Keeney et al., 2011). Plus le groupe d'experts sera nombreux, moins les réponses individuelles auront tendance à influencer le choix des items endossés ; dans un groupe de 100 experts, la réponse d'une personne vaut pour 1 % alors que dans un groupe de 10 elle compte pour 10% (Jorm, 2015). La méthode Delphi est celle qui permet d'inclure le plus grand nombre de participants, et ce sans limite géographique (Nair et al., 2011). Alors que le groupe nominal est souvent critiqué pour être peu représentatif en raison du petit nombre de participants inclus dans la démarche (Allen et al., 2004; Black, 2006). Mais selon Bloor et al. (2015), la représentation des différents points de vue serait plus importante que le nombre d'experts impliqués.

Considérée à la fois comme une force ou une limite selon la méthode, la notion d'interactions directes est controversée. Le fait d'avoir la possibilité d'échanger, de débattre, d'expliquer les termes employés et de clarifier son point de vue compte parmi les avantages du groupe nominal (Allen et al., 2004; Black, 2006; Raine et al., 2005; Vakil, 2011). Les interactions entre les participants favorisent la créativité, ce qui permet de générer de nouvelles informations à partir de la réponse d'un participant (Julien-Gauthier et al., 2013). En outre, Halcomb et al. (2008) soulignent que les interactions directes donnent l'occasion aux participants de clarifier les croyances et les valeurs qui sous-tendent leurs positions. En revanche, d'autres auteurs considèrent l'absence d'interactions directes entre les participants dans la méthode Delphi comme une force, puisqu'ils peuvent exprimer librement leurs opinions sans être soumis à la domination d'un point de vue en particulier (Campbell et Cantrill, 2001). Certains auteurs suggèrent que la fiabilité de la méthode Delphi serait supérieure à celles des autres méthodes de développement de consensus en raison de cette absence d'interactions directes (Devaney et Henchion, 2018). L'étude réalisée par Hutchings et al. (2006) montre une plus grande stabilité dans les réponses obtenues à l'aide de la méthode Delphi comparativement à celles issues du groupe nominal : les participants auraient davantage tendance à changer d'opinion lorsqu'ils sont exposés aux arguments de leurs condisciples. L'anonymat du processus de vote de la méthode Delphi annulerait l'influence que pourrait avoir une personne dont l'expertise est particulièrement éminente en attribuant un poids égal à chaque répondant

(Campbell et Cantrill, 2001). Bien que le processus de groupe nominal inclut également cette disposition dans la structure de la rencontre, il demeure que le risque que quelques personnes dominent les échanges est présent (Nair et al., 2011). Certaines personnes peuvent également être particulièrement silencieuses en groupe, se laissant impressionner par les compétences oratoires d'autres participants (Campbell et Cantrill, 2001). Un animateur expérimenté qui s'assure de bien répartir les tours de parole et qui met en place un climat suscitant la discussion permet d'amoindrir cette limite (Albert et al., 2014; Halcomb et al., 2008; Nair et al., 2011).

L'agrégation des données issues de la méthode Delphi et du groupe nominal se déroule dans le cadre d'une démarche explicite et itérative utilisant un seuil de consensus défini (Allen et al., 2004; Harvey et Holmes, 2012). Ces méthodes offrent la possibilité aux participants de réviser anonymement leur position suite à une ronde de consultation (Nair et al., 2011; Vakil, 2011). De plus, ceux-ci peuvent voir l'agrégation des données au fur et à mesure que le processus se déroule, ce qui augmente la transparence du processus en plus d'assurer une plus grande crédibilité aux résultats (Black, 2006).

Pour ce qui est de la durée, le groupe nominal se déroule sur une courte période comparativement à la démarche Delphi qui elle s'étire sur plusieurs mois (Black et al., 1999; James et Warren-Forward, 2015; Nair et al., 2011). D'un côté, une durée plus courte facilite la réalisation de la démarche et permet d'éviter l'attrition des participants (Albert et al., 2014; Hanekom et al., 2015; Harvey et Holmes, 2012). D'un autre côté, le temps limité pour les échanges peut constituer un inconvénient selon l'étendue du thème à couvrir; certains pans du problème pourraient rester ignorés et le consensus être moins complet (James et Warren-Forward, 2015; Nair et al., 2011).

Déroulement de la méthode associée à la question de recherche 2

Cette étude repose sur une démarche de développement de consensus utilisant une méthode Delphi modifiée pour cibler les adaptations dans l'organisation des services spécialisés en dépendance et les stratégies cliniques à mettre en place pour adapter l'offre de service aux personnes présentant une problématique de TUS persistant (chapitre IV). Dans le cadre de cette thèse, le choix de retenir une méthode de développement de

consensus se justifie par l'absence de données scientifiques offrant des recommandations claires quant à la façon dont les services en dépendance devraient être constitués pour soutenir le processus de rétablissement des personnes présentant un TUS persistant. Traditionnellement dans une démarche de type Delphi, l'ensemble des rondes est réalisé à partir de questionnaires plus ou moins structurés et les participants ne se rencontrent jamais (Murphy et al., 1998; RAND Corporation, 2020). Toutefois dans cette étude, les rondes 1 et 3 ont été menées dans le cadre de discussions de groupe d'après la démarche Delphi adaptée par l'équipe de Tremblay et al. (2019). Nous avons fait le choix d'employer une méthode Delphi modifiée intégrant certaines composantes du groupe nominal, car nous souhaitions profiter de la richesse des échanges découlant des interactions entre les participants tout en retirant les avantages liés à l'anonymat du vote par questionnaire. D'après Kezar et Maxey (2016), l'anonymat complet ne devrait pas être recherché lorsque l'objectif est orienté vers la recherche de solutions et un processus collaboratif de mise en œuvre. Les interactions directes donnent l'occasion aux participants d'enrichir leur compréhension du problème ainsi que de partager leurs tentatives passées pour y faire face et de mettre ces expériences en relation avec celles des autres (Kezar et Maxey, 2016). L'élaboration de nouvelles pratiques et les changements organisationnels sont des processus longs et complexes qui nécessitent d'abord une reconnaissance de ce qui doit être changé (Dogherty et al., 2010). Ces rencontres en personne sont l'occasion pour les parties prenantes d'échanger entre elles pour construire une vision commune et entamer un processus de changement (Kezar et Maxey, 2016).

Échantillonnage : sélection des experts.

La composition de l'échantillon a été guidée par deux principes, soit la représentativité des participants (Keeney et al., 2011; Murphy et al., 1998) et l'utilisation des résultats par les milieux cliniques (Patton, 2003, 2008). Dans la lignée de *l'Utilization-Focused Evaluation* (Patton, 2003; et 2008) où la qualité d'une démarche est jugée d'après le degré d'utilisation des résultats, le processus est volontairement orienté de façon à ce que les résultats issus de la démarche aient une réelle portée pratique pour les parties prenantes. Cette approche a guidé notre choix d'impliquer des parties prenantes issues du

milieu où les probabilités d'application future des recommandations qui découleront de cette démarche sont les plus élevées.

Les participants proviennent de sept centres de réadaptation spécialisés dans le traitement des dépendances aux substances psychoactives du Québec : le CISSS de Chaudière-Appalaches, le CIUSSS de la Capitale Nationale, le CISSS de la Montérégie-Ouest, le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, le CIUSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec et le CIUSSS de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Ils sont représentatifs de différentes réalités territoriales, c.-à-d., issus de régions à la fois rurales et urbaines.

Les experts choisis sont les acteurs directs de l'intervention, c.-à-d. les cliniciens (ex. psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs, psychoéducateurs, infirmiers, etc.) et les gestionnaires au sein des services spécialisés en dépendance. Ils devaient avoir au moins deux ans d'expérience dans le traitement du TUS. Les gestionnaires et les cliniciens dédiés uniquement aux traitements des adolescents ou aux personnes présentant d'autres diagnostics de dépendance (ex. jeu de hasard et d'argent) ne pouvaient pas être inclus dans la démarche.

Les participants ont été recrutés à l'aide de la méthode de tri expertisé (Fortin, 2006). La direction de chaque centre impliqué a été contactée pour expliquer le projet et ses implications. Les gestionnaires et les cliniciens correspondant aux critères de sélection identifiés par leur direction ont par la suite été invités par courriel à participer à la démarche. Ils ont été conviés à prendre connaissance de l'information sur le projet et au besoin, à poser toutes questions liées à leur implication aux responsables. Le formulaire d'information et de consentement a été expliqué et signé lors de la première rencontre.

Collecte de données.

Réalisée entre février 2020 et juillet 2021, cette démarche de développement de consensus a comporté trois rondes pour lesquelles les mêmes participants ont été sollicités : 1) discussion de groupe; 2) questionnaire; 3) discussion de groupe. Première ronde **:** les participants (n=62 répartis dans sept groupes selon la région de leur centre) ont été invités

à réfléchir à la question suivante lors d'une rencontre virtuelle[1]: quelles adaptations doivent être apportées à l'organisation des services et aux stratégies cliniques pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant un TUS persistant ? Pour démarrer les discussions, des tableaux résumant les caractéristiques associées aux paradigmes sous-jacents à l'organisation des services ont été présentés (voir appendice B). Joël Tremblay, le directeur de cette thèse, est également un chercheur-clinicien qui connait la réalité des services spécialisés en dépendance. Il s'est chargé de l'animation des rencontres. Les discussions ont été enregistrées et une synthèse des idées faisant l'objet d'un certain consensus a été produite pour chacune d'elles. Ces idées étaient aussi rapportées au cours de la discussion avec le prochain groupe afin de jauger leur degré d'assentiment ou de divergence. Deuxième ronde : un questionnaire (voir appendice C) a été envoyé par courriel aux participants (envoyé à n= 59, taux de réponse 61 %). Il regroupait 105 propositions d'adaptation de service dont 94 étaient issues de la première ronde. L'étudiante de cette thèse ainsi que les co-directeurs ont ajouté 11 autres propositions d'adaptation de service provenant d'une revue de la littérature concernant des éléments qui n'ont pas émergé au cours des discussions, mais pour lesquels ils voulaient sonder l'opinion des participants (ex. *chronic care model*, besoins spécifiques des femmes, etc.). Les participants avaient pour consigne de qualifier la pertinence clinique et la faisabilité des propositions d'adaptation de service à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points (allant de «pas du tout» à «extrêmement»). Troisième ronde (n=35 parmi les 62 participants initiaux répartis dans quatre groupes réunissant les participants provenant de sept régions): les propositions qui ont fait l'objet d'un consensus sur la base de leur pertinence clinique d'après les résultats de la deuxième ronde ont été présentées lors de quatre rencontres virtuelles. Leur applicabilité (conditions gagnantes, défis envisagés et pistes de solution) a aussi été discutée selon le contexte organisationnel propre à chaque centre impliqué dans la démarche. Les rencontres se sont déroulées selon la même procédure que celle établie lors de la première ronde, outre le fait que les groupes étaient constitués de participants

[1] Seul un centre a pu bénéficier d'une rencontre en personne avant l'arrivée de la pandémie de Covid-19 en février 2020. Le reste de la collecte a dû être effectuée à distance.

provenant de plusieurs régions, ce qui leur a permis de partager aux autres leurs innovations.

Analyses.

Première ronde : l'analyse des données a été faite par l'étudiante au fur et à mesure du déroulement de la collecte de données. Les synthèses des échanges dans chaque groupe (n=7) ont été analysées en visant à identifier les opinions convergentes à propos des diverses propositions. Deuxième ronde : les réponses au questionnaire ont été compilées dans un fichier Excel puis analysées à l'aide de différentes statistiques descriptives telles que la médiane et l'écart interquartile. Dans les petits échantillons, la médiane est préférée à la moyenne, car elle n'est pas affectée par les données extrêmes, ce qui en fait une mesure robuste pour représenter le consensus d'un groupe (Murphy et al., 1998). Un écart interquartile de un a utilisé pour quantifier l'atteinte d'un consensus à l'instar d'autres auteurs qui ont utilisé une échelle de Likert de 4 ou 5 points (De Vet et al., 2004; Hahn et Rayens, 1999; Rayens et Hahn, 2000). L'écart interquartile est un paramètre de dispersion absolu qui indique la différence de valeur entre le 75e percentile et le 25e percentile : plus la valeur est basse plus le consensus est élevé (Rayens et Hahn, 2000; von der Gracht, 2012). Les propositions d'adaptation de service dont le consensus a été atteint pour la pertinence clinique ont été modélisées selon les trois axes de Rush et al. (2019 : durée, acuité et complexité) ainsi que selon quatre grands principes cliniques dont les thématiques ont émergé lors des discussions de la première ronde. Troisième ronde : les synthèses des échanges ont été analysées selon ce qui convergeait et divergeait avec la modélisation d'adaptation des services proposée. Une attention soutenue a été apportée pour faire ressortir les nouvelles idées d'adaptation de service.

Considérations éthiques.

Cette étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique du centre de recherche du CISSS-CA (MP-23-2020-696, 23 octobre 2019) et du comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQTR (CER-19-263-10.01, 4 novembre 2019). Une demande d'évaluation de la convenance institutionnelle a également été déposée et autorisée dans les six autres centres participants à la démarche (CISSSS de la Capitale-Nationale [MEO-23-2020-1943,11 décembre 2019], CISSS de la Montérégie-Ouest [TJ-2020-01, 5 février

2020], CISSS du Bas-Saint-Laurent [27 janvier 2020], CIUSSS de l'Estrie-CHUS [MEO-23-2020-3563, 31 janvier 2020], CIUSSS de la Mauricie-et-Centre-du-Québec[702-ASSD_TUS, 29 janvier 2020] et CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal [23 janvier 2020]).

Cette démarche a pris place dans le cadre d'un milieu de travail requérant l'expertise des participants sur le plan professionnel. Ainsi, les participants encouraient peu de risque en s'impliquant dans ce projet. Outre le temps qu'ils ont dû prendre pendant leurs heures de travail pour participer à cette démarche de consultation, ils devaient exprimer leur point de vue concernant les adaptations à mettre en place pour adapter l'offre de service aux personnes présentant un TUS persistant. Ils devaient exprimer leurs opinions devant leurs collègues et gestionnaires, comme ils le font dans le cadre d'une réunion clinique. Pour s'assurer que le climat de la discussion demeure cordial, l'animateur a rappelé aux participants de demeurer respectueux et courtois dans leurs commentaires au début de la rencontre.

L'acquisition de nouvelles connaissances à propos d'une variété de modèles de traitement au long cours les amenant à être plus sensible à la réalité et aux besoins cliniques des personnes présentant un TUS persistant figurent parmi les avantages de participer à la démarche. De même que d'avoir l'occasion de contribuer à l'amélioration de l'offre de service pour les personnes présentant un TUS persistant.

L'étudiante s'est assurée que l'implication des intervenants et gestionnaires ciblée soit volontaire et qu'ils y consentent de façon libre et éclairée. Une présentation générale du projet a été faite lors de l'invitation à participer à la démarche de consultation par courriel. Les personnes invitées ont reçu le formulaire de consentement (voir appendice D) avant la première ronde de consultation, dont les 15 premières minutes ont été consacrées à l'explication du projet. Les intervenants/gestionnaires invités à participer ont été encouragés à poser des questions sur le projet, ses implications, avantages et inconvénients avant de leur demander de signer le formulaire de consentement dans le cas où ils souhaitaient participer. Lors de cette présentation, il était précisé aux participants

qu'aucune donnée recueillie dans le cadre de ce projet ne serait consignée dans leur dossier d'employé.

Pour assurer la confidentialité des données recueillies, la synthèse de la première et la troisième ronde de consultation ont été écrites de façon à ce qu'il ne soit pas possible d'identifier les participants. La deuxième ronde de consultation a été quasi-anonyme (Hasson et al., 2000), c'est-à-dire que les participants savaient qui participaient à la démarche dans leur centre, mais leurs opinions ont été gardées secrètes. Les données de recherche (enregistrements audio, synthèses des rondes de consultation, questionnaires complétés) ne sont accessibles que par l'étudiante et son directeur de recherche. Les données sont conservées dans un classeur barré dans les locaux de l'Université du Québec à Trois-Rivières, campus de Québec ou sur un serveur sécurisé de l'Université, pendant cinq ans suivant la fin du projet. Les informations personnelles (formulaires de consentement) seront également conservées de manière sécuritaire pendant la même période, mais séparément des données de recherche.

Méthode associée à la question de recherche 3

Un devis qualitatif reposant sur des entrevues individuelles semi-dirigées a été retenu pour répondre à la troisième question de recherche et sa sous-question : Quelles sont les ressources personnelles mobilisées au travers du processus de rétablissement des utilisateurs de services en dépendance qui présentent un profil au long cours ? Quelles sont les ressources personnelles qui sont mobilisées plus spécifiquement par les femmes ?

L'entrevue semi-dirigée est une méthode de recherche appartenant à la grande famille des méthodes qualitatives qui visent à mieux comprendre les expériences personnelles et à expliquer certains phénomènes sociaux (Kohn et Christiaens, 2014). Dans le domaine des dépendances, les recherches qualitatives ont contribué à élargir notre compréhension du phénomène de la toxicomanie en y intégrant la dimension sociale, nous amenant à considérer que les pratiques de consommation varient selon les contextes et le cadre politique (Rhodes et Coomber, 2010). La place centrale accordée à la compréhension de l'expérience des individus faisant usage de substances dans le cadre de

différentes approches qualitatives nous a permis d'envisager l'utilisation de substances non plus uniquement comme une pratique problématique, mais également comme étant associée au plaisir ou pouvant apporter des bienfaits (Jauffret-Roustide, 2017). Les méthodes de recherche qualitatives ont également contribué à l'humanisation de l'image des personnes consommant des drogues en les présentant comme des personnes autodéterminées plutôt que comme des personnes passives et inadéquates (Neale, 2005). Elles ont permis de souligner la complexité des conduites addictives en montrant le développement de stratégies de survie, la mise en place de règles de conduite et de codes d'honneur (Jauffret-Roustide, 2009). De la même façon, les études qualitatives portant sur les expériences de rétablissement des personnes présentant un problème de santé mentale ont contribué à la remise en question de la définition médicale du rétablissement basée sur l'absence de symptôme pour y introduire une conception plus personnelle visant l'amélioration de la qualité de vie (Davidson et al., 2008).

Considérant que le processus de rétablissement d'un TUS est de nature subjective, complexe et ancrée dans les interactions sociales (Best et al., 2011; Costello et al., 2018; Dekkers et al., 2020; 2021; Gueta et Addad, 2015; McQuaid et al., 2017; Neale et al., 2015; Van Steenbergue et al., 2021), une méthode de recherche s'apparentant à une approche qualitative semble tout à fait appropriée pour prendre en compte les multiples perspectives ainsi que saisir la façon dont les usagers perçoivent et interprètent leurs expériences (Rhodes et Coomber, 2010).

Dans le cadre de cette thèse, l'entrevue semi-dirigée a été retenue comme méthode pour recueillir les récits de rétablissement des personnes présentant un TUS persistant. L'entrevue semi-dirigée est un dialogue entre un interviewer et un interviewé dirigé autour de thématiques et de questions prédéfinies, mais laissant place à suffisamment de souplesse pour explorer plus en profondeur l'expérience des participants selon les propos qui émergent au fur et à mesure dans l'entrevue (Adams, 2015; Rhodes et Coomber, 2010). La souplesse du cadre semi-dirigé est d'ailleurs considérée comme une richesse : en s'ajustant au fur à mesure au récit du participant, elle permet d'accueillir et d'approfondir des informations inattendues (Adams, 2015). Contrairement à une méthode par questionnaire où les participants doivent se conformer aux catégories prédéfinies et

aux termes réfléchis par d'autres personnes, l'entrevue laisse l'opportunité aux participants de s'exprimer librement et de raconter leur histoire dans leurs propres mots (Hilton et Ryan, 2020; Orford, 2008; Sofaer, 1999). Elle offre un accès aux pensées, aux émotions et à la façon dont le participant interprète sa propre expérience, ce qu'il ne serait pas possible d'obtenir dans le cadre de l'observation (Adams, 2015). L'ouverture chez le participant est facilitée par la nature individuelle de la démarche offrant un cadre plus intime que des échanges de groupe pour aborder des sujets sensibles et confidentiels (Kohn et Christiaens, 2014).

Toutefois, la qualité et la quantité de données rapportées dans le cadre de l'entrevue peuvent être affectées par la capacité de l'interviewer à créer un climat de confiance avec le répondant (Laenen, 2009; Neale, 2005). Il importe qu'il sache faire preuve d'empathie et qu'il ait développé une compréhension de la culture à laquelle appartient la population qu'il étudie (Allen, 2002). Une autre compétence de l'interviewer qui peut avoir un impact sur la qualité de l'entrevue est celle de savoir faire preuve d'écoute active (Hinton et Ryan, 2020). De l'avis de plusieurs chercheurs, il s'agit d'une pratique essentielle à maitriser pour être en mesure d'approfondir le récit du participant avec souplesse (Louw et al., 2011; Hinton et Ryan, 2020; Talmage, 2012). Elle requiert l'adoption d'une posture réflexive pour savoir quand rebondir sur certains propos, utiliser à bon escient l'observation du langage non verbal, laisser suffisamment d'espace à la personne pour s'exprimer tout en recentrant la conversation sur les thématiques de l'entrevue (Hinton et Ryan, 2020).

Déroulement de la méthode associée à la question de recherche 3

Ce volet de la thèse repose sur un devis exploratoire descriptif (Sandelowski, 2000; 2010). Plutôt que de tester la validité d'une théorie, le devis descriptif exploratoire cherche à produire une riche description de l'expérience vécue du point de vue des personnes en utilisant des mots qui restent près du sens de leur vécu (Kim et al., 2017; Neergaard et al., 2009; Sandelowski, 2000; 2010). Il s'agit d'un devis particulièrement adéquat pour adresser des enjeux qui ont une pertinence clinique, car il fournit une réponse factuelle aux questions de recherche en restant près des données collectées et en limitant leur interprétation (Colorafi et Evans, 2016). Il transmet bien la voix des personnes concernées

en vue de produire des connaissances qui pourront influencer l'offre de service qui leur est destinée (Bradshaw et al., 2017).

Ce volet de la thèse est réalisé dans le cadre du projet de recherche GenderNet/IRSC (Bertrand, Jauffret-Roustide et Lemaître) intitulé : Dépendance, risques pour la santé et rétablissement : mieux répondre aux besoins complexes des personnes en situation de précarité sociale en tenant compte du genre et de leur stade de vie. Elle s'inscrit dans l'un des volets de ce projet qui consistait à mener des entrevues individuelles semi-dirigées auprès de personnes présentant des difficultés avec leurs comportements de consommation afin d'explorer leurs trajectoires de consommation, d'utilisation des services et de rétablissement.

Échantillonnage.

Guidé par un échantillonnage basé sur un tri expertisé (Fortin, 2006), les participants ont été recrutés par le biais de cliniciens. Les cliniciens des centres impliqués ont identifié les personnes susceptibles d'être éligibles à participer, ils leur ont présenté le projet et leur ont demandé leur autorisation pour être contactées par l'étudiante. Au besoin, les cliniciens ont remis un dépliant décrivant brièvement l'étude aux personnes intéressées. Cette stratégie a pour avantage de s'appuyer sur le lien de confiance entre les participants ciblés et l'organisation qu'ils fréquentent pour faciliter le recrutement.

En cohérence avec la description des profils de personnes ayant un parcours de rétablissement au long cours quant à leur usage de substances, les critères de sélection suivants ont été retenus. Les personnes devaient avoir eu recours aux services à plusieurs reprises, illustrant la persistance dans le temps de la problématique (au moins deux épisodes de service au cours de leur vie (ex. services ambulatoires ou traitements résidentiels, fréquentation régulière des groupes d'entraide AA/NA). Considérant que les personnes aux prises avec un TUS persistant tendent à présenter des besoins liés au cumul de problèmes psychosociaux et de santé pour lesquels les services doivent être adaptés (White, 2008), des critères d'inclusion complémentaires ont été ciblés. Les participants devaient également présenter un profil de sévérité d'usage et de complexité élevé, tel qu'identifié par les critères suivants : a) avoir été en situation de précarité dans les 12

derniers mois (situation d'instabilité résidentielle ou économique) ou b) avoir accumulé au moins deux difficultés au cours de leur vie parmi les suivantes : un diagnostic de santé mentale, des problèmes majeurs de santé physique, des antécédents judiciaires ou une incarcération; avoir reçu des services de la protection de la jeunesse pour soi-même comme mineur ou pour ses enfants; présenter des indices liés à la sévérité du TUS (ex. usage de drogue par injection, symptômes de sevrage sévère, surdose nécessitant une intervention médicale, etc.). L'identification au genre féminin a été retenue comme critère de diversification de l'échantillon compte tenu des expériences différentes rapportées par les hommes et les femmes quant à leur processus de rétablissement (Gueta et Addad, 2015; Neale et al., 2014; Van Steenbergue et al., 2021).

La taille de l'échantillon a été définie par le principe de saturation empirique mettant fin au recrutement de nouveaux participants lorsque les données ne révèlent plus de nouvelles informations (Pires, 1997).

Collecte de données.

Le recrutement des participants a été réalisé dans quatre centres de traitement des dépendances de la région de Québec en deux temps (voir tableau 1 dans le chapitre V). La première période de recrutement a eu lieu entre décembre 2019 et février 2020 dans deux ressources communautaires offrant des services spécialisés en dépendance : l'une propose des services externes et l'autre un programme résidentiel à long terme. La deuxième période de recrutement a eu lieu entre décembre 2020 et février 2021 dans deux centres publics de réadaptation en dépendance de la région de Québec.

Une fois l'autorisation des comités d'éthique à la recherche obtenue, le projet a été présenté aux gestionnaires des milieux ciblés pour obtenir leur permission de mener des entrevues auprès de leurs usagers. Puis, les membres de leur équipe ont été rencontrés pour leur exposer les objectifs et le déroulement de l'étude ainsi que les critères de sélection des participants.

Le guide d'entrevue a été élaboré avec les directeurs de recherche pour adapter le contenu du plus large projet à celui de la thèse actuelle. Le guide d'entrevue du plus large projet comportait les thématiques suivantes : le bien-être et la santé, les services et

traitements reçus, l'identité de genre et sexuelle, la sexualité, la violence et les perspectives d'avenir. Dans le cadre de la thèse, les participants ont été encouragés à aborder les aspects de leur vie qui vont bien, leurs démarches pour maintenir et améliorer leur bien-être ainsi que les ressources qui les aident à le faire. Ils ont été invités à discuter de leurs compétences, de leurs qualités et de leurs connaissances pour maintenir leur processus de rétablissement.

Pour être en mesure de saisir le contexte entourant les évènements marquants du parcours des personnes rencontrées, les entrevues ont été basées sur la méthode d'entrevue utilisant la ligne de vie (Berends, 2011). Employée dans d'autres études portant sur les parcours de rétablissement des personnes présentant un TUS (Bellaert et al., 2022; Best et al., 2018; Gray et Dagg, 2018), la ligne de vie est utilisée comme un support visuel pour faciliter la narration des récits autobiographiques (Berends, 2011). L'organisation chronologique des évènements marquants de leur vie et la façon dont elles s'en rappellent (p.ex. évènement difficile, point tournant, contexte précipitant) aident les participants à construire leur récit autour de ces marques (Schroots et Assink, 2005).

Cette étude s'appuie sur 19 entrevues individuelles semi-dirigées d'environ 120 minutes qui ont toutes été menées par la doctorante. Celle-ci a suivi quelques heures de formation sur la façon de mener une entrevue semi-dirigée et avait déjà mené quelques entretiens dans le cadre d'autres projets de recherche.

Les huit premières entrevues ont eu lieu en personne au sein des organismes ciblés, tandis que les 11 autres ont été faites en ligne (n= 7) ou au téléphone (n= 4) en raison de la pandémie. Comme bon nombre de chercheurs qui ont dû transformer leur collecte en raison de la pandémie, nous avons pu observer certains avantages aux modalités d'entrevues à distance ainsi que des inconvénients (Pocock et al., 2021). Pour plusieurs participants, le fait d'être dans leur milieu de vie lors de l'entrevue leur procurait une aisance et un confort plus importants que s'ils avaient dû se présenter dans les locaux d'entrevues de leur centre de traitement. Pour d'autres, leur milieu de vie a constitué une source de distraction. Certains déambulaient dans leur logement en faisant des commentaires sur ce qu'ils observaient, d'autres faisaient des tâches domestiques pendant

l'entrevue. La modalité en ligne avec vidéo a été priorisée puisqu'elle offrait un cadre presque équivalent à l'entrevue en personne grâce à la possibilité de partager le contenu affiché à l'écran et de voir les réactions non verbales du participant. Dans quelques cas, les participants n'avaient pas accès à une connexion internet, l'entrevue a alors eu lieu au téléphone. Pour compenser l'absence de visuel, l'étudiante a porté une grande attention aux changements dans l'inflexion de la voix, aux silences, aux hésitations. Au besoin, l'étudiante validait son impression avec le participant.

Stratégies d'analyses.

Les entrevues ont été enregistrées et leur contenu intégralement retranscrit pour les fins d'analyses. Utilisant à la fois une démarche inductive et déductive, une grille de codification a été construite et chaque code a été défini dans un lexique. La conceptualisation des dimensions de capital de rétablissement de White et Cloud (2008) a guidé la hiérarchisation des thématiques (démarche déductive). Une première lecture flottante a permis d'identifier des thématiques émergentes (démarche inductive): capacité à dédramatiser, curiosité, croire en soi, persévérance, affirmation, capacité d'introspection.

L'ensemble des entrevues ont été codifiées par l'étudiante à l'aide de cette grille dans le logiciel NVivo (version 12) au fur et à mesure du déroulement de la collecte de donnée. Un processus de codification indépendante a été réalisé avec une autre professionnelle de recherche sur deux entrevues. Les extraits qui n'étaient pas codés uniformément ont été examinés et discutés. Ces discussions ont permis d'affiner le lexique ainsi que la grille de codification.

Les extraits codés ont ensuite été analysés à l'aide de l'analyse thématique descriptive (Paillé et Mucchielli, 2021) qui permet de répondre peu à peu à la question : « qu'y a-t-il de fondamental dans ce propos, […], de quoi traite-t-il ? » (p.269). L'étudiante s'est d'abord familiarisée avec le contenu des entrevues en réécoutant les enregistrements audios, en relisant les transcriptions et les extraits codifiés sous la thématique du capital personnel de rétablissement. Ce contenu a ensuite été synthétisé pour faire ressortir les thèmes récurrents, tracer des parallèles entre les participants ou documenter les

divergences entre eux. La tenue d'un journal de bord tout au long du projet, la rédaction de mémos lors de la codification des verbatims et les échanges avec les directeurs de recherche ont contribué à la réflexivité de l'étudiante à propos de l'interprétation des résultats.

La crédibilité et l'authenticité des résultats figurent parmi les critères de scientificité les plus importants en recherche qualitative (Careau et Vallée, 2014). Ils correspondent au: « degré de concordance entre le sens attribué par le chercheur et sa plausibilité aux yeux des sujets » (Drapeau, 2004, p.82). Une démarche de validation des résultats a donc été entreprise pour renforcer leur crédibilité. Un pair-chercheur ainsi qu'un groupe de discussion formé de six personnes (deux femmes et quatre hommes) présentant des caractéristiques similaires aux participants recrutés dans cette étude ont été consultés pour valider la pertinence des analyses (Mays et Pope 2020). Suite à la présentation des résultats, les personnes ont été invitées à échanger autour des questions suivantes : « En vous basant sur votre expérience, ces résultats font-ils du sens pour vous ? Si oui, lesquels sont les plus significatifs ? De votre point de vue, quels sont les résultats les plus importants ou sur lesquels on devrait mettre l'emphase ? ». La discussion a permis de confirmer la pertinence des résultats obtenus par les analyses sur toutes les thématiques principales. Toutefois, leur présentation a été réorganisée pour mieux correspondre aux ressources importantes ciblées par les participants lors du processus de validation des résultats. Les résultats leur avaient été présentés selon l'ordre dans lequel ils avaient émergé dans les analyses. Ils ont été réorganisés pour mieux refléter l'importance des thématiques dans leurs expériences de rétablissement. Par exemple, les thématiques de la persévérance, la capacité d'introspection, la capacité d'affirmation et de croire en soi ont été identifiées comme des ressources clés du processus de rétablissement. Les participants de cette démarche ont également nommé leur appréciation d'avoir été interpellés pour participer à ce processus. Ils ont senti que leur avis était pris en compte et ont aimé entendre le point de vue des autres participants.

Considérations éthiques.

Cette étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique du centre de recherche du CIUSSS-CHUS-E (MP-31-2020-3294, 22 août 2019) et du comité d'éthique de la

recherche avec des êtres humains de l'UQTR (CER-19-261-10.01, 24 septembre 2019). Une demande d'évaluation de la convenance institutionnelle a également été déposée et autorisée au CISSS de Chaudière-Appalaches (MEO-31-2020-720, 1er octobre 2020) et au CIUSSS de la Capitale-Nationale (MEO-31-2020-1963, 31 juillet, 2020). Le consentement libre et éclairé des participants a été obtenu par écrit avant de débuter le processus d'entrevue. L'étudiante a pris le temps d'expliquer toutes les sections du formulaire d'information et de consentement (voir appendice E) et de répondre à toutes les questions des participants. L'étudiante a insisté sur la nature volontaire de la participation, leur droit de retrait en tout temps et le fait qu'ils pouvaient choisir de répondre aux questions qui leur convenaient au cours de l'entrevue.

Pour les entrevues individuelles à distance, le formulaire d'information et de consentement a été envoyé par courriel aux participants. Ces derniers ont été invités à le lire et à le retourner signé par courriel s'ils consentaient à participer au projet de recherche. Lorsqu'il était impossible pour les participants de signer le formulaire, le consentement verbal a été demandé en suivant la procédure suivante : 1) avant de débuter l'entrevue individuelle, l'étudiante présente le formulaire d'information et de consentement en répondant à toutes les questions; 2) si la personne accepte de participer, l'étudiante audio-enregistre son consentement en demandant à la personne de dire son prénom et nom, la date. Puis l'étudiante récite chaque point de la page 5 du formulaire d'information et de consentement en demandant à la personne si elle est d'accord ou non avec l'énoncé; 3) l'étudiante appose sa signature au bas du formulaire d'information et de consentement en ajoutant que le consentement de M. ou Mme X a été obtenu par téléphone ou par Zoom à la date X; 4) la copie signée est envoyée par courriel au participant ou par courrier recommandé si celui-ci n'a pas d'adresse courriel.

Le bien-être des participants au cours de l'entrevue était une préoccupation de l'étudiante. Tout au long de l'entrevue, l'étudiante était attentive aux indices verbaux et non verbaux de tout inconfort, malaise ou situation de crise. Au besoin, l'étudiante reflétait ses observations pour valider l'état du participant et vérifier sa capacité/désir de poursuivre l'entrevue. Après chaque entrevue, une liste de coordonnées de différentes ressources offrant de l'aide en situation de crise a été fournie à tous les participants.

L'étudiante validait également l'état de la personne à la suite de l'entrevue. Aucune situation préoccupante n'est survenue au cours du projet ou n'a nécessité un accompagnement pour une situation de crise.

Par souci de confidentialité, tous les renseignements recueillis à des fins d'analyses ont été anonymisés et un pseudonyme a été attribué aux participants. L'ensemble des données colligées dans le cadre de ce projet (formulaires d'information et de consentement, enregistrements, transcriptions d'entrevues et questionnaires complétés) est conservé dans les locaux universitaires dans un classeur sous clé. Les documents nominaux (comme le formulaire de consentement) sont conservés à part des données de recherche. Tandis que les documents informatisés sont protégés par un code d'accès et enregistrés sur les serveurs universitaires. Les documents seront conservés jusqu'à cinq ans suivant la fin du projet.

Une compensation financière en argent d'un montant de 20$ a été remise à la fin de l'entrevue. Le montant a été versé par *Interac* si l'entrevue avait lieu à distance ou par courrier recommandé s'il ne s'agissait pas d'un système que les participants connaissaient.

Chapitre III. Article 1

A Systematic Review and Meta-Analysis of the Efficacy of the Long-Term Treatment and Support of Substance Use Disorders

Article publié dans le *Social Science & Medicine*[2].

[2] Voir le site de la revue pour les consignes aux auteurs

Title: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Efficacy of the Long-Term Treatment and Support of Substance Use Disorders.

Authors: Beaulieu, M [a], Tremblay, J. [a], Baudry, C. [a], Pearson, J. [a] & Bertrand, K. [b]

[a] département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières, centre universitaire de Québec, [b] département des sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke, campus de Longueuil

Abstract

Rationale The reconceptualization of substance use disorders (SUD) as a chronic phenomenon calls for a paradigm shift in service provision, particularly by way of long-term treatment and support. Studies that have evaluated the efficacy of long-term treatment models seem to indicate that they are an improvement on more standard short-term treatments, even though these studies do not take the durations into consideration. *Objective* Measure the efficacy of SUD treatments and support lasting 18 months or more regarding their ability to decrease substance use as compared to shorter treatments. *Method* A meta-analysis based on a systematic literature review was conducted. Eight databases were consulted for peer-reviewed studies. Certain variables were coded as moderators: intervention length, participant characteristics, and treatment characteristics. *Results* The main results suggest that the people who received a planned long-term treatment or support had a 23.9% greater chance of abstaining or consuming moderately than did people who received a shorter standard treatment (OR=1.347 [IC 95%= 1.087 - 1.668], $p < .006$, adjusted OR = 1.460 [CI 95% = 1.145 -1.861]). None of the moderation analyses revealed any variation in the efficacy of the long-term treatments and support. *Conclusions* The reconceptualization of the SUD as a chronic disorder among people with this problem leads us to reconsider both the length of the services provided and the paradigms underlying their organization.

Keywords :
Meta-Analysis
SUD long-term treatment
Continuing care
Effectiveness evaluation
Chronic SUD

Introduction

Determining the optimal length of the services provided to people with a substance use disorder (SUD) is fundamental, particularly when this disorder is reconceptualized as being chronic. SUD is a persistent disorder for a large proportion of the people with this problem. As such, relapse rates measured one year after an SUD treatment hover somewhere between 40% to 60% (Brecht & Herbeck, 2014; Finney & Moos, 1992; Schellekens, De Jong, Buitelaar & Verkes, 2015). Likewise, five years after the treatment, 50% of the people still presented SUD diagnostic criteria, indicating that, for a sizable proportion of people, recovery is a long-term process (White, 2012). A study review looking at the trajectories of people with SUD revealed that, for 35% to 54% of the people, it took on average 17 years from the first appearance of the disorder to a complete absence of diagnostic criteria for a whole year (Fleury et al., 2016). Likewise, the median time from the first treatment episode to the first full year without substance use was nine years (Dennis, Scott, Funk & Foss, 2005). Service utilization records also showed almost two-thirds of those in treatment were not first-time clients, and of these, 15% were, at the very least, on their fifth treatment (SAMHSA, 2019).

This data has contributed to the reconceptualization of SUD in a long-term perspective, leading several authors to employ the concept of chronicity so as to better characterize the persistence of the disorder over time (American Society of Addiction Medicine, 2011; Chauvet, Kamgang, Ngui, Fleury & Simoneau, 2015; Fleury et al., 2016; McLellan, Lewis, O'brien & Kleber, 2000; Stevenson, 2005; White, 2012). Chronicity refers to the presence of a disorder over several years, including repeated episodes of treatment and support, punctuated by shorter and longer periods without consumption followed by periods of problematic use (Fleury et al., 2016; White, 2012). Among people with an SUD, those with a long-term or chronic profile differ from others by way of the disorder's greater clinical severity (e.g., polysubstance dependence, injection drug use, young age of SUD onset), a more complex profile (e.g., concomitant mental health disorder(s), hospitalization for these mental health problems, criminality and court ordered treatment), greater vulnerability (e.g., family history of SUD, traumatic events), and a lower recovery capital (Grahn, Chassler & Lundgren, 2014; White, 2008).

In Canada, the United States, and Europe, treatment provision in most specialized services for SUD lasts less than six months (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014; Gouvernement du Québec, 2019; SAMHSA, 2019), which would seem to correspond more closely to the needs of people with a temporary profile. However, despite the acknowledgement of SUD as a persistent phenomenon in a sizable proportion of people, the current provision of service is based on a limited view of the disorder that proposes short-term treatment aimed at abstinence and a permanent resolution of the problem after participating in only a single treatment episode (White, 2008). Several authors have called for a paradigm shift that would take better account of the characteristics of people with a long-term SUD profile. This paradigm shift involves a greater consideration of the notion of recovery by proposing personalized services (Neale, Parkman & Strang, 2019), organized in a comprehensive approach. These services must focus on the improvement of quality of life and well-being (Laudet, 2007; White, 2007), take experiential knowledge into account (Baillergeau & Duyvendak, 2016), and pay attention to both recovery initiation factors and to those ensuring its management (White & Kelly, 2011). This paradigm shift must also include a long-term treatment view that ensures better continuity between the treatment episodes (Hser, Huang, Teruya & Anglin, 2004), individualized length and intensity of service according to the person's needs (King, Kaplan & Hofstedt, 2010; White et al., 2011), a more proactive assessment, continuous monitoring, and links with support services focused on recovery (Scott, Dennis, Laudet, Funk & Simeone, 2011).

To determine treatment needs based on a given SUD severity, Rush, Tremblay and Brown (2019) developed a model composed of three interrelated dimensions, namely: acuity (intensity, urgency), complexity (concomitant mental and physical health and judicial problems, etc.) and chronicity, which refers to the length of time. Most of the current treatment models are calibrated on the gravity of the disorder. Others concentrate more on the complexity such as in the case management model (National Case Management Network, 2009). In the last decade, some authors have examined the provision of services as a function of the disorder's continuity over time (Kelly & White,

2011; McKay et al., 2010; Scott & Dennis, 2003). In the present article, this last dimension will be examined more attentively.

Long-term treatment and support models

Generally seen as a continuation of a more intensive initial treatment (McKay, 2009), long-term treatments are known by names such as extended intervention, continuing care, stepped care, recovery management, or aftercare, and likewise come in various types whose services vary greatly from one model to another.

Some models, such as the Recovery Management Check-up (RMC) (Scott et al., 2003), are specifically designed to reduce the time between a relapse and a return to treatment by maintaining regular, proactive contact with people who have finished their treatment. This model allows practitioners to respond to the issue of a changing trajectory in people with chronic SUD by providing services during crisis periods and maintaining contact during periods of stability. Other models, such as Telephone Monitoring and Counseling (TMC) (McKay et al., 2010), propose instead the provision of continuous therapeutic support, which begins during an intensive treatment episode and which evaluates the progression in the objectives for change. The frequency of telephone contact is adjusted to the patients' needs and evaluated according to their risk of a relapse. If the risk is high, the frequency of contact increases and the patients are invited to come in for personal meetings. Long-term treatment models can also take the form of residential treatment where peers are asked to play an important role in the recovery of other residents (e.g., therapeutic communities; De Leon, 1985). Finally, Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous constitute a form of long-term treatment because they provide a support network that does not set time constraints (Alcoholics Anonymous, 2019; Narcotics Anonymous, 2018).

The efficacy of long-term treatment and support models has not been greatly studied, but the few studies that have looked at this question seem to indicate that they are an improvement on more standard treatments. In a systematic review of the efficacy of continuing care for treatment of alcohol addiction, Lenaerts et al. (2014) noted the lack of good quality articles on the subject. Their analyses only looked at six articles, whose

treatment length varied from 10 weeks to 1 year. Their results indicated a tendency in favor of active continuing care as compared to standard treatments. According to Lenaerts et al. (2014), active continuing care differs from standard treatment by way of its proactivity, its regular, coordinated contact between patients and the various health services, the reinforcement of coping, motivation, and empowerment strategies, and the attention paid to the patients' family relationships. Other authors carried out a meta-analysis on the efficacy of continuing care in the treatment of SUD in general (Blodgett, Maisel, Fuh, Wilbourne & Finney, 2014). This meta-analysis comprised 19 studies whose treatment length varied from 8 weeks to 24 months. Their results showed a weak effect ($g = 0.187$, $p < 0.001$) regarding a decrease in AOD use that was in favor of continuing care as compared to the control group. The analyses of moderator variables that were carried out did not reveal any associations between a longer treatment and greater efficacy. Simoneau et al. (2018) conducted a systematic review looking at treatments provided to people with an SUD characterized as chronic. They identified 16 studies whose treatment length varied from 2 months to 4 years (3 treatment programs did not have a planned ending). Their results show that, generally speaking, most effective treatments were intensive, long-term, and covered several areas of life.

Several studies have shown that longer time spent in treatment was associated with better outcomes in terms of decreased substance use, improved employability, and reduced criminal activity (Condelli & Hubbard, 1994; Gossop, Marsden, Stewart, & Rolfe, 1999; Simpson, 1981; Simpson, Joe & Brown, 1997) as well as a reduction in post-treatment readmission rates (Moos, Pettit & Gruber, 1995) and relapse rates (Brecht et al., 2014). A review of 20 studies evaluating the efficacy of various aftercare and support models noted that three 12-month-long models obtained positive results whereas the shorter ones were more heterogeneous (McKay, 2009), thereby indicating that that longer planned treatment could have a considerable effect on their efficacy. That being said, this literature review was not able to determine whether the models' greater efficacy depended on their length, since the included studies did not compare the long-term models with those of the short-term.

The overall outcome of these studies is generally favorable to a service provision that goes beyond short-term treatment. Use of long-term monitoring would thus seem to be promising. That being said, which of the following components would have the most impact on the person's recovery: service intensity, frequency, AA/NA membership, treatment retention, a continued relationship with the practitioner, total duration of services, or service flexibility in terms of diversity or in response to fluctuating SUD acuity? Each one of these dimensions could be the subject of specific studies. In this article, the question of the length of the services over time was retained since it was a recurring theme in our exchanges with service providers: "For how long should we accompany people after an SUD treatment episode?" (Desrosiers & Ménard, 2010; Djouini & Kamgang, 2017). This question was likewise at the heart of our thinking about SUD and its reconceptualization as being a chronic disorder for a large number of people.

According to the National Institute on Drug Abuse (2012), people with a SUD (excluding people with an opioid addiction) would need a minimal threshold of 90 service days (e.g., medications, behavioural therapies, or their combination) to begin necessary changes toward recovery. Even though this length of time is preferable to a complete lack of service, it does not seem long enough for people with a persistent SUD. Given the high relapse rates after the first year of treatment and the problem's cyclical nature, which involves repeated periods of abstinence and relapse over several years, and given the length of this clientele's recovery trajectories, it would seem that the provision of a long-term recovery service is needed to allow these people to maintain the changes initiated in the various areas of their lives (Finney et al., 1992; Fleury et al., 2016; Scott, Foss & Dennis, 2005; White, 2012). There is no scientific consensus concerning the length of the services these people should receive if they are to instigate and maintain the changes required in a recovery process. The majority of data currently available is based on treatment length that does not exceed 12 months (Bergman, Hoeppner, Nelson, Slaymaker & Kelly, 2015; Eastwood et al., 2018; Grella, Stein, Weisner, Chi & Moos, 2010; Lash et al., 2007; Lemke & Moos, 2003; McKay, 2009; McKay, Knepper, Deneke, O'Reilly & DuPont, 2016; Metsch, McCoy, Miller, McAnany & Pereyra, 1999). Consequently, as there exists no scientific criteria for determining the optimal length of service for people

with persistent SUD, as the state of knowledge currently stops at 12 months, and as the recovery trajectory would seem to require long-term service, it would be worthwhile to look at services longer than 12 months. This is why an 18-month treatment length was set as our threshold when retrieving studies.

Objective

The objective of this systematic review followed by a meta-analysis was to measure, in comparison to shorter treatments, the efficacy of 18-month-or-longer SUD treatments and support with regard to their ability to reduce AOD use. Moreover, the moderating effect of certain variables on the reduction of AOD use will be examined, namely: a) the participants' characteristics (age, sex, SUD type); b) treatment and support characteristics (comprehensive or specific nature of the interventions, treatment type, support type); and c) length of treatment and support.

Method

A systematic review was carried out with the goal of conducting a meta-analysis whose steps were conducted in keeping with the PRISMA' reporting standard (Liberati et al., 2009) as well as other, additional standards noted in the article by Johnson & Hennessy (2019). The overall selection process was conducted independently by the first author with the help of a research assistant. In the case of a disagreement, a third person (authours J.T. or K.B.) was asked to decide. 1) Identification. The document research examined eight databases (PsycINFO, MEDLINE, Academic Search Complete, CINAHL, Érudit, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Social Services Abstracts, Cochrane Library) as of April 17, 2018. The following concepts were combined along with their associated keywords: "Substance use disorder," "extended intervention," and "evaluation" (see Appendix A for the complete research equation). Moreover, to identify other pertinent studies, experts in this field were contacted and the reference list of included articles was progressively examined until no new references were found. 2) Screening. The identified articles were quickly evaluated based on their title and their abstract. 3) Eligibility. The selected articles were then completely read to determine

whether or not they met the inclusion criteria. 4) Inclusion. The information in the included articles were then extracted and analysed.

Inclusion criteria

The studies had to examine the efficacy of a long-term SUD treatment and support lasting 18 months or more in comparison with a group (with or without randomization) whose intervention was shorter. All the study participants had to have received an initial, basic treatment. Studies were excluded if there was no difference in length of services provided between the experimental and comparison groups. The participants had to have a problem with AOD use, as evaluated by the presence of an SUD (based on DSM-V criteria) or an addiction diagnosis (based on DSM-IV, DSM-III, or ICD-10 criteria), or have received specialized addiction services. The measure of the treatment's efficacy had to take into account, among other things, a consumption frequency (abstinence or not) or an indicator of AOD use that decreased to a level considered to be moderate. Participants had to be 18 years old or more and could present concomitant problems, such as mental health problems or delinquency, on the condition that there was a component in their treatment that was clearly linked to SUDs. The studies had to be published in English, French, or Spanish and in a peer-reviewed journal. The studies had to use an experimental or quasi experimental design. They had to be carried out in an OECD country, since these countries have similar democratic systems and a market economy (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2019). Studies were excluded if they dealt with the efficacy of medication or if they exclusively evaluated the costs related to the efficacy of treatment. Studies on substitution treatments such as methadone or buprenorphine, as well as studies on assertive community treatment were not selected because they are intended for clients with distinct specific needs (e.g., severe and persistent psychotic disorder with or without SUD, opioid use disorder). Including them in the meta-analysis would have made the results so heterogenious that they would have been difficult to interpret.

In cases where two studies or more were based on the same sample, the study that was most useful in answering the present research question was included. For example, in the first stage we selected studies by Öjehagen et al. (1992) and Ojehagen, Berglund, and

Appel (1993). The latter study had secondary analyses based on the same sample as the first, asking more specifically whether people at risk of suicide responded well to the treatment; the first study was consequently included.

Encoding, extraction, and assessment of risk of bias

Assessing risk of bias and extracting data from the included studies was conducted independently by the main author and a research assistant. Differences in opinion were discussed in order to achieve consensus. An extraction grid based on the PICOS format (Population, Intervention, Comparaison, Outcomes, Setting) was used and, when necessary, additional information was requested from the authors. The risk of bias was assessed using a tool developed by Cochrane Collaboration (Higgins et al., 2011) to estimate the potential bias of randomized studies regarding their methodology and results. Seven domains were assessed based on whether or not the studies had a low, high, or unclear risk: random sequence generation, allocation concealment, blinding of participants and personnel, blinding of outcome assessment, incomplete outcome data, selective reporting, and other possible biases (including conflict of interest).

The efficacy of the intervention was codified based on whether or not it assessed abstinence or moderate consumption in the participants. Abstinence was defined as a lack of AOD consumption during the study period. For moderate consumption, all indicators that took into account usage that did not interfere with the person's daily functioning were considered. Information concerning the total number of people in the experimental and comparison groups was extracted as well has the number of abstainers or moderate users in each group at the measurement time that was closest to the end of the intervention.

The following potential moderators were coded as categorical variables: 1) planned or measured length of treatment and support (18 or 24 months or more); 2) frequency/dose of treatment and support provided (a. residential: a form of therapeutic support in one’s living environment; b. community-based: ex. outpatient, peer support group, therapeutic support, or reinclusion in treatment if needed; c. monitoring: observation of the quantity of AOD use); 3) nature of treatment and support, coded either “comprehensive” when the intervention involved several areas of life (e.g., housing, family, couple, work, health,

adaptability, etc.) in addition to examing SUD, or "specific" when the intervention only examined SUD; 4) type of caregiver (peer or professional); 5) type of addiction (alcohol or alcohol and drugs); 6) type of design used (randomized or not).

Other moderators were codified as continuous variables: the percentage of men, the mean age, year of publication, the difference of the intervention length between experimental and comparison groups and, consequently, the length of the basic treatment received by the two groups. Planned treatment and support length was also codified as a continuous variable.

Meta-analysis procedure

The meta-analysis was conducted using version 3 of the Comprehensive Meta-Analysis software (Borenstein, Hedges, Higgins & Rothstein, 2013). The odds ratio was chosen as the effect size, given that most papers presented their results in a dichotomous form for each group. The odds ratio refers to the probability of an event occurring (dependent variable) in the treatment group as compared to the probability of it occurring in the comparison group (Card, 2012). An odds ratio of 1 means there is no effect; greater than 1 means that there is a greater probability of the event occurring in the treatment group; less than one means that it is more likely to occur in the comparison group (Szumilas, 2010). The odds ratio was calculated for the study with a confidence interval of 95% (95%CI). When a study had results for both abstinence and moderate consumption, a mean was calculated to obtain a combined effect size. The combined effect size was then treated as the data for that study limiting over-representation of some samples in the analyses (Borenstein, Hedges, Higgins & Rothstein, 2009).

Decisions had to be made regarding the manner in which to include certain studies in the present analysis. If a study was composed of three groups (e.g., Jason, Olson, and Harvey (2015); McKay et al. (2013)), the results of the two experimental groups were combined together when they were the same type of intervention (e.g., residential). McKay et al.'s (2010) study was composed of three groups of which two were experimental groups which could not be coded as the same type. Each of the groups was compared with the control using the study's effect size, which, for this study only,

overrepresented the control group. In studies by Jason et al. (2015) and Jason, Salina, and Ram (2016), given that the results concerning AOD use were reported separately, a mean effect size was calculated for each of these studies.

Fisher's z was calculated for each of the effect sizes to determine the presence of extreme data (i.e., Z smaller than -3.29 or greater than +3.29). We tested for publication bias by conducting a visual inspection of the funnel graph and then carrying out a trim and fill procedure (Duval & Tweedie, 2000; Sutton, Duval, Tweedie, Abrams & Jones, 2000). If publication bias is detected, this method makes it possible to adjust the effect size by imputing the results of studies that were not published.

The analyses were conducted using a random effects model which made it possible to take into account a greater variability between the studies than would have been possible using a fixed effects model (Borenstein et al., 2009). Heterogeneity was estimated using the Q test, which takes into account the difference in the effect size of studies with respect to the mean (Borenstein et al., 2009). The I2 was likewise used to determine what percentage of total variability in the effect sizes was caused by heterogeneity. A score of 25% was associated with low heterogeneity, a score of 50% with moderate heterogeneity, and 75% with high heterogeneity (Higgins & Green, 2011). 2.4 Subgroup analyses and meta-regressions

Subgroup analyses were conducted to verify whether the efficacy of the experimental treatment varied as a function of the planned treatment and support length (18 months or 24 months or more), frequency/dose of treatment and support provided, nature of treatment and support, type of caregivers, type of addiction, and type of design. The meta-regression was used to verify the moderating effect of the continuous variables (the percentage of men, mean age, year of publication, difference of the intervention length between experimental and comparison groups, length of the basic treatment, and planned treatment and support length).

Results

Included studies

The flow chart (see Figure 1) summarizes the identification, selection, and admissibility process of the studies. The research strategy allowed us to identify 1,397 potentially relevant articles. The reasons for exclusion are mentioned in the flow chart. The process resulted in the inclusion of 12 articles describing 13 studies (Öjehagen et al., 1992). All but 3 of the included studies came from the United States.

The studies comprised a total of 3,598 participants, with the sample sizes varying from 36 to 622 participants. The characteristics of the included studies are presented in Table 1. The mean age of the participants was 39 years (SD=4.14). When they are reported (the number of studies reporting this information is noted between parentheses), the characteristics of the participants in the studies included for this systematic review and meta-analysis show high rates of concomitance with mental health problems (43% to 75%; k=5), legal problems (44% to 100%; k= 7), as well as high rates of previous treatment (51% to 100%; k= 5) and considerable numbers of previous treatments from 0.67 (SD=1.94) to 4.47 (SD=5.59) (k= 5). As for the characteristics of the treatments and support, their planned length varied from 18 to 48 months. The treatments and support were provided in community-based (k=7) or through monitoring (k=2) and generally proposed a decreasing intensity as the person progressed in the program. That being said, the intensity proposed in the community-based treatments and support varied according

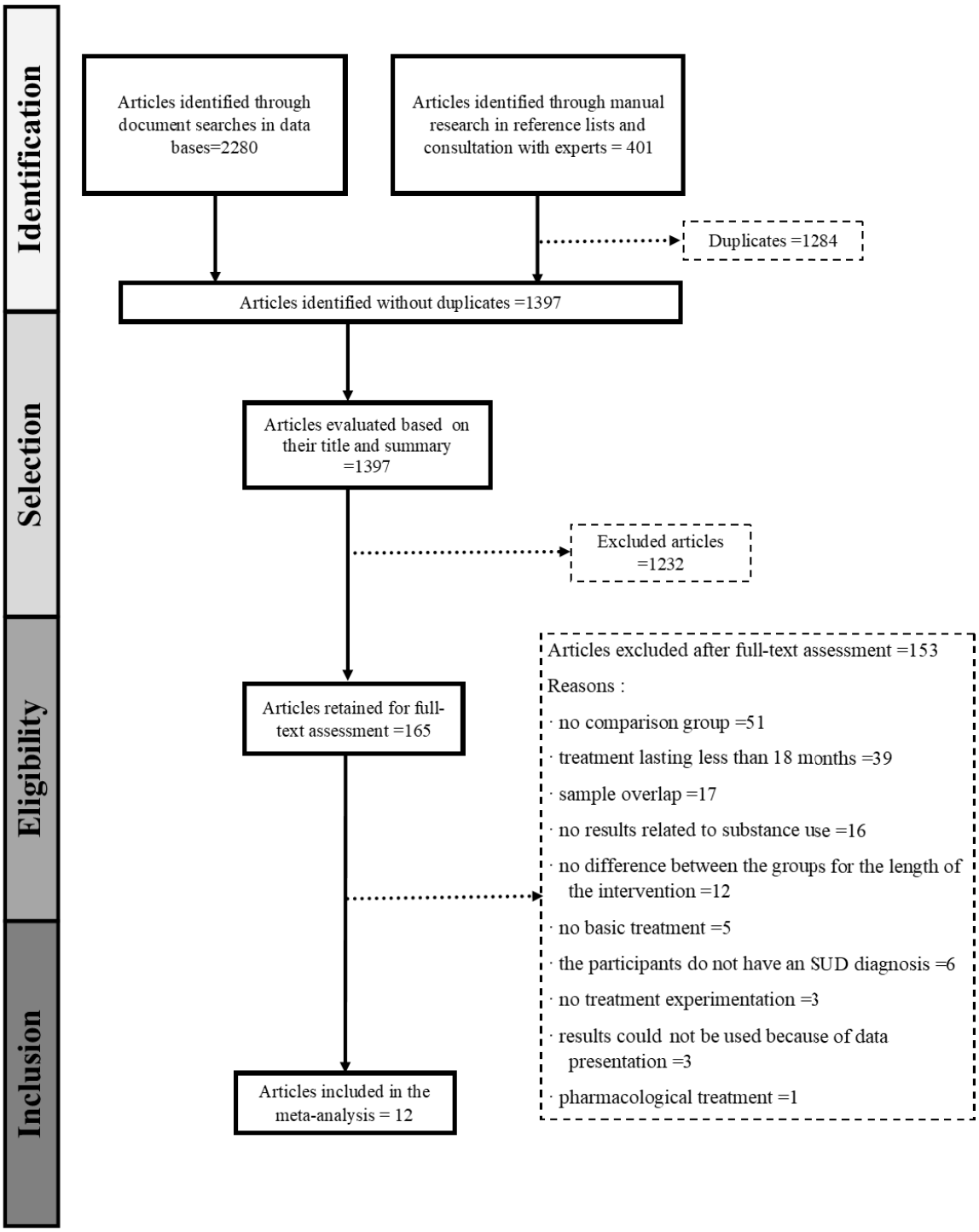

Figure 1. PRISMA flow diagram of article selection

Table 1
Characteristics of included studies.

Authors (year)/ countries	Basic treatment		Long-term treatment					Population characteristics			SUD severity	
	Setting	Length (months)	Name of treatment / approach	Type / intensity	Length (months)	Real quantity of services provided		Men (%)	Mental health problems (%)	Legal problems (%)	Previous treatment (%)	Mean number of past treatments M(SD)
						Completion (%)	M(SD)					
Dennis *et al.* (2003)[R] / USA	SATC [a]	1	RMC[b]/MI[c]	Community-based / Every 3 months, referral to therapy if needed	24	93	—	41	75	75	68	—
Dennis *et al.*(2012)[R] / USA	SATC	1.5	RMC/MI	Community-based / Every 3 months, referral to therapy if needed	48	95	—	54	53	83	62	—
Groh *et al.* (2009)[R] / USA	SATC	1	OH[d]/ peer support	Residential/ N.A. [e]	24	—	256.2 (247.1) days	38	59	43.9	—	Inpatient 3.2(2.1) Outpatient 0.8(2.6)
Jason *et al.* (2015)[R] / USA	SATC	1	OH/ caregiving peers	Residential/ N.A.	24	—	91.61 (141.99) days	83	—	100	—	Alcohol 0.67(1.94)
			TC[f]/ caregiving peers			—	60.61 (79.29) days					Drugs 2.95 (3.38)
Jason *et al.* (2016) / USA	Prison or SATC	1,6	OH/ caregiving peers	Residential/ N.A.	24	—	131.0 (14.0) days	0	—	100	—	—
Martin *et al.* (1999) / USA	Prison	12	TC/ caregiving peers	Residential/ N.A.	18	65 (CREST)	—	86.5	—	100	100	—

Table 1 *(continued)*

Authors (year)/ countries	Basic treatment		Long-term treatment					Population characteristics				SUD severity
	Setting	Length (months)	Name of treatment / approach	Type / intensity	Length (months)	Real quantity of services provided: Completion (%)	Real quantity of services provided: M(SD)	Men (%)	Mental health problems (%)	Legal problems (%)	Previous treatment (%)	Mean number of past treatments M(SD)
McKay *et al.* (2010)[R] / USA	SATC	6	TM[g]/ N.A.	Monitoring/ Once a week for the 1st 8 weeks, every 2nd week for 44 weeks, once a month for the last 6 months	18	—	11.5 (9.7) sessions	64	49	—	—	Alcohol 3.35 (3.70)
			TMC[h] / MI +CBT[i]	Community-based / At least once a week for the 1st 8 weeks, every 2nd week for 44 weeks, once a month for the last 6 months, and adjustable based on needs		—	9.1 (9.6) sessions					Drug 3.06 (3.78)
McKay *et al.* (2013)[R]/ USA	SATC	6	TMC / MI +CBT	Community-based / At least once a week for the 1st 8 weeks, every 2nd week for 44 weeks, once a month for 6 months, once every 2 months for the last 6 months, and adjustable based on needs	24	—	15.5 (14.1) sessions	76	—	—	—	4.47 (5.59)
			TMC+[j] / MI + CBT				26.0 (12.8) sessions					
Öjehagen *et al.* (1992)[R]/ Sweden				Community-based / Every 2 weeks for the 1st year and								

Table 1 *(continued)*

Authors (year)/ countries	Basic treatment		Long-term treatment					Population characteristics			SUD severity	
	Setting	Length (months)	Name of treatment / approach	Type / intensity	Length (months)	Real quantity of services provided		Men (%)	Mental health problems (%)	Legal problems (%)	Previous treatment (%)	Mean number of past treatments M(SD)
						Completion (%)	M(SD)					
	Hospital	12	MBT[k] / CBT	every 4 weeks for the 2nd year	24	50	—	83	—	—	51	—
			PT[l]/psycho-dynamics	Community-based / Adjustable based on needs		63						
Rus-Makovec *et al.* (2008)/ Slovenia	Hospital	3	Contact by phone / N.A.	Monitoring/ Every 3, 6, 12, and 24 months	24	47	—	75	—	—	—	1.44 (0.75)
Scott *et al.* (2017)[R]/ USA	Prison	2.5	RMC/MI	Community-based / Once a month for the 1st 90 days, then every 3 months and more based on needs, referral to therapy if needed	36	97	—	0	43	100	94	—
Thurstin *et al.* (1987) / USA	Hospital	1	AA[m]/caregiving peers	Community-based / N.A.	18	—	—	100	—	—	—	—

Note. Cells with a (—) correspond to missing information.
[a]SATC = Specialized Addiction Treatment Center; [b]RMC= recovery management check-up; [c]MI= motivational interviewing; [d]OH= Oxford House; [e]N.A. = not applicable; [f]TC= therapeutic community; [g]TM= telephone monitoring; [h]TMC= telephone monitoring and counseling; [i]CBT= cognitive behavioral therapy; [J]TMC+ = Telephone monitoring and counseling plus incentives; [k]MBT=multimodal behavioral therapy; [l]PT=psychiatric treatment; [m]AA=Alcoholics Anonymous; [R]=randomized control tria

to the participants' needs, with the exception of the MBT de Öjehagen et al. (1992). In the community-based treatments and support, the meeting characteristics varied (in person or by phone) and were based on motivational interviewing or cognitive behavioral therapy. As regards monitoring, contact was short in length (5-10 min) and took place by telephone.

The completion rate for long-term treatment and support varied considerably from one study to another (47 to 95%, k=7). Other studies reported the mean length of services in numbers of days, from 60.61 (SD=79.29) to 256.2 (SD=247.1) (k= 3) or the mean average of completed sessions, from 9.1 (SD=9.6) to 26.0 (SD=12.8) (k=2). Accordingly, there is a difference between the planned treatment and support length and the actual, provided length of treatment. This difference is particularly noticeable in residential treatment which in the present study comprised therapeutic community and Oxford House models.

Before being assigned to the experimental and comparison groups, all the participants in the included studies received a basic treatment ranging from 1 to 12 months. All the participants from the same study received the same basic treatment. In addition to this basic treatment, participants in the experimental groups received long-term treatment or support. Half of the basic treatments (k= 6) occurred in specialized addiction treatment centres, 3 in prisons, 4 others in hospital settings (3 in psychiatric units and 1 in a medical centre for veterans).

Three studies only used an indicator for moderate consumption, 8 others only used an indicator for abstinence, and 2 studies used it for both. Table 2 shows the name of the moderate consumption indicator and the definition given by each of the authors.

Table 2
Definition of moderate consumption indicators

Authors (year)	Name of the indicator in the study	Authors' definition
Mc Kay *et al.* (2010)	No heavy alcohol use	Heavy alcohol use = five or more drinks/day for men, four or more drinks/day for women
Mc Kay *et al.* (2013)	Abstinence composite	No cocaine use and no use of other drug and no heavy alcohol use (i.e., five or more drinks/day for men, four or more drinks/day for women) in a given segment of the follow-up (3-month periods in months 1–12, 6-month periods in months 13–24),
Öjehagen *et al.* (1992)[a]	Favorable drinking outcomes	<14 days of misuse in the last year misuse = days with a consumption of more than 4 drinks (e.g., 1 drink = 3.8 cl of 40% liquor) during continuous drinking or more than 6 drinks on occasional drinking days
Scott *et al.* (2017)[b]	Less than weekly alcohol or other drug use	Self-reported alcohol and/or drug use in the quarter

[a] The article by Öjehagen *et al.*1992 presented 2 studies
[b] The authors used "weekly alcohol and/or drug use " in the article.

The results for the assessment of risk of bias are shown in Table 3. Overall, the studies show a moderate risk level. Given the type of interventions, it was impossible that the participants did not know to which group they belonged, which is inevitable in the psychosocial field. The studies by Martin, Butzin, Saum and Inciardi (1999), Rus-Makovec and Čebašek-Travnik (2008), and Thurstin, Alfano and Nerviano (1987) showed a higher level of risk of bias. These three studies were not randomized and lacked information about how the results were measured and how missing data were treated. The study by Thurstin et al. (1987) showed an additional risk of bias related to the participants' self-selection; they were divided retrospectively based on whether or not they participated in AA.

Table 3
Assessment of risk of bias

Authors(year)	Generation of a randomization sequence	Attribution secret	Performance biais	Detection biais	Attrition biais	Notification biais	Author biais
Dennis *et al.* (2003)	+	?	-	+	+	+	?
Dennis *et al.* (2012)	+	+	-	+	+	+	+
Groh *et al.* (2009)	+	+	-	?	?	+	+
Jason *et al.* (2015)	+	+	-	?	+	+	+
Jason *et al.* (2016)	-	-	-	?	+	+	+
Martin *et al.* (1999)	-	-	-	?	?	+	?
McKay *et al.* (2010)	+	+	-	+	+	+	?
McKay *et al.* (2013)	+	+	-	+	+	+	?
Öjehagen *et al.* (1992)	?	?	-	?	+	+	?
Rus-Makovec *et al.* (2008)	-	-	-	?	?	+	?
Scott *et al.* (2017)	+	?	-	?	+	+	?
Thurstin *et al.* (1987)	-	-	-	?	?	+	?

Main results

Even though none of the effect sizes were considered as extreme data, we decided to exclude that of Thurstin et al. (1987) which reported that 100% of the people in the treatment group consumed moderately (OR= 53.92 [IC 95%= 3.14 – 925.36]), because this result was markedly different from the others. This decision was also based on the high risk of bias in this study, as reported above. The study's effect size for abstinence was however kept. The present study's analyses thus examine the 14 remaining effect sizes.

Overall, the results of this meta-analysis suggest that there were more people in the planned, long-term treatment and support groups (18 months or more) than in the comparison groups (shorter standard treatment) who abstained or consumed moderately (OR=1.347 [CI 95% = 1.087 -1.668], p< .006). In other words, people who received the long-term treatment and support had a 23.9% greater chance of being abstinent or consuming moderately than did people who received a shorter standard treatment. Figure 2 shows the forest plot with the estimated effect size for each of the studies and their confidence interval. Three studies (Jason et al., 2015; Öjehagen et al., 1992 MBT and PT) had an effect size less than 1 indicating that, in these studies, there were more people in the control groups than in the long-term treatment and support groups who abstained or consumed moderately.

The analyses of the studies using the trim and fill method indicated the presence of publication bias in the results. A study had to be imputed to the right of the mean (see figure 3), which led to an overall adjusted effect size of OR = 1.460 (CI 95% = 1.145 - 1.861). This adjustment suggests that people who received long-term treatment and support had a 24.4% greater chance of abstaining or consuming moderately than did people who received the shorter standard treatment. The analyses showed that there was moderate heterogeneity between the effect sizes (Q= 22.385 $p < 0.05$, I2 =42%). Finally, the sensitivity analyses conducted after the assessment of risk of bias did not point to any difference in the results. All of the studies were thus kept for all of the analyses.

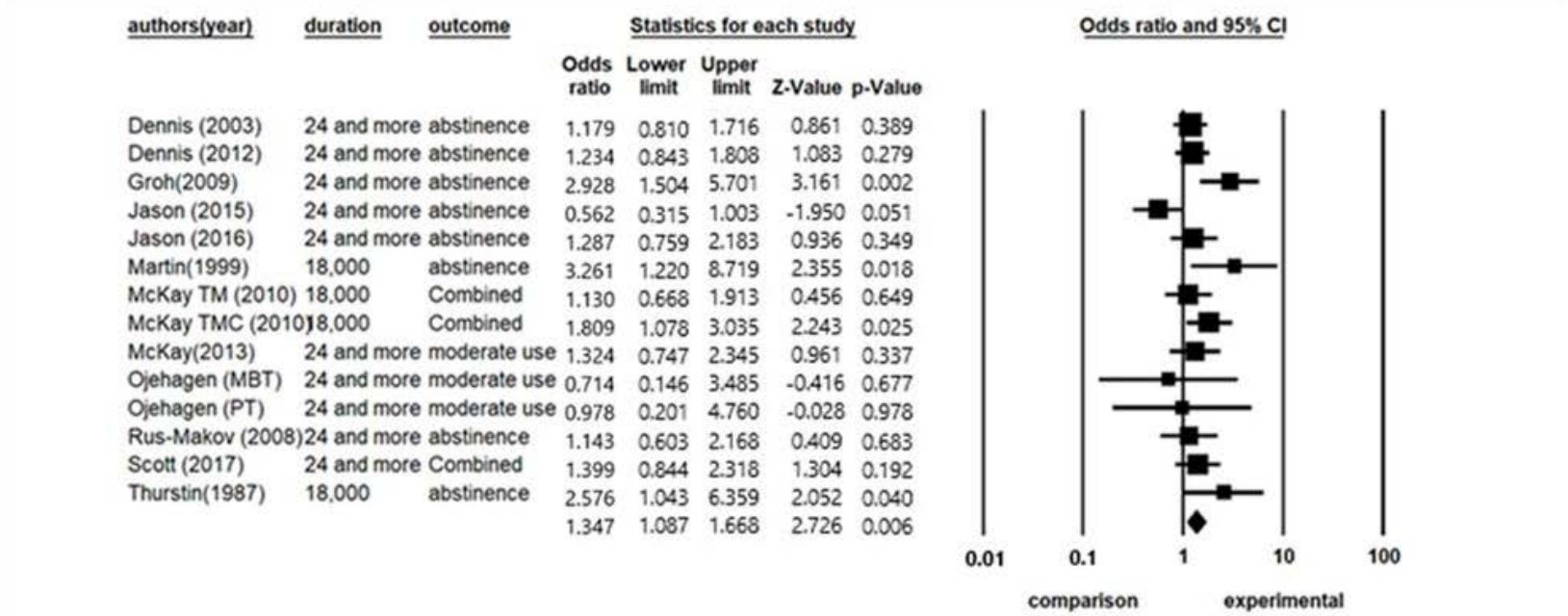

Figure 2 Forest plot representing the effect sizes (substance use outcomes) and their confidence intervals (CI)

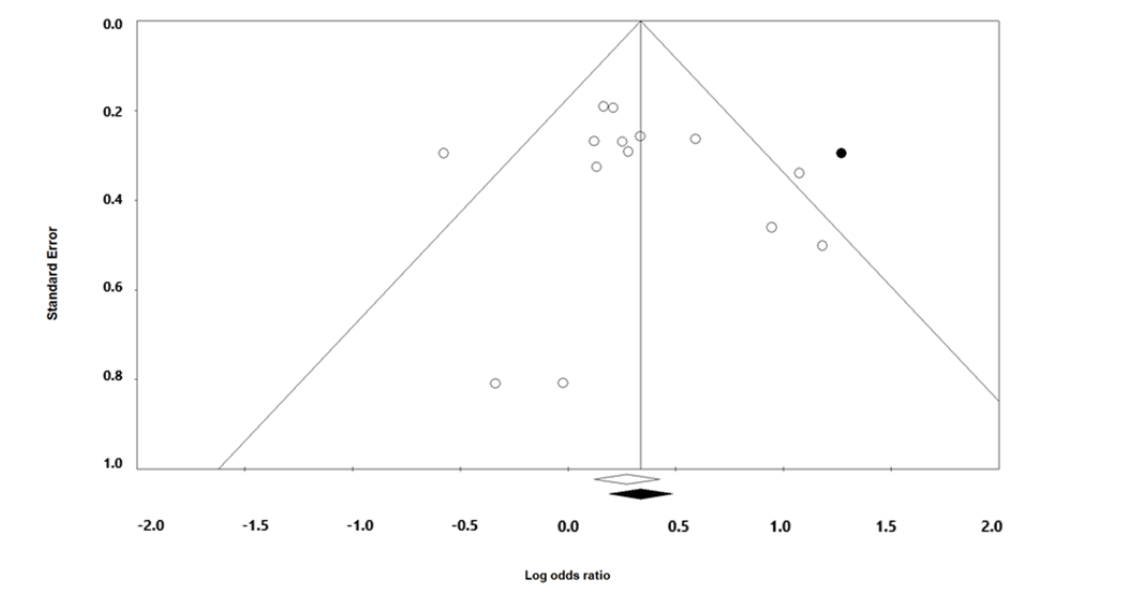

Figure 3 Funnel plot of standard error by log odds ratio

Moderation analyses

Table 4 shows the overall results and those for each of the moderator variables considered here. As regards the analysis of the subgroups, the results revealed that the efficacy of the long-term treatment and support did not vary according to the planned length of treatment and support (18 months or 24 months or more), frequency/dose of treatment and support provided (residential, community-based, monitoring), nature of the treatment and support (comprehensive or specific), type of caregiver (peer or professional), type of addiction (alcohol or alcohol and drugs), and type of design (randomized or not). The meta-regressions likewise showed a lack of moderation regarding sex (male/female), mean age, year of publication, planned length, length of basic treatment, and difference in intervention length between the control and experimental groups.

Table 4

Results of subgroup and meta-regression analyses for substance use outcomes

Moderator	k	N	OR	95% CI inf	95% Sup	Contrast Q'	Slope
All studies	14	3598	1.347**	1.087	1.668		
Planned length							
18 months	4	589	1.793**	1.161	2.770		
24 months	10	3009	1.222	0.965	1.546		
Contrast						2.313	
Frequency/dose							
Community-based	8	2081	1.350**	1.113	1.638		
Residential	4	726	1.545	0.702	3.401		
Monitoring	2	791	1.135	0.756	1.705		
Contrast						0.734	
Nature of treatment							
Comprehensive	6	1351	1.603	0.951	2.701		
Specific	8	2247	1.257*	1.039	1.520		
Contrast						0.736	
Caregivers							
peers	5	871	1.687	0.855	3.327		
professionals	9	2727	1.274**	1.066	1.522		
Contrast						0.614	
Type of SUD							
Alcohol	6	1177	1.403*	1.048	1.876		
Alcohol and drugs	8	2421	1.340	0.995	1.806		
Contrast						0.046	
Type of design							
Non-randomized	3	967	1.402	0.942	2.085		
Randomized	11	2631	1.330*	1.028	1.720		
Contrast						0.047	
% men	14						-0.001
Mean age	14						-0.023
Year of publication	14						-0.019
Planned length	14						-0.008
Length of basic treatment	14						0.022
Difference in intervention length	14						-0.008

p<.05, **p<.01, ***p<.001. CI, confidence interval; Inf, inferior, Sup, supérior.

Discussion

The objective of this systematic review and meta-analysis was to measure the efficacy of treatment and support planned for 18 months or more as compared to the shorter standard treatment that was usually provided to people with an SUD. To do so, the included studies had to assess efficacy in relation to a use indicator by comparing the results obtained in a group that received a shorter length of service (basic treatment) to that of a group whose treatment was planned over a period of at least 18 months. The results suggest that the people who received a planned long-term treatment and support

had a 23.9% greater chance of abstaining or consuming moderately than did people who received a shorter standard treatment. Even though a publication bias was detected, it suggested a higher efficacy in the long-term treatments and support (24.4%) than the effect size obtained before adjustment (OR=1.347 [CI 95% = 1.087 -1.668], p< .006, adjusted OR = 1.460 [CI 95% = 1.145 -1.861]), we therefore obtained conservative results in favor of long-term treatment and support.

The results of this systematic review and meta-analysis are in keeping with those examining 12-month-long treatments (Bergman et al., 2015; Eastwood et al., 2018; Grella et al., 2010; Lash et al., 2007; Lemke et al., 2003; McKay et al., 2016). They confirm the tendency showing that long-term treatments and support make it possible to more greatly reduce consumption behavior than do shorter treatments. What is more, the results of this meta-analysis were obtained with participants with severe, complex problems, of which a large majority had mental health and legal problems, in addition to several episodes of previous treatment. The efficacy of the treatments and support, which were 18 months or longer with these participants, illustrates the need for long-term care continuity, and allows us to affirm the importance of providing services well beyond the minimum 90-day threshold.

The moderation analyses regarding the length of long-term treatment and support revealed that the treatments that lasted 24, 36, and 48 months did not report more people who were abstinent or moderate consumers than did those that were 18 months long. In other words, continuous services over time seemed to be more important than a specific service length since a similar efficacy was observed in both the 18 month treatments and those 24 months or more. Nonetheless, though all these measures were taken at the end of the treatments and support, none of these studies continued measuring the treatments' effect once these treatments came to an end. Several studies suggest moreover that the effects of treatment and support for people with a persistent SUD subside once the treatment is over, pointing to the importance of continuous long-term therapeutic contact (McLellan, 2002; Simoneau et al., 2018; White, 2012). Contrary to the paradigm underlying the acute care model, which supposes that a defined length of care time will help the SUD to subside, the reconceptualization of the SUD as a chronic problem leads

us to reconsider the expectations we have for people with this profile (White et al., 2011). As with other chronic diseases of a physical nature where treatment is offered without time limits, it is expected that progress will continue as long as services are available (McLellan, 2003; McLellan, McKay, Forman, Cacciola & Kemp, 2005).

Two of the 13 studies included in this systematic review and meta-analysis were comprised solely of women (Jason et al., 2016; Scott, Dennis & Lurigio, 2017). The moderation analyses carried out as a function of the participants' sex did not, however, reveal any differences in the results. Several studies observed that women with an SUD followed substantially different trajectories than did the men, particularly with regard to the importance of parenting and the impact of the traumatisms in their trajectory (Greenfield et al., 2011; McHugh, Votaw, Sugarman & Greenfield, 2018). In this systematic review and meta-analysis, these characteristics were found in large proportions in the two samples composed exclusively of women, in addition to the legal problems they faced and the adoption of risk behaviors for HIV transmission (Jason et al., 2016; Scott et al., 2017). However, only Scott et al. (2017) study mentioned the use of treatment components that specifically addressed the issues faced by women. Women's long-term trajectories and their specific needs have not been greatly studied (Berglund, 2004; Covington, 2015). That being said, the few studies that have looked at this question reveal that recovery maintenance is undermined by a low recovery capital in terms of monetary and material resources, thereby resulting in food and residential precariousness (Gueta & Addad, 2015; Logan, Cole & Walker, 2020). Future studies should more precisely document the long-term AOD consumption and service use trajectories among women while identifying the characteristics specificities associated with specific groups (e.g., mothers, offenders, itinerants, etc.).

As for frequency/dose of treatment and support provided (residential, community-based, or monitoring), the results of the moderation analyses indicated that the efficacy did not vary as a function of treatment type, which prevented us from determining the superiority of one therapeutic approach or model over another. That being said, we expected that there would be a difference in favor of the community-based model compared to monitoring, since this latter model is not based on any therapeutic approach,

there is no support provided, the contact time is short, the intensity is predetermined, and the only objective is to gather information concerning AOD consumption. On the other hand, the community-based treatments and support proposed a variable intensity of contact depending on needs, except for the MBT study of Öjehagen et al. (1992), and were based on motivational interviews and cognitive behavioral approaches. These approaches are widely recognized for their efficacy for people with an SUD (Morgenstern & McKay, 2007). It is possible that the small number of studies corresponding to the monitoring category that were included in this meta-analysis were not numerous enough to allow us to detect variations in their efficacy. Moreover, McKay et al. (2010) noted that telephone monitoring and counselling (TMC) — a treatment corresponding to the community-based category in this systematic review and meta-analysis — was preferable to telephone monitoring (TM) in increasing abstinence and decreasing alcohol abuse. It is likewise possible that the choice of therapeutic success indicators, which are largely based on abstinence, were not sensitive enough to document differences in efficacy between types of models. While there was not a clear tendency in our results in favor of one model or another, the fact remains that a varying frequency and the redirection of people into treatment when their need is apparent would seem to be more consistent with the characteristics of the problem. In this regard, the study by Scott et al. (2005) shows the extent to which trajectories change from relapse to return to treatment, to a period of recovery, another return to relapse, and so on. Over a three-year period, 83% of participants moved from one status to another, half of whom did so more than once. Consequently, the management of treatment for people with a long-term SUD should initially aim to lengthen the recovery periods rather than eliminate the fluctuation in status that seems to be a characteristic of chronicity (Maisto, Hallgren, Roos & Witkiewitz, 2018). Further research is needed to verify the role of several other variables, such as service intensity, treatment retention, and the type of treatment that would be best suited to people with a persistent SUD.

It would seem that a peer based approach is recommended in long-term, residential treatment and support, since this was frequently indicated in the included studies corresponding to this treatment category. The results of the moderation analyses showed

that there was no variation in treatment efficacy with regard to caregivers (peers or professionals), which is consistent with the literature to the effect that testimonials and peer support are beneficial both in reducing AOD use and in promoting commitment to treatment (Bassuk, Hanson, Greene, Richard & Laudet, 2016; Tracy & Wallace, 2016). A therapeutic alliance with professionals and/or peers would appear to be one of the most important elements in ensuring treatment quality in the opinion of addiction service users (Lovejoy et al., 1995; Nordfjaern, Rundmo & Hole, 2010).

Finally, the moderation analyses showed no differences in the results with respect to the nature of the treatment and support, which was coded either "comprehensive" when the intervention examined several areas of life (housing, family, couple, work, health, adaptability, etc.) in addition to SUD, or "specific" when the intervention only examined SUD. The results showed that the specific treatments had a significant effect size as compared to the effect size of the comprehensive treatments and support, which seem to be more heterogeneous, but this difference was not significant. These results are contrary to those suggested by the literature, namely that treatments involving several areas of life (comprehensive), in comparison to those focusing specifically on SUD, are more effective with people with a persistent SUD (Simoneau et al., 2018; White, 2008; White et al., 2011). Other more global indicators (e.g., quality of life, relationship quality, etc.) than those linked to consumption might have made it possible to demonstrate the greater value of comprehensive treatments and support as compared to specific treatments for people with a long-term SUD. Recovery-oriented services involve the development of recovery capital at several levels: at the individual level by cultivating one's personal strengths and resources; at the social level by integrating friends and family into the services; and at the community level by investing in meaningful activities such as employment, education, and volunteering (Cano, Best, Edwards & Lehman, 2017; Dekkers, Ruysscher & Vanderplasschen, 2020).

Limitations

The results of this systematic review and meta-analysis are limited by the fact that the analyses carried out were based on the planned length of treatment and support, not on the actual length of the service provided. The data regarding the quantity of services

provided in the included studies were too heterogeneous to be analyzed. Studies with more consistent results regarding treatment retention are needed. However, the data obtained in this meta-analysis clearly indicate that engaging people with persistent SUD in long-term treatment is advantageous with respect to the usual service provided. This is supported by studies showing that starting treatment without completing it generally results in positive therapeutic effects (Butzin, Martin & Inciardi, 2002; Harley, Pit, Rees & Thomas, 2018). In addition to this observation, a larger gap between the planned length and the actual length of services provided was observed in the residential treatments, suggesting that a large proportion of the people directed towards residential services did not actually use them in the long term. Of these treatments and supports, three used the Oxford House model where, unlike other long-term treatment models, the end is not planned; the participants can stay as long as they want as long as they respect the rules (Jason & Ferrari, 2010). The model responds clearly to the necessity to have a stable living environment after intensive therapy, an important condition to maintaining the recovery process (Gueta et al., 2015; Martinelli et al., 2020). That being said, the smaller gaps observed between the planned length of service and the actual length of service provided in the case of community-based treatment suggests that services provided to people with a chronic SUD should be more flexible regarding monitoring characteristics (community-based versus residential) so as to adapt to their changing needs during the recovery process. Accordingly, the provision of a continuous service over time whose intensity is personalized would seem to be well adapted given the persistent nature of the problem and the numerous possible trajectories for recovery (White et al., 2011).

Furthermore, the lack of certain data limits the results. The data related to SUD severity and its associated issues, whether they involve legal or mental health problems, were lacking or presented in different forms. Likewise, the data describing standard treatment were often brief compared to that of long-term treatment and support. The presentation of this data in a homogenous format would have made it possible to further our moderation analyses regarding the efficacy of the long-term treatments and support. Future studies of persistent SUDs should focus on a better description of the characteristics of the populations that they are studying by using homogenous severity

formats and describing standard treatments as precisely as the experimental treatments. Moreover, given that social capital is a key component of the recovery process (Dekkers et al., 2020), other information about the social context and AA/NA membership should be documented.

Concerning the results format, dichotomous variables were favored given that the majority of the studies included here presented their results in this form (abstinence or not). The use of continuous variables would have been more appropriate to demonstrate the more subtle improvements among people with persistent SUD (Willenbring, 2014). Moreover, abstinence was selected as the results indicator since the majority of the studies chose this criterion to measure their intervention's efficacy. The predominance of this choice was probably related to the fact that almost all the studies included here came from the United States, where the dominant service model is based on abstinence (Lee, 2015; Lee & O'Malley, 2018; Tatarsky & Marlatt, 2010). That being said, conceiving the success of a treatment with a dichotomous measure of abstinence or non-abstinence is not consistent with a chronic conceptualization of SUD. Abstinence is a very high threshold to achieve for people with several concomitant problems and high SUD severity (White, 2008). The length of SUD remission trajectories likewise indicates that it is a long-term phenomenon (Dennis et al., 2005; Fleury et al., 2016). Babor et al. (1994) postulate moreover that indicators should opt for consumption frequency (e.g., the percentage of abstinent days) and severity (e.g., the amount consumed per day). Consequently, to better take into account the situations of people with a persistent SUD in this meta-analysis, we decided to also include all the indicators reporting a low consumption that did not hinder daily functioning. This choice also made room for more heterogeneity in the way the authors defined these indicators. A consensus regarding the operational definition of this indicator is necessary. Moreover, several issues remain even when abstinence or controlled consumption are achieved, including the resurgence of psychological symptoms, employment, social/family relationships, lodging, and health (Bacchus, Strang, & Watson, 2000; Laudet & White, 2010; Nordfjaern et al., 2010), thereby indicating that the concept of SUD remission must be widened to include other indicators than consumption. In addition to severity and frequency of use indicators, the International

Consortium for Health Outcomes Measures (2020) recommends considering a set of indicators that address global functioning in all areas of life, quality of life, and recovery. Originally developed in the mental health field, the concept of personal recovery is increasingly being adopted in addiction contexts to characterize SUD remission, as it accurately captures a range of changes in several areas of life, instead of focusing only on abstinence (Neale et al., 2014).

Finally, the results are limited by the quality of some studies, in particular that of Thurstin et al. (1987), which had several risks of bias, including a self-selection bias. Even though overall the results for the assessment of risk of bias indicate that there was a moderate risk and that the sensitivity analyses detected no differences between those studies with a greater risk as compared to those with a smaller risk, prudence is called for in interpreting the results.

Conclusion

The originality of this systematic review and meta-analysis was to have taken into account treatments and support lasting 18 months or more, whatever the model used, so as to measure their efficacy as compared to shorter standard treatments. The results led us to clearly opt in favor of the necessity of providing long-term services for people with persistent SUD. The use of these services should consider the characteristics of people with persistent SUD, in particular severity, chronicity, and complexity (Rush et al., 2019). Consequently, services should be adjusted according to changes in intensity, length of treatment and support should be personalized, and services should be organized in response to the complexity of each person's needs. Moreover, considering that recovery is a long-term process for people with persistent SUD, services must focus on long-term recovery goals and not on achieving abstinence after a single treatment episode (Martinelli et al., 2020). Services developed in a long-term perspective should also include mechanisms and strategies that promote retention in treatment. In this respect, the Case Management model has been shown to be particularly effective in promoting retention in substance abuse treatment and linkage with substance abuse services (Vanderplasschen, Rapp, De Maeyer & Van Den Noortgate, 2019).

It is also worth noting that the primary outcome of this meta-analysis (23.9% improvement in favour of the long-term treatment group) is based largely on dichotomous abstinence measures, making it a very high threshold to achieve for people with several concomitant problems and high SUD severity (White, 2008). It is thus possible that a more comprehensive measure of daily functioning would have revealed an even larger difference between groups, indicating to policymakers that by extending the time of provided services but at a lower intensity they could expect further positive impacts. From this angle, internet-based services are an interesting complement to a long-term service provision with numerous possibilities: maintaining of synchronous and asynchronous contact, reaching people in rural areas, receiving personalized feedback reports, and monitoring the recovery process (Cucciare, Weingardt & Humphreys, 2009; Marsch et al., 2020). Given the range of treatment modalities that can be implemented to best meet the needs of people with a persistent SUD, further cost-effectiveness evaluation is needed to guide service providers and policy makers. However, it is already possible to implement long-term treatment services as there are low-cost models that have already been shown to be effective. Two studies of models included in this systematic review and meta-analysis (RMC and TMC) demonstrated moreover that a low-intensity, long-term intervention was a cost-effective and potentially cost-saving strategy given the social costs associated with SUD (McCollister et al., 2013; McCollister, Yang & McKay, 2016).

Future research should more precisely document the characteristics of participants with a persistent SUD by indicating the presence of mental health problems, social-legal problems, and all other elements related to social precariousness. Moreover, to coherently address the persistence of the problem, the success indicators should not only comprise frequency and severity, they should also include indicators associated with the idea of recovery, such as lodging, employment, education, quality of life, daily functioning, and the social support network (Bassuk et al., 2016). This should be accomplished through simple, universal scales that can be used from one study to another (see ICHOM, 2020). Finally, future research should document the trajectories for addiction, services, and recovery in women with a persistent SUD.

References

Studies preceded by an asterisk were included in the systematic review and meta-analysis.

Alcoholics Anonymous. (2019). Information on Alcoholics Anonymous. Retrieved from: https://www.aa.org/

American Society of Addiction Medicine. (2011). Public policy statement: definition of addiction. Retrieved from: https://www.asam.org/resources/definition-of-addiction

Babor, T. F., Longabaugh, R., Zweben, A., Fuller, R. K., Stout, R., Anton, R. & Randall, C. (1994). Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research. Journal of Studies on Alcohol, Supplement(12), 101-111.

Bacchus, L., Strang, J. & Watson, P. (2000). Pathways to abstinence: two-year follow-up data on 60 abstinent former opiate addicts who had been turned away from treatment. European Addiction Research, 6(3), 141-147.

Baillergeau, E. & Duyvendak, J. W. (2016). Experiential knowledge as a resource for coping with uncertainty: Evidence and examples from the netherlands. Health, Risk & Society, 18(7/8), 407-426.

Bassuk, E. L., Hanson, J., Greene, R. N., Richard, M. & Laudet, A. (2016). Peer-delivered recovery support services for addictions in the United States: a systematic review. Journal of Substance Abuse Treatment, 63, 1-9.

Berglund, M. (2004). The Long-Term Course in Alcohol and Drug Dependence. In M. Berglund, S. Thelander, & E. Jonsson (Eds.), Treating Alcohol and Drug Abuse An Evidence Based Review (pp. 313-324). Weinheim, Germany : Wiley-VCH.

Bergman, B. G., Hoeppner, B. B., Nelson, L. M., Slaymaker, V. & Kelly, J. F. (2015). The effects of continuing care on emerging adult outcomes following residential addiction treatment. Drug & Alcohol Dependence, 153, 207-214.

Blodgett, J. C., Maisel, N. C., Fuh, I. L., Wilbourne, P. L. & 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.

Borenstein, M., Hedges, L., Higgins, J. & Rothstein, H. (2013). Comprehensive Meta-Analysis (Version 3). Englewood, NJ: Biostat.

Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T. & Rothstein, H. (2009). Introduction to meta-analysis. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd., Publication.

Brecht, M.-L. & Herbeck, D. (2014). Time to relapse following treatment for methamphetamine use: a long-term perspective on patterns and predictors. Drug and Alcohol Dependence, 139, 18-25.

Butzin, C. A., Martin, S. S. & Inciardi, J. A. (2002). Evaluating component effects of a prison-based treatment continuum. Journal of substance abuse treatment, 22(2), 63-69.

Cano, I., Best, D., Edwards, M. & Lehman, J. (2017). Recovery capital pathways: Modelling the components of recovery wellbeing. Drug and alcohol dependence, 181, 11-19.

Card, N. A. (2012). Applied meta-analysis for social science research. New York, NY: Guilford Press.

Chauvet, M., Kamgang, E., Ngui, N. A., Fleury, M.-J. & Simoneau, H. (2015). Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques. Montréal, Qc: Centre de réadaptation en dépendance de Montréal.

Condelli, W. S. & Hubbard, R. L. (1994). Relationship between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities. Journal of Substance Abuse Treatment, 11(1), 25-33.

Covington, S. (2015). Understanding and applying gender differences in recovery. In A. L. O'Neil & J. Lucas (Eds), Promoting a gender responsive approach to addiction

(pp. 309-330). Turin, Italy: United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute.

Cucciare, M. A., Weingardt, K. R. & Humphreys, K. (2009). How Internet technology can improve the quality of care for substance use disorders. Current Drug Abuse Reviews, 2(3), 256-262.

Dekkers, A., De Ruysscher, C. & Vanderplasschen, W. (2020). Perspectives on addiction recovery: Focus groups with individuals in recovery and family members. Addiction Research & Theory, 28(6), 526-536.

De Leon, G. (1985). The therapeutic community: Status and evolution. International Journal of the Addictions, 20(6-7), 823-844.

Dennis, M. L., Scott, C. K., Funk, R. & Foss, M. A. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. Journal of Substance Abuse Treatment, 28(2), S51-S62.

*Dennis, M., Scott, C. K. & 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.

*Dennis, M. L. & Scott, C. K. (2012). Four-year outcomes from the Early Re-Intervention (ERI) experiment using Recovery Management Checkups (RMCs). Drug and alcohol dependence, 121, 10-17.

Desrosiers, P. & Ménard, J.-M. (2010). Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance : Guide de pratique et offre de services de base. Montréal, Qc: Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec

Djouini, A. & Kamgang, E. (2017). Rapport d'évaluation des technologies et modes d'intervention (ETMI) sur l'évolution des troubles liés à l'utilisation des substances et les modèles d'intervention. Montréal, Qc: Centre intégré universitire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal.

Duval, S. & Tweedie, R. (2000). Trim and fill: a simple funnel-plot–based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. Biometrics, 56(2), 455-463.

Eastwood, B., Peacock, A., Millar, T., Jones, A., Knight, J., Horgan, P., . . . Marsden, J. (2018). Effectiveness of inpatient withdrawal and residential rehabilitation interventions for alcohol use disorder: A national observational, cohort study in England. Journal of Substance Abuse Treatment, 88, 1-8.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2014). Residential treatment for drug use in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Finney, J. & Moos, R. (1992). The long-term course of treated alcoholism: II. Predictors and correlates of 10-year functioning and mortality. Journal Of Studies On Alcohol, 53(2), 142-153.

Fleury, M.-J., Djouini, A., Huỳnh, C., Tremblay, J., Ferland, F., Ménard, J.-M. & Belleville, G. (2016). Remission from substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. Drug and Alcohol Dependence, 168, 293-306.

Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. & Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England. Drug and Alcohol Dependence, 57(2), 89-98.

Gouvernement du Québec. (2019). Répertoire des ressources en dépendances. Retrieved from: http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/dependances/index.php

Grahn, R., Chassler, D. & Lundgren, L. (2014). Repeated Addiction Treatment use in Sweden: A National Register Database Study. Substance Use & Misuse, 49(13), 1764-1773.

Greenfield, S. F., Rosa, C., Putnins, S. I., Green, C. A., Brooks, A. J., Calsyn, D. A., . . . Winhusen, T. (2011). Gender research in the National Institute on Drug Abuse National Treatment Clinical Trials Network: A summary of findings. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 37(5), 301-312.

Grella, C. E., Stein, J. A., Weisner, C., Chi, F. & Moos, R. (2010). Predictors of longitudinal substance use and mental health outcomes for patients in two integrated service delivery systems. Drug & Alcohol Dependence, 110(1/2), 92-100.

*Groh, D. R., Jason, L. A., Ferrari, J. R. & Davis, M. I. (2009). Oxford house and alcoholics anonymous: The impact of two mutual-help models on abstinence. Journal of Groups in Addiction & Recovery, 4(1-2), 23-31

Gueta, K. & Addad, M. (2015). A house of cards: The long-term recovery experience of former drug-dependent israeli women. Women's Studies International Forum, 48, 18-28.

Harley, M., Pit, S. W., Rees, T. & Thomas, S. (2018). Completion rates and psychosocial intervention effectiveness in an Australian substance use therapeutic community. Substance abuse treatment, prevention, and policy, 13(1), 1-11.

Higgins, J. P., Altman, D. G., Gotzsche, P. C., Juni, P., Moher, D., Oxman, A. D., . . . Sterne, J. A., . . (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. . British Medical Journal,, 343, d5928,1-9.

Higgins, J. P. & Green, S. (2011). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. www.handbook.cochrane.org

Hser, Y.-I., Huang, D., Teruya, C. & Anglin, M. D. (2004). Diversity of drug abuse treatment utilization patterns and outcomes. Evaluation and Program Planning, 27(3), 309-319.

The International Consortium for Health Outcomes Measures (2020). ICHOM Standard Set for Addiction. Boston, MA :ICHOM.

Jason, L. A. & Ferrari, J. R. (2010). Oxford house recovery homes: Characteristics and effectiveness. Psychological Services, 7(2), 92.

*Jason, L. A., Olson, B. D. & Harvey, R. (2015). Evaluating Alternative Aftercare Models for Ex-Offenders. Journal of Drug Issues, 45(1), 53-68.

*Jason, L. A., Salina, D. & Ram, D. (2016). Oxford recovery housing: Length of stay correlated with improved outcomes for women previously involved with the criminal justice system. Substance Abuse, 37(1), 248-254.

Johnson, B. T. & Hennessy, E. A. (2019). Systematic reviews and meta-analyses in the health sciences: Best practice methods for research syntheses. Social Science & Medicine, 233, 237-251.

Kelly, J. F. & White, W. L. (2011). Addiction recovery management theory, research and practice. New York, NY : Humana Press.

King, B., Kaplan, S. & 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(sup6), 287-293.

Lash, S. J., Stephens, R. S., Burden, J. L., Grambow, S. C., DeMarce, J. M., Jones, M. E., . . . Horner, R. D. (2007). Contracting, prompting, and reinforcing substance use disorder continuing care: a randomized clinical trial. Psychology of Addictive Behaviors, (3), 387-397.

Laudet, A. B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. Journal of Substance Abuse Treatment, 33(3), 243-256.

Laudet, A. B. & White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. Journal of Substance Abuse Treatment, 38(1), 51-59.

Lee, H. (2015). The ethical dilemma of abstinence-only service delivery in the United States. Journal of Social Work Values and Ethics, 12(1), 61-66.

Lee, H. S. & O'Malley, D. (2018). Abstinence-Only: Are You Not Working the Program or Is the Program Not Working for You? Journal of Social Work Practice in the Addictions, 18(3), 289-304.

Lemke, S. & Moos, R. H. (2003). Outcomes at 1 and 5 years for older patients with alcohol use disorders. Journal of Substance Abuse Treatment, 24(1), 43-50.

Lenaerts, E., Matheï, C., Matthys, F., Zeeuws, D., Pas, L., Anderson, P. & Aertgeerts, B. (2014). Continuing care for patients with alcohol use disorders: A systematic review. Drug and Alcohol Dependence, 135, 9-21.

Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., . . . Moher, D. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. BMJ, 6(7), 1-28.

Logan, T., Cole, J. & Walker, R. (2020). Examining recovery program participants by gender: Program completion, relapse, and multidimensional status 12 months after program entry. Journal of Drug Issues, 50(4):436-454.

Lovejoy, M., Rosenblum, A., Magura, S., Foote, J., Handelsman, L. & Stimmel, B. (1995). Patients' perspective on the process of change in substance abuse treatment. Journal of Substance Abuse Treatment, 12(4), 269-282.

Maisto, S., Hallgren, K., Roos, C. & Witkiewitz, K. (2018). Course of remission from and relapse to heavy drinking following outpatient treatment of alcohol use disorder. Drug and Alcohol Dependence, 187, 319-326.

Marsch, L. A., Campbell, A., Campbell, C., Chen, C.-H., Ertin, E., Ghitza, U., . . . Hser, Y.-I. (2020). The application of digital health to the assessment and treatment of substance use disorders: The past, current, and future role of the national drug abuse treatment clinical trials network. Journal of substance abuse treatment, 112, 4-11.

Martinelli, T. F., Nagelhout, G. E., Bellaert, L., Best, D., Vanderplasschen, W. & van de Mheen, D. (2020). Comparing three stages of addiction recovery: Long-term recovery and its relation to housing problems, crime, occupation situation, and substance use. Drugs: Education, Prevention and Policy, 27(5), 387-396.

*Martin, S. S., Butzin, C. A., Saum, C. A. & Inciardi, J. A. (1999). Three-Year Outcomes of Therapeutic Community Treatment for Drug-Involved Offenders in Delaware:

From Prison to Work Release to Aftercare Special Issue: Drug Treatment Outcomes for Correctional Settings, Part 1. Prison Journal, 79, 294-320.

McCollister, K., Yang, X. & McKay, J. R. (2016). Cost-effectiveness analysis of a continuing care intervention for cocaine-dependent adults. Drug and alcohol dependence, 158, 38-44.

McCollister, K. E., French, M. T., Freitas, D. M., Dennis, M. L., Scott, C. K. & Funk, R. R. (2013). Cost-effectiveness analysis of Recovery Management Checkups (RMC) for adults with chronic substance use disorders: Evidence from a 4-year randomized trial. Addiction, 108(12), 2166-2174.

McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E. & Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. Clinical Psychology Review, 66, 12-23.

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.

*McKay, J. R., Horn, D. H., 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, (6), 912-923.

McKay, J. R., Knepper, C., Deneke, E., O'Reilly, C. & DuPont, R. L. (2016). An initial evaluation of a comprehensive continuing care intervention for clients with substance use disorders: My First Year of Recovery (MyFYR). Journal of Substance Abuse Treatment, 67, 50-54.

*McKay, J. R., Van Horn, D., Drapkin, M. L., Lynch, K. G., Ivey, M., Cary, M. S., . . . Plebani, J. G. (2013). An Adaptive Approach for Identifying Cocaine Dependent Patients Who Benefit From Extended Continuing Care. Journal of Consulting & Clinical Psychology, 81(6), 1063-1073.

McLellan, A. T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. Addiction, 97(3), 249-252.

McLellan, A. T. (2003). The outcomes movement in addiction treatment: Comments and cautions. In J. L. Sorensen, R. A. Rawson, J. Guydish, & J. E. Zweben (Eds.), Drug abuse treatment through collaboration: Practice and research partnerships that work. (pp. 157-179). Washington, DC: American Psychological Association.

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'brien, C. P. & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA, 284(13), 1689-1695.

McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J. & Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. Addiction, 100(4), 447-458.

Metsch, L. R., McCoy, C. B., Miller, M., McAnany, H. & Pereyra, M. (1999). Moving Substance-Abusing Women from Welfare to Work. Journal of Public Health Policy, 20(1), 36-55.

Moos, R. H., Pettit, B. & Gruber, V. (1995). Longer episodes of community residential care reduce substance abuse patients' readmission rates. Journal of Studies on Alcohol, 56(4), 433-443.

Morgenstern, J. & McKay, J. R. (2007). Rethinking the paradigms that inform behavioral treatment research for substance use disorders. Addiction, 102(9), 1377-1389.

Narcotics Anonymous. (2018). Information about NA: history of NA, organizational philosophy, and membership demographics. Retrieved from: https://www.na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/PR/2302_2018.pdf

National Case Management Network. (2009). Canadian Standards of Practice for Case Management. Retrieved from: http://www.ncmn.ca/

National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide. U.S. Department of Health and Human Services.

Neale, J., Parkman, T. & Strang, J. (2019). Challenges in delivering personalised support to people with multiple and complex needs: Qualitative study. Journal of Interprofessional Care, 33(6), 734-743.

Neale, J., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., Rose, D., Strang, J., . . . Wykes, T. (2014). How should we measure addiction recovery? Analysis of service provider perspectives using online Delphi groups. Drugs: education, prevention and policy, 21(4), 310-323.

Nordfjaern, T., Rundmo, T. & Hole, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17(1), 46-64.

Öjehagen, A., Berglund, M. & Appel, C. P. (1993). Long-term outpatient treatment in alcoholics with previous suicidal behavior. Suicide & life-threatening behavior, (4), 320-328.

*Öjehagen, A., Berglund, M., Appel, C. P., Andersson, K., Nilsson, B., Skjaerris, A. & Wedlin-Toftenow, A. M. (1992). A randomized study of long-term out-patient treatment in alcoholics. Psychiatric treatment versus multimodal behavioural therapy, during 1 versus 2 years of treatment. Alcohol And Alcoholism, (6), 649-658.

Organisation de coopération et de développement économiques. (2019). Pays membres de l'OCDE. Retrieved from : http://www.oecd.org/fr/apropos/membres-et-partenaires/

*Rus-Makovec, M. & Čebašek-Travnik, Z. (2008). Long-term abstinence and well-being of alcohol-dependent patients after intensive treatment and aftercare telephone contacts. Croatian Medical Journal, 49(6), 763-771.

Rush, B., Tremblay, J. & Brown, D. (2019). Development of a needs-based planning model to estimate required capacity of a substance use treatment system. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement(s18), 51-63.

SAMHSA. (2019). *Treatment Episode Data Set (TEDS) 2017 Admissions to and Discharges from Publicly-Funded Substance Use Treatment*. Rockville, MD: Departement of health and human services.

Schellekens, A., De Jong, C., Buitelaar, J. & Verkes, R. (2015). Comorbid anxiety disorders predict early relapse after inpatient alcohol treatment. European Psychiatry, 30(1), 128-136.

Scott, C. & Dennis, M. (2003). Recovery Management Checkups: An early re-intervention model. Chicago, IL: Chestnut Health Systems.

Scott, C. K., Dennis, M. L., Laudet, A., Funk, R. R. & Simeone, R. S. (2011). Surviving Drug Addiction: The Effect of Treatment and Abstinence on Mortality. American Journal of Public Health, 101(4), 737-744.

*Scott, C. K., Dennis, M. L. & Lurigio, A. J. (2017). The effects of specialized probation and Recovery Management Checkups (RMCs) on treatment participation, substance use, HIV risk behaviors, and recidivism among female offenders: main findings of a 3-year experiment using subject by intervention interaction analysis. Journal of Experimental Criminology, 13(1), 53-77.

Scott, C. K., Foss, M. A. & Dennis, M. L. (2005). Pathways in the relapse--treatment--recovery cycle over 3 years. Journal of Substance Abuse Treatment, 28(Suppl1), S63-S72.

Simoneau, H., Kamgang, E., Tremblay, J., Bertrand, K., Brochu, S. & Fleury, M. J. (2018). Efficacy of extensive intervention models for substance use disorders: A systematic review. Drug And Alcohol Review, 37, S246-S262.

Simpson, D. (1981). Treatment for drug abuse: Follow-up outcomes and length of time spent. Archives of General Psychiatry, 38(8), 875-880.

Simpson, D. D., Joe, G. W. & 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.

Stevenson, J. S. (2005). Alcohol use, misuse, abuse, and dependence in later adulthood. Annual Review of Nursing Research, 23, 245-280.

Sutton, A. J., Duval, S., Tweedie, R., Abrams, K. R. & Jones, D. R. (2000). Empirical assessment of effect of publication bias on meta-analyses. BMJ, 320(7249), 1574-1577.

Szumilas, M. (2010). Explaining odds ratios. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 19(3), 227-229.

Tatarsky, A. & Marlatt, G. A. (2010). State of the art in harm reduction psychotherapy: An emerging treatment for substance misuse. Journal of Clinical Psychology, 66(2), 117-122.

*Thurstin, A. H., Alfano, A. M. & Nerviano, V. J. (1987). The Efficacy of AA Attendance for Aftercare of Inpatient Alcoholics: Some Follow-up Data. International Journal of the Addictions, 22(11), 1083-1090.

Tracy, K. & Wallace, S. P. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. Substance abuse and rehabilitation, 7, 143-154.

Tuchman, E. (2010). Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. Journal of Addictive Diseases, 29(2), 127-138.

White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. Journal of Substance Abuse Treatment, 33(3), 229-241.

Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., De Maeyer, J. et Van Den Noortgate, W. (2019). A meta-analysis of the efficacy of case management for substance use disorders: A recovery perspective. Frontiers in psychiatry, 10 :186.

White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. Journal of Substance Abuse Treatment, 33(3), 229-241.

White, W. L. (2008). Recovery management and recovery-oriented systems of care: scientific rationale and promising practices. Rockville, MD: Northeast Addiction

Technology Transfer Center and the Great Lakes Great Lakes Addiction Technology Transfer Center.

White, W. L. (2012). Recovery/Remission from substance use disorders: an analysis of reported outcomes in 415 scientific reports, 1868-2011. Chicago, Illinois: Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual disability Services and the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center.

White, W. L. & Kelly, J. F. (2011). Recovery Management: What If We Really Believed That Addiction Was a Chronic Disorder? In J. F. Kelly & W. L. White (Eds.), Addiction recovery management theory, research and practice. (pp. 67-84). New York, NY: Humana Press.

Willenbring, M. L. (2014). Treatment of Heavy Drinking and Alcohol Use Disorder In R. K. Ries, D. A. Fiellin, S. C. Miller, & R. Saitz (Eds.), The ASAM Principles of Addiction Medicine (pp. 607-625). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Chapitre IV Article II

Adjustments to service organization in specialized addiction services and clinical strategies for better meet the needs of people with a persistent substance use disorder

Article accepté en révision pour publication dans l'*International Journal of Mental Health and Addiction*[3]

[3] Voir site de la revue pour consignes aux auteurs

Title : Adjustments to service organization in specialized addiction services and clinical strategies for better meet the needs of people with a persistent substance use disorder

Authors: Myriam Beaulieu[a], Joël Tremblay[a] and Karine Bertrand[b]

[a]Psychoeducation Department, Université du Québec à Trois-Rivières campus universitaire de Québec, Québec, (Qc), Canada
[b]Addiction Program, Medicine and Health Sciences Faculty, Université de Sherbrooke, Campus de Longueuil, Longueuil, (Qc), Canada

Author contributions statement : All authors contributed to the study conception and design. Material preparation, data collection and analysis were performed by Myriam Beaulieu and Joël Tremblay. The first draft of the manuscript was written by Myriam Beaulieu and all authors commented on previous versions of the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Declarations : The authors did not receive support from any organization for the submitted work. All authors certify that they have no affiliations with or involvement in any organization or entity with any financial interest or non-financial interest in the subject matter or materials discussed in this manuscript.

Abstract

Specialized addiction services (SAS) are typically designed for people with a transient substance use disorder (SUD). However, some people who use these services have a persistent SUD. Apart from the need to offer continuity in services over time, there is little scientific data on the resources to deploy to better meet the needs of this population. Using a modified Delphi method, a consensus-building process was conducted with managers and clinicians from seven SAS centres in Quebec. The three phases of the process led to the identification of 93 service development proposals that were agreed upon by participants. These proposals were organized along three axes (duration, acuity, complexity) and four clinical principles. The resulting model can be used as a basis for further reflection on the development of services for people with a persistent SUD.

Keywords : specialized addiction service organization; clinical strategies in specialized addiction service; persistent substance use disorder ; consensus-building process; modified Delphi method

Introduction

People with a transient substance use disorder (SUD) are different from those with a persistent SUD (Brochu et al., 2014; Chauvet et al., 2015). While the former usually manage to pull through their problem after a short episode of treatment (White, 2012), or even without any treatment (Sobell, 1981), the latter are known for the persistence of their disorder (Simoneau et al., 2018). A review of studies on the trajectories of people with a SUD revealed that for 35% to 54% of them, it takes an average of 17 years from the onset of the disorder until the diagnostic criteria are no longer met over the course of a year (Fleury et al., 2016). Their trajectory is marked by repeated episodes of treatment, more or less lengthy periods of abstinence, and relapses that lead to resuming moderate or problematic substance use (Brochu et al., 2014; Chauvet et al., 2015).

Over the past two decades, many researchers have recommended that people with a persistent SUD receive services over the long term (Anglin et al., 1997; Dennis et al., 2005; McKay, 2001; McLellan et al., 2000; Simoneau et al., 2018). The results of a meta-analysis conducted by Beaulieu and colleagues (2021) show that people who received treatment over 18 months or more often have, at the end of treatment, 23.9% more chances of being abstinent or using substances moderately than people who received treatment of shorter duration. However, the current treatment system for SUD is mostly designed for short-term services, most of which are less than six months in duration (Government of Quebec, 2019; SAMHSA, 2019). Despite the consensus on the need to offer services that are more adapted to the long-term situation of a large proportion of people with a SUD, there is very little research data on clinical and organizational resources to deploy to better meet the needs of this population. Rush et al. (2019) identified three indicators of SUD severity that may help guide treatment choice for people with a more severe profile: acuity (intensity, urgency), complexity (concurrent mental or physical health problems, legal issues, etc.), and the duration of the disorder (from transient to chronic). Most current treatment models are paired based on the acuity of the disorder, which may be suitable during its peak phases. However, there are some alternatives to the usual treatment options, such as the Recovery Management Check-up (Scott & Dennis, 2003) or the Telephone Monitoring and Counselling (McKay et al., 2010) programs that offer service continuity by maintaining regular contact with the person during periods of abstinence and a greater intensity of services during periods of “crisis”. While these two models take into account SUD duration (i.e., by offering long-term services) and variations in acuity (i.e., by adjusting service intensity as needed), little attention is paid to the aspect of complexity. Other care models that were developed for the treatment of chronic physical illness,

such as Wagner's Chronic Care Model (Wagner et al., 2001; Wagner et al., 1996), could provide inspiration by proposing interventions that promote the patient's active involvement in their treatment in order to ensure their long-term adherence to it.

Many managers and clinicians from various specialized addiction treatment service (SAS) centres of Quebec and elsewhere in the world have expressed a pressing need for suggestions regarding strategies to deploy to better meet the needs of people with a persistent SUD (Djouini & Kamgang, 2017). These strategies must address structural aspects (including service organization), processes (including clinical strategies), and their interactions (Donabedian, 1978). However, despite the need to offer service continuity over time, too little scientific data offer clear recommendations as to the way that these services should be designed to support long-term recovery. Given this absence or lack of scientific data along with the urgent need for action in clinical settings, it is recommended to turn to the experiential knowledge of practitioners. Generated by a creative process of problem-solving in the face of novelty, experiential knowledge is concrete and dynamic; it allows for recommendations to be made even in the absence of scientific knowledge (O'sullivan, 2005; Potvin, 2016). Moreover, the complexity of experiential knowledge gives it a broader scope because it encompasses a range of factors (e.g., the functioning of an organization, values, theoretical knowledge, context) as well as their interactions (Chagnon et al., 2008; Potvin, 2016).

Method

This study is based on a consensus-building process in which the Delphi method was applied. This method is used in several domains and is particularly useful when a question cannot be answered satisfactorily by scientific literature due to its complexity, lack of data, or contradictions among existing data (Cross, 2005; Kezar & Maxey, 2016).

Sampling: Selecting the Experts

The sampling was guided by two principles: participant representativeness (Keeney et al., 2011; Murphy et al., 1998) and the potential use of the results by the selected participants (Patton, 2003, 2008). Therefore, the chosen experts were direct actors in the field of intervention, i.e., clinicians and managers working in SAS in the health and social services network. They were required to have at least two years of experience in substance addiction treatment. They were representative of various types of regions, i.e., rural, semi-rural, and urban. They were recruited using the expert screening method (Fortin, 2006), i.e., via the managers of the selected clinical

centres. The management of each centre involved was contacted to explain the project and its implications. Managers and clinicians identified by management as meeting the selection criteria were invited to participate in the consensus-building process.

Procedure and analyses

Conducted between February 2020 and July 2021, the consultation process included three rounds for which the same participants were solicited: 1) group discussion; 2) questionnaire; 3) group discussion. In a traditional Delphi process, all rounds are carried out using a more or less structured questionnaire and the participants never meet (Murphy et al., 1998; RAND Corporation, 2020). However, in this study, Rounds 1 and 3 were conducted via group discussions based on a Delphi method adapted by Tremblay et al. (2019) as we wanted to take advantage of the richness of the exchanges arising from the interactions between participants while reaping the benefits of the anonymity of voting via questionnaires.

Round 1: Participants (n = 62 divided into seven groups based on their centre's region) were asked to consider the following questions during a virtual meeting: "Which adjustments to service organization and clinical strategies are needed to better meet the needs of people with a persistent SUD? One of the coauthors (J.T.), a researcher and clinician who is familiar with the reality of SAS, facilitated the group discussions. These discussions were recorded and a summary of the ideas that were the object of some consensus was produced for each one. These ideas were also brought up during the discussion with the participants in the next group to measure their degree of agreement or disagreement. Data analysis was conducted based on the summaries to identify convergent opinions regarding the various proposals.

Round 2: A questionnaire was sent to participants via email (36 respondents out of 62 participants). It included 105 service development proposals (the term proposal will be used throughout the text), of which 94 originated from Round 1. The authors added 11 other proposals from a literature review that included elements that had not emerged during the group discussions, but for which they wanted to gather the participants' opinions (e.g., chronic care model, the specific needs of women, etc.). The participants were asked to quantify the clinical relevance and feasibility of the proposals using a 5-point Likert-type scale (ranging from "Not at all" to "Extremely"). An interquartile range of one was used to quantify the achievement of consensus (De Vet et al., 2004; Rayens & Hahn, 2000). Interquartile range is an absolute dispersion parameter that indicates the difference of value between the 75th percentile and the 25th percentile: the lower the value, the

higher the consensus (Rayens & Hahn, 2000; von der Gracht, 2012). The steps for which consensus was achieved for clinical relevance were modelled along the three axes of Rush et al. (2019) and four clinical principles that emerged as themes during the group discussions of Round 1.

Round 3: (n = 35 of the 62 initial participants divided into four groups of participants from seven different regions): the proposals for which consensus was reached regarding clinical relevance in Round 2 were presented during four virtual meetings to enhance the resulting recommendations. Their applicability (winning conditions, expected challenges, and possible solutions) was also discussed in light of the organizational context of each specific centre involved in the process. The meetings were conducted according to the same procedure used in Round 1, except that the groups were comprised of participants from different regions, which enabled them to share their innovative ideas with the other participants. Summaries of the discussions were analyzed based on what converged with and diverged from the proposed service development model. Careful attention was paid to highlighting new service development ideas.

Results

A consensus was reached for 93 out of the 105 proposals as to their clinical relevance (interquartile score of one or less). Figure 1 illustrates a model of the retained proposals according to the axes of Rush et al. (2019) and four clinical principles. Some proposals could have been classified under more than one axis (e.g., B.2). Nevertheless, a choice was made based on their dominance under a specific axis.

All participants involved in the project felt that the current range of services does not quite meet the needs of people with a persistent SUD. They were in favour of developing a range of services that would be tailored to the needs of two main types of SUD profiles, that is, transient and persistent. Several participants felt that the people who could benefit from long-term services should be identified during the intake process. According to many participants, a few defining characteristics, at first sight, are: frequently re-entering SAS, higher complexity (e.g., concurrent mental or physical health problems, legal issues, etc.), and deterioration in the absence of services.

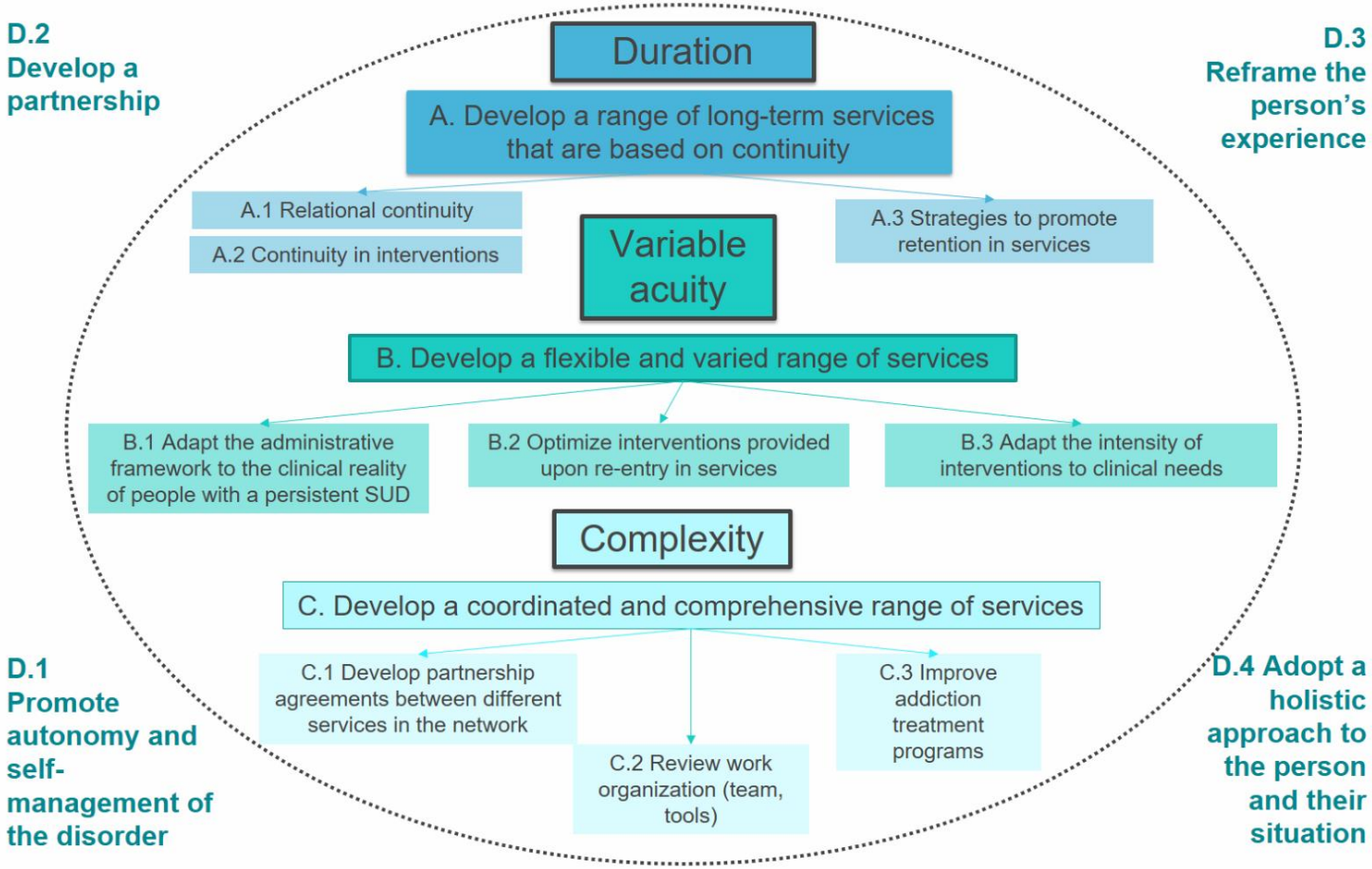

Figure 1 Proposal for the development of a specialized addiction services model to better meet the needs of people with a persistent SUD

Regarding service duration, the notion of continuity is central (see Table 1). Currently, services are mostly offered on a short-term basis, that is, during periods of crisis (acuity) when the person requires services of higher intensity. People with a persistent SUD will re-enter services several times over the following months and years, therefore accumulating several intermittent episodes of treatment. This discontinuity may take various forms: lack of cohesiveness between pursued treatment goals from one episode to the next, assignment of a new counsellor when the person re-enters services, and lack of continuity between different types of services (e.g., when moving from residential to outpatient settings). According to participants, the duration and intensity of periods of deterioration when services are absent could be reduced by establishing continuity both at the relational level and in interventions.

Concerning relational continuity, the participants insisted on developing a therapeutic alliance with service users as well as a feeling of belonging towards the establishment offering services. Participants also stressed the importance of SAS users feeling welcome in *their* treatment centre. Many participants proposed that a team specialized in long-term services be created. This strategy could help reduce the negative impacts of ruptures in the therapeutic alliance with a specific counsellor when the person frequently re-enters services, sometimes unexpectedly and over several years, since they would have developed a bond with the whole team. In less densely populated areas where addiction counsellors are few, case management services were proposed to ensure the transition and continuity between multiple services.

As for continuity in interventions, a long-term intervention should allow a person to continue, from one service episode to another, the therapeutic work they began by adjusting interventions to their progress level, even if this work is not continued with the same counsellor. To improve service continuity, several participants emphasized the need to implement follow-ups (e.g., telephone follow-ups) between episodes of higher treatment intensity. According to participants, these follow-ups would also allow counsellors to intervene during moments when the person is doing well, thus giving counsellors an opportunity to work with the person while they are in a better state than when they are in crisis. Continuity in interventions would also be supported by a

possibility to participate at all times in support groups offered at a known and recurring frequency. Another way to ensure continuity in interventions would be through educational group workshops. People who often re-enter services end up knowing the content of these workshops by heart due to their academic and passive nature, which is not helpful. Many participants believed that these workshops should instead focus on the experience of service users by helping them identify the progress they made through their clinical work from one treatment episode to another.

Retention of service users in long-term services was also at the heart of the discussions because treatment dropout reduces continuity in care. Among the means identified to ensure their retention in services were: offering services that extend beyond regular hours, offering access to means of transportation, and offering remote sessions by phone or via videoconference platforms. For people with a persistent SUD who are in highly precarious situations, participants felt that reaching out would be a good strategy to promote access to and retention in services. Many participants emphasized the need to apply a multitude of strategies that would be interchangeable depending on needs. They pointed out that service users live in different contexts and have needs that vary over time depending on their trajectory and progress in treatment. An urban or rural setting could also influence their preference for a specific contact strategy: service users who live in small communities tend to prefer telephone or videoconference meetings because of the anonymity they provide and because it does not require them to travel.

Table 1 Retained service development proposals regarding duration: develop a range of long-term services that are based on continuity

A.1 Develop a range of long-term services that are based on relational continuity
A.1.1 Create a team specialized in offering long-term support. • The team specialized in long-term support would be responsible for telephone follow-ups and managing service re-entries during intensive phases of treatment.
A.1.2 Assign a case manager to people who require a long-term follow-up. • The case manager ensures continuity between each service episode at the specialized addiction treatment centre. • The case manager makes arrangements for the person to receive various services offered by the specialized addiction treatment centre.
A.2 Develop a range of long-term services that are based on continuity in interventions
A.2.1 Consider that the responsibility for establishing contact rests both on the institution and its healthcare team, and the service users.
A.2.2 Intervene with people who have a long-term trajectory during times when they are well.
A.2.3 For service users who present a persistent profile, do follow-ups after intensive episodes of treatment (frequency of follow-up calls of variable intensity as needed). • From the outset of treatment, inform the person that follow-up calls will be made after intensive service episodes. • Keep the person's file open even if they do not respond to a follow-up call. • Use various follow-up strategies (telephone, letter, card, email, text message).
A.2.4 Implement alternative support groups to AA (open groups that are offered at a known and recurring frequency, but that are based on the harm reduction approach).
A.2.5 For group activities, make workshops less of a teaching period (avoid having the person tell us that they know the content by heart) and more of an occasion to progress on the subject.
A.3 Strategies to promote retention in services
A.3.1 Offer daycare and transportation services.
A.3.2 Offer services outside regular hours, i.e., the 9 a.m. to 5 p.m. period.
A.3.3 Develop a range of services based on reaching out, i.e., implement various strategies to proactively reach the person where they are.
A.3.4 Develop services that focus on meeting with the person in their living environment.
A.3.5 Use various contact methods, depending on needs and pursued goals (e.g., short phone calls, individual meetings in an office setting or at the person's home, group meetings, in-person or remote meetings, individual meetings, community accompaniment, etc.). • Use different communication strategies: text messaging, emails, phone calls, videoconferencing.

Due to the more or less long periods of stability punctuated by relapses and periods of crisis that people with a persistent SUD may experience, their need for services that are adapted to the degree of acuity of their disorder may vary. Therefore, services should

decrease in intensity during periods of stability and increase during relapses. Service intensity could vary from a brief telephone follow-up call every three months (low acuity) to an emergency admission to a hospital withdrawal service or residential therapy (high acuity), including all intermediate variations. To be better suited to their changing trajectory and the needs that result from it, the services offered to them must be both flexible and varied (Table 2).

For many participants, the flexibility of the range of services offered depends on the adaptation of the administrative framework to the clinical reality of people with a persistent SUD. Numerous discussions focused on the administrative rigidity of their daily work. Some rules seemed unsuitable for follow-ups with people with a persistent SUD: a high and uniform intensity of services with the obligation of having to close the file after 30 days of inactivity, services that are almost exclusively based on individual meetings in an office setting, etc. Some counsellors reported how they deviate from such rules, e.g., by leaving a file open longer, by scheduling meetings at less regular intervals, by accepting a few calls from a service user whose file has been closed. However, several participants felt that it would be best to formalize these various individual accommodations by including them in a service trajectory that would allow them to adjust the terms and intensity of such measures as needed.

Beyond the issues relating to continuity that have been presented previously, the participants were particularly concerned about managing service re-entries of people with a persistent SUD. Upon their return to the centre, they must go through the entire intake and assessment process again, even if they contacted their counsellor directly. This is a lengthy process during which they will again have to communicate with several intermediaries and fill out the same long assessment questionnaires that are required before services can be provided. Many participants denounced the waste of time and energy required for this process: not only does it add a significant delay before the person can receive services during a relapse, but it also does not lead to a better knowledge of the person’s situation. This process is often experienced by the service user as a source of irritation and discouragement, which in turn negatively impacts their commitment and retention in treatment. Therefore, it appeared essential to participants to make it easier for

service users to re-enter services by allowing them to contact their counsellor directly, who would then reopen their file. According to participants, the clinical relevance of the assessment conducted upon the return of service users must also be completely rethought, e.g., by limiting it to recent changes in the service user's situation.

To offer more flexibility in services, several participants stressed the importance of being able to answer unplanned phone calls. However, this would involve having to review the calculation of their caseload so that it would be more in line with the complexity of service users' needs instead of simply calculating the number of service users that form it. Moreover, other participants noted a lack of alternatives between the very high intensity of residential programs and the medium intensity of services that are typically offered in ambulatory services (e.g., one meeting per week). Sometimes, these services are not suited to service users' needs; the former is not always acceptable for a person who wants to keep a job, a home, take care of their family, etc., whereas the latter is not always enough to meet the needs of a person in crisis. The participants proposed that services be developed to meet the needs of other degrees of acuity, such as an intensive outpatient service or a low-intensity one. The participants saw in the latter alternative the possibility for service users to put into practice between meetings some of the discussed notions, to notice whether any changes have taken place, and have the opportunity to come back to discuss them with their counsellor.

Table 2 Retained service development proposals regarding variable acuity: develop a flexible and varied range of services

B.1 Adapt the administrative framework to the clinical reality of work with people with a persistent SUD
B.1.1 Change the rules for allocating funding to specialized addiction services by considering the number of interventions rather than the number of files opened.
B.1.2 Take into account planned and unplanned contacts in caseload calculation.
B.1.3 Simplify the administrative process for returning service users to promote rapid response to their service requests.

• Allow the person to recontact their counsellor directly rather than making them go through the admission process all over again. • The assigned counsellor is responsible for opening the file of a returning service user who recontacts them. • End service episodes rather than closing a case file to allow the person to re-enter services easily if needed.
B.1.4 Develop a brief assessment tool for returning service users that would evaluate any changes in substance use behaviour and significant events that occurred since the last service episode. • Get an update of the situation (assessment) through a discussion instead of making service users fill out questionnaires.
B.2 Optimize the therapeutic response to re-entry in services
B.2.1 Begin the follow-up as soon as possible for each service request.
B.2.2 Maintain the link between a counsellor and a returning service user (as much as possible, or at least, with the same team – see Table 1). • Offer a returning service user who cannot immediately continue with their previous counsellor the choice to either wait for a spot to open up in their schedule or begin a follow-up immediately with a new counsellor.
B.2.4 Offer a 24-hour telephone service for addiction services.
B.3 Adjust the intensity of interventions to clinical needs
B.3.1 Adjust service intensity to the person's needs: longer, more frequent contacts during difficult times and shorter, less frequent contacts when their situation improves.
B.3.2 Take calls or schedule meetings at unplanned times.
B.3.3 After an intensive service episode, increase the time interval between meetings to give the person the opportunity to put into practice what they learned.
B.3.4 Develop an outpatient service that offers the same service intensity as residential programs.

The profile of people with a persistent SUD is typically characterized by the presence of concomitant problems (e.g., mental health or physical health problems, legal issues, trauma, homelessness, etc.). To better meet the complex needs of these people, all participants agreed on the importance of developing a coordinated and comprehensive range of services by collaborating with other services in the health and social services network, including non-governmental, non-profit organizations (see Table 3). Nevertheless, many of them attested to the difficulty that service users experience when they try to access other services, namely those in mental health, due to unreasonably long waiting times or exclusion criteria that include some of the characteristics of people with a persistent SUD (e.g., continued substance use, disorganization leading to poor meeting

attendance). For several participants, this issue would require the creation of partnerships to promote access and fluidity between organizations and various professionals in the network. Improving coordination between SAS and mental health services was the area of highest concern for the majority of participants. However, many of them added that much remains to be done in terms of coordination with physical health services (general practitioner, hospital environment and other physical health professionals). Many believed that physical health could be a powerful therapeutic lever. As such, they advocated the development of partnerships with family medicine groups or the creation of general practitioner positions in SAS.

Communication also emerged as a particularly important issue to ensure better coordination of services. Some participants explained that over the past years, they have communicated more with their colleagues from other services in the health and social services network. However, such an effort requires time and energy since contacts must be made on a one-on-one basis. Therefore, one of the proposed solutions was to set up a shared client information system between mental health services and addiction services, which would allow shared access to information between the different services of the network.

In light of their collaboration experiences with other professionals in the health and social services network, many participants reported that they had come up against prejudice or misunderstanding on the part of colleagues who held certain erroneous beliefs, such as that abstinence is the only valid treatment goal, that people must be abstinent before they can be treated for other problems (e.g., mental health problems), or that residential therapy is the only possible option and that they should be "cured" after this treatment. To counteract the lack of knowledge that gives rise to such prejudice, it appeared crucial to participants that professional partners receive basic training on addiction to develop a better understanding of the problem and the different paths to recovery.

For many participants, improving service coordination would require a review of work organization. Some participants spoke of a few successful coordination experiences.

However, they mentioned that such experiences were based on personal initiatives and that there was no organizational structure in place that could help make them more systematic. For this reason, many advocated the development of a range of services based on a multidisciplinary model that would integrate, for example, counsellors from the mental health and addiction fields or the use of service coordination planning tools.

Improving the response to complexity would also require improving addiction programs. Several participants found that certain perspectives of the problem were less well covered, such as issues relating to trauma or sexualized substance use that should be better integrated into addiction programs. This would involve training professionals, developing clinical tools, and establishing partnerships with specialized services that deal with these issues. Moreover, many participants believed that SAS do not sufficiently take into account certain psychosocial factors that may contribute to maintaining the problem, such as the living environment or education/employment. To this effect, some suggested developing resources and expertise in social reintegration services, including return to work services, so that these people may update their life plans and maintain satisfactory activities. The idea of offering housing services specifically for women was also retained, as this would prevent them from having to go back to a lifestyle that promotes their substance use habits.

Table 3 Retained service development proposals regarding complexity: develop a coordinated and comprehensive range of services

C.1 Develop partnership agreements between different services in the health and social services network (inter-professional and inter-organizational, public network and non-governmental, non-profit)
C.1.1 Improve access and fluidity between organizations and the different professionals in the health and social services network. • Develop reciprocal service agreements, particularly between SAS and hospital services to establish clear care guidelines. • Establish partnerships with psychiatrists so that service users can have access to them and addiction counsellors can easily consult them. • When appropriate, include non-governmental, non-profit organizations in partnership agreements. • Establish partnerships between SAS and family medicine groups. • Create general practitioner positions in SAS centres.

C.1.2 Improve communication between organizations and different professionals in the health and social services network. • Use an information system that allows shared access to information between different services in the network.
C.1.3 Train and educate professional partners in the health and social services on the realities of work in the field of addiction. • Offer basic training on addiction in universities and colleges that offer programs in the psychosocial and health fields. • Implement strategies such as cross-training through rotation of personnel to promote knowledge sharing between teams. • Beware of labelling people with a long-term SUD when presenting their problem to professional partners.
C.2 Review work organization to promote service coordination
C.2.1 Develop a range of services that are based on a multidisciplinary model (collaboration of professionals from different fields). • Develop an integrated range of services coordinated by a case manager. • Create teams of counsellors in the mental health and addiction fields. • Create workspaces (shared office or common area) that bring together professionals from different fields (e.g., mental health and addiction fields). • Include addiction counsellors in clinical meetings of mental health teams. • Use a service planning tool to coordinate services for people with complex needs.
C.3. Improve specialized addiction services programs
C.3.1 Develop the expertise of addiction counsellors on concurrent disorders such as legal and mental health issues (including, among others, trauma, intellectual disability, and autism spectrum disorders).
C.3.2 Develop a range of services that include the issue of sexualized substance use. • Include the issue of sexuality and its links with substance use in addiction programs.
C.3.3 Develop resources and expertise in social reintegration. • Develop a range of occupational services to increase the involvement of people with a persistent SUD in satisfactory daily activities. • Develop a range of residential services specifically for women to ensure the transition before or after therapy.

In addition to the changes that should be made on an organizational level to better meet the needs of people with a persistent SUD, participants also stressed the importance of working differently at the clinical level (see Table 4). Many participants explained that these principles already guide their practices, but they would like for their institution to formally adopt them.

For many participants, helping service users develop the ability to manage their disorder was viewed as a founding principle (Principle D.1, Figure 1). In addition to being consistent with the humanistic values that they advocate, the participants believed that helping service users strengthen their sense of self-efficacy in taking care of themselves would be clinically beneficial because it would have an impact on their awareness of their problem, their commitment to change, and their retention in treatment. The participants also stressed the importance of supporting service users in developing their ability to monitor their problem using simple tests (quantity and frequency of substance use, strong cravings, other treatment-related goals, etc.). Some believed that it would be easier for service users to access such tests through an online application that they could download to their phone.

The importance of helping a person develop their autonomy in managing their disorder is a clinical posture that implies considering them as a partner in their treatment (Principle D.2, Figure 1). To participants, such a posture would involve valuing and considering the viewpoint and expertise that service users developed on their situation when making decisions regarding treatment orientation and service planning from the beginning of treatment.

For most participants, it seemed important to reframe the person's experience by adopting an approach that focuses on their strengths and a paradigm of long-term treatment (Principle D.3, Figure 1). On the one hand, the participants stressed the importance of supporting the development of a more positive self-image in service users by helping them explore their strengths and the resources that they used in their journey because it would help them feel better equipped to manage their disorder. On the other hand, the participants explained that it is important to help these people see where they are in their long-term trajectory, where each step allows them to progress (as opposed to a perspective where a service episode should bring about substantial change). Many participants felt that informing service users and the people in their life about the length of the recovery process and the issues related to it could help modulate expectations, which could strengthen their adherence to treatment and spark realistic hope. It would also be necessary to help them reframe their journey through treatment by bringing them to see

their progress from one service episode to another and to consider re-entry into services as a new opportunity for change.

Many participants believed that the profile of people with a persistent SUD requires a holistic approach to the person and their situation (Principle D.4, Figure 1). Some felt that interventions should take into account the social environment as an additional resource, which is particularly true for people with lower adaptive potential. Participants mentioned how measuring the success of interventions should include progress made in all areas of the person's life and not only be a measure of abstinence. Moreover, given that family and friends are an important source of support for the individual, but can also play an unintended role in maintaining problematic behaviours, participants felt that it would be essential to involve them in the treatment process. Service users often express feeling better understood and supported when the people in their life are taken into account in services.

Table 4 Retained clinical strategy proposals in line with the four clinical principles

D.1 Strengthen autonomy and self-management abilities regarding the disorder
D.1. Develop a range of simple monitoring tools so that service users can regularly conduct self-assessments (substance use, other treatment goals, etc.). • Offer some of these monitoring tools on technological mediums, such as a mobile app. • Consider the needs of people with reading difficulties in the development of monitoring tools.
D.2 Establish and maintain a partnership
D.2.1 Include people with a persistent SUD in the process of developing and implementing services for them. • Assign the right type of professional to a service user based on the needs expressed by the latter (e.g., assigning a nurse if the service user wants to work on their health issues or a psychosocial counsellor if they want to work on psychological or relational issues). • Consider the person as a stakeholder in service planning by using their self-assessment to determine how their case will be oriented in services. • Frequently ask the service user to assess the therapeutic relationship (e.g., every five meetings). • Adjust the intensity of services based on the service user's self-monitoring results.

• Use the service user's self-assessment to determine the end of a service episode.
D.3 Reframe the person's experience by highlighting their strengths and situating their progress within a long-term process
D.3.1 Help the person see their resources throughout their history of substance use rather than their difficulties or limitations. • Explore the resources used to get through difficult times.
D.3.2 Educate family and friends about the duration of the recovery process. • Explain the concept of prolonged withdrawal syndrome to patients and the people in their life.
D.3.3 Adopt an approach that situates the person within a long-term process from the outset, where each step allows them to further improve their situation. • Upon their re-entry in services, consider the context of the person's personal process to help them situate their progress based on the goals they set for themselves. • Let the person know that the end of a service episode (e.g., a residential stay) is one of the steps of their recovery process, not the end of it.
D.3.4 Help the person see their history of seeking help and using services as a journey of successes rather than failures. • Help reframe their view of relapse and resuming treatment as a new opportunity for change.
D.4 Adopt a holistic approach to the person and their situation
D.4.1 Success should not only be measured by the progress made regarding substance use, but also in other areas of their life.
D.4.2 Help people develop recovery assets in the personal, social, and community realms.
D.4.3 Include family and friends in the person's recovery process. • Include family and friends in the process of evaluating the needs of people with a persistent SUD. • Intervene with family and friends as soon as the person's service request has been received to support and promote their well-being. • Broaden the definition of family and friends by including all people involved in the person's life when their family is absent or uninvolved.

The third round allowed to validate the clinical relevance of the service development model's components (Figure 1). Participants agreed on conceptualizing the proposals using three axes (duration, acuity, and complexity) along with the four clinical principles outlined in the model. The discussions also led to other proposals along these lines (Table 5). Participants were mostly satisfied with their participation in the process: they appreciated having the opportunity to reflect on their practice and have discussions with colleagues from other centres.

Regarding the feasibility of implementing the proposals, several participants felt that most of them could easily be implemented in existing services. The transformation of group workshops (A.2.5, Table 1) was among those that seemed easy to apply because it would require few resources. Some participants reported that they had already begun making this change and others were planning to do so in the next year. Establishing a specialized team (A.1.1, Table 1) was also an element that many participants considered a priority, though more complex to implement. Others also planned to review the intake and assessment process (B.1.3, Table 2) and develop a brief assessment tool (B.1.4, Table 2). During this study, some participating centres implemented some of the proposals to varying degrees of formalization; some created a complete program whereas others started to offer long-term services informally to service users who seemed to fit the profile of persistent SUD.

According to participants, the main obstacles to implementing the proposals are at the organizational and administrative levels: personnel shortage or turnover, work overload, inadequate administrative rules, difficulty in establishing service agreements with other services in the health and social services network, and the size of the geographical area that services must cover. Time and duration are also of the essence in offering the appropriate services to people with a persistent SUD: a partnership must be established, family and friends must be met, crises must be managed, working in collaboration with other professionals and referring towards other services must be done, the person must be accompanied in the management of their disorder, etc. This is therefore a major issue that must be taken into consideration in the implementation of an adapted range of services for persistent SUD. The participants also believed that these changes must be driven by the political will of senior managers. By adopting a macro-organizational view, they would need to review the paradigms that underlie the current organization of services so that they could bring them to be more in line with a long-term approach. This would involve reviewing indicators of the success of interventions and expectations towards service users.

Table 5 Service improvement proposals from Round 3 that were not part of the consensus-building process

Duration: develop a range of long-term services based on continuity
Continuity in interventions • Conduct telephone follow-ups 24 to 72 hours after the end of a residential stay. • A few months after the end of a service episode, send the service user some significant content from their file to help maintain their commitment to their change process (e.g., a letter that the service user wrote to themselves in anticipation of their future condition). • In parallel with ambulatory services, develop a range of self-help services with brochures or via online videos on a YouTube channel.
Strategies to promote access to and retention in services • Promote reaching out by offering intake and assessment services in partner institutions that are not specialized in addiction.
Acuity: develop a flexible and varied range of services
Optimize the therapeutic response to service re-entry • Develop a walk-in service. • Support the walk-in service by asking clinicians to reserve a time slot for it (e.g., half a day per week).
Complexity: develop a comprehensive and coordinated range of services
Improve access to and fluidity between organizations and different professionals in the health and social services network • Involve different professionals specialized in mental health, including mental health nurses. • Apply the "no wrong door" approach.
Review work organization to promote service coordination • Conduct group interventions co-facilitated by various professionals from different sectors of the health and social services network depending on the issue co-occurring with addiction. • Better define the roles and recognize the specific expertise of each professional. • Use a directory of professionals for a service user during service planning.
Improve specialized addiction programs • Have clinicians specialized in addiction carry out a self-assessment on their mental health intervention abilities (knowledge and skills) to determine training needs.

Discussion

This study aimed to identify clinical and organizational improvements that could be made to SAS to better meet the needs of people with a persistent SUD. For this purpose, a consensus-building process using a Delphi method was conducted with managers and clinicians from seven SAS centres. They highlighted the inadequacy of the current range of services typically offered to people with a persistent SUD: services organized from a short-term perspective that are offered at the most acute phases of the disorder (high

acuity) with the expectation that the problem will be resolved after a single service episode (White & Kelly, 2011). The process led to the development of a long-term intervention model that offers a review of the organization of services by proposing concrete solutions that take into account the duration, variable acuity, and complexity of the problem (Rush et al., 2019), along with four clinical principles. To date, few treatments are specifically designed for people with a persistent SUD, except for the Recovery Management Check-up (Scott & Dennis, 2003) and the Telephone monitoring and counselling (McKay et al., 2010) programs. These highly innovative programs are meant to be adapted responses to issues relating to service duration and variable acuity. Therefore, they focus less on managing disorder complexity. This is also the case for treatment models of chronic physical illness that pay little attention to the aspect of complexity (Boehmer et al., 2018). By providing a comprehensive response to the characteristics associated with SUD severity (duration, acuity, complexity) while considering macro-organizational, micro-organizational, and clinical aspects, the model resulting from the present study seems innovative in the field of addiction.

Concerning the aspect of duration, emphasis was placed on the notion of continuity in interventions and relationships. These results are in line with those of a meta-analysis that revealed a lack of variation in the effectiveness of treatments of 18 months or more according to their duration, which suggests that continuity is more important than a specific duration of services (Beaulieu et al., 2021). As for the aspect of acuity, the issue of variation during intense phases of the disorder was mostly discussed from the perspective of service re-entry management. This seems to be a considerable challenge for organizations that must plan for new service episodes while ensuring continuity in interventions and on the relational level. The Recovery Management Check-up (Scott & Dennis, 2003) or the Telephone monitoring and counselling (McKay et al., 2010) programs are care models that could be used in clinical settings to provide services based on the assessed acuity level of the disorder. Regarding complexity, the proposals made by the participants were aimed at improving service coordination. They reported having difficulty offering treatment that is coordinated with service users, and even more so when they have to coordinate addiction services with mental health services. The difficulty of

establishing a satisfactory collaborative relationship with other services in the health and social services network is an issue reported by many professionals that work with people with complex needs (Neale et al., 2019), and despite attempts at improving service coordination, it remains a challenge for our care systems (Ellis et al., 2017). According to Valentijn et al. (2013), to be successful, service coordination must be planned out on various levels: strategic (e.g., united view, culture, and goals), organizational (e.g., collaborative process between organizations, work organization between professionals), functional (e.g., financing, sharing of information), and systemic (e.g., consistency between different levels and systems). The proposals relating to the notion of complexity in this study touch on these various aspects.

The clinical principles targeted in this model can be found in the active ingredients of the Chronic Care Model (Wagner et al., 2001; Wagner et al., 1996), but they are also present in person-centred services (Needham, 2011) and in the strengths-based approach (Rapp & Goscha, 2012), which are models that share a humanistic view of intervention. According to the study conducted by Pettersen et al. (2019) with people with a persistent SUD, the feeling of being a member of a partnership increased autonomy, responsibility, and personal resources, which are a few key factors that contributed to their recovery during their use of SAS.

One of the strengths of the proposed model is its simplicity and consistency on a clinical level. The use of three axes of SUD severity (duration, acuity, and complexity) allows rethinking service organization by considering the characteristics of people with a persistent SUD profile. By combining them with the four clinical principles, the broad outlines of the intervention philosophy that should be applied to these people begin to emerge. Moreover, the proposals from which they are drawn are based on the experiential knowledge of practitioners: knowledge that is both practical and context-specific (Chu & Tsui, 2008; Potvin, 2016), which favours the development of recommendations that are adapted to clinical reality. To promote the use of the results from this process (Patton, 2003), we relied on the involvement of managers and clinicians from the settings in which they will be applied. The method employed in this study favours the applicability of the results in the Quebec context; the direct interactions between participants gave them an

opportunity to enrich their understanding of the problem and facilitate their mobilization to address it (Kezar & Maxey, 2016). Throughout the study, we witnessed service development projects of varying scope, which shows how this project was able to stimulate clinical settings. The effervescence of ideas during the discussions between participants, even in the third round, illustrates the progression of their thinking, commitment and enthusiasm for the project.

In terms of limitations, the pandemic disrupted the project's timetable by stretching its duration beyond what was initially planned. The length of the project may have caused more attrition among participants than what would have been desirable. Nevertheless, representatives from all the originally targeted settings participated in the three consultation rounds, thus ensuring the representativity of opinions throughout the process. Moreover, the transferability of conclusions resulting from this process is limited by the sample on which it is based. Consisting solely of managers and clinicians recruited in SAS in Quebec, the model developed in this study was based on the context of their specific settings. However, the proposals were developed by taking into account the characteristics associated with the severity of persistent SUD (duration, variable acuity, and complexity) as well as the issues faced by professionals who work with these service users. Therefore, it is quite possible that managers and clinicians from other countries face the same challenges and that many of the proposals developed in this study are compatible with their reality.

Conclusion

The results of the consensus-building process led to the development of a model of service improvements that could constitute the basis for further reflection on the macro-organizational (e.g., financing, partnership agreements between institutions), micro-organizational (e.g., improving addiction programs, creating a team specialized in long-term intervention), and clinical (e.g., supporting the development of autonomy, relying on the person's strengths and resources) levels. Future research should focus on evaluating the implementation of innovative ideas in long-term services for people with persistent SUD. Identified as an important issue in the implementation of long-term services, special

attention should be paid to supporting practitioners, team leaders and partners in the paradigm shift involved in these service improvements (Kadu & Stolee, 2015).

Compliance with Ethical Standards

Conflict of interest statements: All authors certify that they have no affiliations with or involvement in any organization or entity with any financial interest or non-financial interest in the subject matter or materials discussed in this manuscript.

Funding : The authors did not receive support from any organization for the submitted work.

Informed Consent : All procedures followed were in accordance with the ethical standards of the responsible committee on human experimentation (UQTR : CER-19-163-10.01, Canada and CISSS-CA :MP-23-2020-696, Canada) and with the Helsinki Declaration of 1975, as revised in 2000. Informed consent was obtained from all participants for being included in the study.

References

Anglin, M. D., Hser, Y.-I. & Grella, C. E. (1997). Drug addiction and treatment careers among clients in the drug abuse treatment outcome study (datos). Psychology of Addictive Behaviors, 11(4), 308-323. doi: 10.1037/0893-164X.11.4.308

Beaulieu, M., Tremblay, J., Baudry, C., Pearson, J. & Bertrand, K. (2021). A systematic review and meta-analysis of the efficacy of the long-term treatment and support of substance use disorders. *Social Science & Medicine*, 114289. doi: https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114289

Boehmer, K. R., Abu Dabrh, A. M., Gionfriddo, M. R., Erwin, P. & Montori, V. M. (2018). Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. *PLoS ONE, 13*(2), 1-17. doi: 10.1371/journal.pone.0190852

Brochu, S., Patenaude, C., Landry, M. & Bertrand, K. (2014). Rescension des écrits et problématique : La toxicmonie, une problématique alambiquée ; un traitement complexe. In S. Brochu, M. Landry, K. Bertrand, N. Brunelle & C. Patenaude (eds.), *À la croisée des chemins : Trajectoires addictives et trajectoires de services. La perspective des personnes toxicomanes* (p. 9-40). Québec, Qc: Les Presses de l'Université Laval.

Chagnon, F., Daigle, M., Gervais, M.-J., Houle, J. & Béguet, V. (2008). L'utilisation de l'évaluation fondée sur la théorie du programme comme stratégie d'application des connaissances issues de la recherche. *The Canadian Journal of Program Evaluation, 23*(1), 3-32.

Chauvet, M., Kamgang, E., Ngui, N. A., Fleury, M.-J. & Simoneau, H. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, prévalence, utilisation des services et* bonnes *pratiques.* . Montréal, Qc: Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, institut universitaire.

Chu, W. C. & Tsui, M.-S. (2008). The nature of practice wisdom in social work revisited. *International Social Work, 51*(1), 47-54.

Cross, H. (2005). Consensus methods: A bridge between clinical reasoning and clinical research? *International journal of leprosy and other mycobacterial diseases : official organ of the International Leprosy Association, 73*(1), 28-32.

De Vet, E., Brug, J., De Nooijer, J., Dijkstra, A. & De Vries, N. K. (2004). Determinants of forward stage transitions: A delphi study. *Health Education Research, 20*(2), 195-205. doi: 10.1093/her/cyg111

Dennis, M. L., Scott, C. K., Funk, R. & Foss, M. A. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of substance abuse treatment, 28*(2), S51-S62.

Djouini, A. & Kamgang, E. (2017). Rapport d'évaluation des technologies et modes d'intervention (ETMI) sur l'évolution des troubles liés à l'utilisation des substances et les modèles d'intervention. Montréal, Qc: Institut universitaire sur les dépendances,.

Donabedian, A. (1978). The quality of medical care. *Science, 200*(4344), 856-864.

Ellis, L. A., Churruca, K. & Braithwaite, J. (2017). *Mental health* services conceptualised as complex adaptive systems: What can be learned? *International journal of mental health systems, 11*(1), 1-5.

Fleury, M.-J., Djouini, A., Huỳnh, C., Tremblay, J., Ferland, F., Ménard, J.-M. & Belleville, G. (2016). Remission from substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence, 168*, 293-306.

Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal,Qc: Chenelière-Éducation.

Gouvernement du Québec. (2019). *Répertoire des ressources en dépendances*. http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/dependances/index.php

Kadu, M. K. & Stolee, P. (2015). Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: A systematic review. *BMC family practice, 16*(1), 1-14.

Keeney, S., Hasson, F. & McKenna, H. P. (2011). *The delphi technique in nursing and health research*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

Kezar, A. & Maxey, D. (2016). The delphi technique: An untapped approach of participatory research. *International journal of social research methodology, 19*(2), 143-160.

McKay, J. R. (2001). Effectiveness of continuing care interventions for substance abusers: Implications for the study of long-term treatment effects. *Evaluation Review, 25*(2), 211-232.

McKay, J. R., Van Horn, D. H. A. & Morrison, R. (2010). Telephone continuing care for adults. . Centre City, MN: Hazelden Foundation Press.

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'brien, C. P. & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA, 284*(13), 1689-1695.

Murphy, M., Black, N., Lamping, D., McKee, C., Sanderson, C., Askham, J. & Marteau, T. (1998). Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health technology assessment (Winchester, England), 2*(3), i-88.

Neale, J., Parkman, T. & Strang, J. (2019). Challenges in delivering personalised support to people with multiple and complex needs: Qualitative study. *Journal of Interprofessional Care, 33*(6), 734-743. doi: 10.1080/13561820.2018.1553869

Needham, C. (2011). Personalization: From story-line to practice. *Social policy & administration, 45*(1), 54-68.

O'sullivan, T. (2005). Some theoretical propositions on the nature of practice wisdom. *Journal of Social Work, 5*(2), 221-242. doi: 10.1177/1468017305054977

Patton M.Q. (2003) Utilization-Focused Evaluation. In: Kellaghan T., Stufflebeam D.L. (eds) *International Handbook of Educational Evaluation* (p.223-242). Dordrecht, The Netherlands : Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-010-0309-4_15

Patton, M. Q. (2008). *Utilization-focused evaluation*. (4th ed.). Los Angeles, CA: Sage Publications.

Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Benson, V. & Davidson, L. (2019). Helpful ingredients in the treatment of long-term substance use disorders: A collaborative narrative study. *Substance Abuse: Research and Treatment, 13*, 1178221819844996. doi: 10.1177/1178221819844996

Potvin, P. (2016). *L'alliance entre le savoir issu de la recherche et le savoir d'expérience: un regard sur le transfert de connaissances*. Boucherville, Québec: Béliveau éditeur.

RAND Corporation. (2020). *Delphi method*. https://www.rand.org/topics/delphi-method.html

Rapp, C. A. & Goscha, R. J. (2012). *The strengths model : A recovery-oriented approach to mental health services*. (3rd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

Rayens, M. K. & Hahn, E. J. (2000). Building consensus using the policy delphi method. *Policy, politics, & nursing practice, 1*(4), 308-315.

Rush, B., Tremblay, J. & Brown, D. (2019). Development of a needs-based planning model to estimate required capacity of a substance use treatment system. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement*(s18), 51-63.

SAMHSA. (2019). Treatment episode data set (TEDs) 2017 admissions to and discharges from publicly-funded substance use treatment. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Scott, C. & Dennis, M. (2003). *Recovery management checkups: An early re-intervention model*. Chicago, IL: Chestnut Health Systems.

Simoneau, H., Kamgang, E., Tremblay, J., Bertrand, K., Brochu, S. & Fleury, M. J. (2018). Efficacy of extensive intervention models for substance use disorders: A systematic review. *Drug and Alcohol Review, 37*, S246-S262. doi: 10.1111/dar.12590

Sobell, M. B. (1981). The nature of alcohol problems: Old concepts and new. *Progress in Neuro-Psychopharmacology, 5*(5), 475-481. doi: https://doi.org/10.1016/0364-7722(81)90029-1

Tremblay, J., Bertrand, K., Blanchette-Martin, N., Rush, B., Savard, A.-C., L'espérance, N., Demers-Lessard, G. & Genois, R. (2019). Estimation of needs for addiction services: A youth model. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement*(s18), 64-75.

Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W. & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care, 13*.

von der Gracht, H. A. (2012). Consensus measurement in delphi studies: Review and implications for future quality assurance. *Technological Forecasting and Social Change, 79*(8), 1525-1536. doi: https://doi.org/10.1016/j.techfore.2012.04.013

Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health affairs, 20*(6), 64-78.

Wagner, E. H., Austin, B. T. & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly, 74*(4), 511-544. doi: 10.2307/3350391

White, W. L. (2012). *Recovery/remission from substance use disorders: An analysis of reported outcomes in 415 scientific reports, 1868-2011.* Chicago, Illinois: Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual disAbility Services and the Great Lakes Addiction Technology Transfer Centre.

White, W. L. & Kelly, J. F. (2011). Recovery management: What if we really believed that addiction was a chronic disorder? In J. F. Kelly & W. L. White (eds.), *Addiction recovery management theory, research and practice.* (p. 67-84). New York, NY: Humana Press.

Chapitre V Article III

Personal Strengths and Resources That People Use in Their Recovery from Persistent Substance Use Disorder

Article soumis à *l'International Journal of Drug Policy*[4]

[4] Voir site de la revue pour les consignes aux auteurs

Title : Personal Strengths and Resources That People Use in Their Recovery from Persistent Substance Use Disorder

Auteurs : Myriam Beaulieu[a], Karine Bertrand[b], Joël Tremblay[a], André Lemaitre[c] et Marie Jauffret-Roustide[d]

[a]Psychoeducation Department, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec City campus, [b] Department Community Health Sciences, Université de Sherbrooke, Longueuil campus, [c] Social Sciences Department, Université de Liège, [d] National Institute of Health and Medical Research, France

Abstract

Background: The concept of recovery capital refers to the sum of resources that a person has available to initiate and continue a recovery process. This concept has not been greatly explored with people with persistent substance use disorder (SUD), whose recovery is often quite long. **Aim**: Understand the personal strengths and resources that people with persistent SUD can use in their recovery. **Method**: As part of a qualitative design that was exploratory and descriptive in nature, semi-structured, individual interviews lasting approximately 120 minutes were conducted with 19 people (9 men and 10 women) with persistent SUD. A gender-differentiated thematic analysis of the transcripts was conducted, guided by a mixed coding grid that included emerging themes and the personal dimensions of recovery capital (skills, qualities, knowledge, material and financial resources). **Results**: The analysis of their accounts paints a portrait of people who, despite their difficulties, managed to use their skills and develop new ones to confront their problems: introspection, perseverance, self-belief, knowledge about recovery, etc. For women in particular, the ability to assert themselves appears to have been a survival tool in their trajectory. For most of the participants, both the men and women, it was the material and financial resources that were most lacking in their recovery process. Faced with a precarious financial situation, several women spoke of the need to get organized and be proactive in finding ways to support themselves. **Conclusions**: Contrary to a deficit-focused perspective, the concept of recovery capital leads us to focus on what is going well in these people's lives. At the clinical level, people need to be accompanied in reinterpreting their path in life, reviewing the indicators that assess their progress, and developing new, more constructive ways of perceiving themselves.

Keywords: recovery capital, strength, long-term substance use disorder, recovery process

Introduction

Originally coming from the field of mental health and support groups (White, 1998), the concept of recovery is increasingly being adopted in the addiction field to characterize the overall improvement process of people with substance use disorders (SUD). This is contrary to the abstinence paradigm as the sole and absolute criterion for well-being. Recovery is defined as: “a process of change through which individuals improve their health and wellness, live a self-directed life, and strive to reach their full potential” (SAMHSA, 2012, p.3). This definition is consistent with the findings of studies looking at recovery from the perspective of people who are engaged in a change process. These studies show that recovery is a multidimensional, non-linear process of personal emancipation aimed at improving one's quality of life (Costello et al., 2018; McQuaid et al., 2017; Neale, et al., 2014a). Moreover, sociological studies show that recovery often involves an identity conversion, a redefining of our relationship with substances and the way we approach life (Berger and Luckmann, 1986; Jauffret-Roustide, 2010). These sociological studies also show that recovery comes after a biographical disruption (Bury, 1982, 1991) in the life course of addicted individuals, that is, an event that causes a disruption in people’s daily activities, leading to a redefinition of themselves and the use of resources to help them adapt.

Recovery being a multidimensional, long-term process, several studies are now trying to understand the mechanisms that contribute to its initiation and maintenance (Best and Hennessey, 2022). They are thus moving away from the dominant tendency in addiction studies to analyze people's trajectories from the angle of vulnerabilities and deficits (Rudzinski et al., 2017). In this respect, the concept of recovery capital, reflected in Bourdieu's (1980) sociological notion of social capital, corresponds to the sum of available resources that people with SUD can draw on throughout their recovery trajectory (Cloud and Granfield, 2008; Granfield and Cloud, 2001). It refers to three types of resources: 1) personal resources (the financial, material, and human resources such as skills, knowledge, and qualities); 2) social resources (the resources that are available through a person's social and family network including psychological and financial support); 3) community resources (the resources and opportunities present in the person's

environment that are shaped by the cultural and political context in which they find themselves (White and Cloud, 2008)).

The concept of recovery capital, initially based on studies of men with problematic psychoactive substance use who did not use services to pursue their recovery process (Hennessy, 2017), has not been greatly employed since then with either women, marginalized populations, or people with persistent SUD. A review of studies on the trajectories of people with SUD revealed that, for 35% to 54% of individuals, it takes an average of 17 years from the onset of the disorder to a complete year with no diagnostic criteria (Fleury et al., 2016). This long journey is marked by repeated episodes of treatment, varying lengths of abstinence, and relapses leading to a return to moderate or problematic consumption (Brochu et al., 2014; Chauvet et al., 2015). In addition, these people generally present a complex profile in terms of the seriousness of their disorder (e.g., polydrug use, injection drug use), the presence of concomitant disorders (e.g., mental and physical health, legal difficulties), and life histories testifying to considerable vulnerability (White, 2008a).

The influence of gender on substance use and recovery trajectories has not been greatly studied in this long-term population, but the few results available point to the need to address women differently (Pederson et al., 2014). First of all, women have lower treatment completion rates than men, and the psychological profile of women who do not complete treatment would seem to be more severe than that of their male counterparts (Fernandez-Montalvo et al., 2017). In addition, compared to men with problematic substance use, women are more likely to report experiences of sexual abuse and violence (Brown et Stewart, 2021; McHugo et al., 2005; Neale et al., 2014b). Socially, women are also more negatively perceived than are men in similar situations of severe substance abuse. This is particularly because they do not fulfill social gender roles such as that of mothers, thus contributing to a greater sense of stigma (Brighton et al., 2016). Likewise, their levels of satisfaction are on average lower than those of men regarding the physical, psychological, and social aspects of their lives when they enter the recovery process (Kelly et al., 2018).

There are three dimensions of recovery capital (personal, social and, community), personal capital being the least studied. Research has made it possible to identify how different components of personal capital play a role in the recovery process including, for example, the positive role of spirituality (Gilbert, et al., 2022), education (Sahker et al., 2019), and good health (Duffy et al., 2013). Personal capital also includes skills and qualities which are defined respectively as abilities acquired through training and practice as well as character traits that are part of an individual's personality (APA, 2015). A few studies have highlighted the following as being conducive to a better recovery process: confidence in one's own determination, knowledge of addiction problems, and a sense of self-efficacy in dealing with the hardships of the recovery process (Duffy et al., 2013; Gueta and Addad, 2015).

The dominant trend in the field of addiction has been to study these long-term SUD populations from the angle of their vulnerabilities and weaknesses (Rudzinski et al., 2017). However, this point of view is shifting, moving towards a better understanding and use of the strengths and resources that make it possible to recover over time (Best and Hennessey, 2022). Various ways of improving our knowledge include a better understanding of the role of personal recovery capital (Best and Lubman, 2012; CCSA, 2017). This is the angle that the present study has adopted to explore the personal strengths and resources employed by people with persistent SUD throughout their recovery trajectory. Furthermore, our analyses take gender into account, given the gender-based variations in recovery and the recommendations made by major research institutions to take this into account in order to avoid reproducing inequalities as well as to improve the services offered (CEWH, 2020; EMCDDA, 2006; UNICRI, 2015).

Method

This study was based on an exploratory, descriptive design (Sandelowski, 2000). The design allowed us to have an in-depth understanding of phenomena while remaining

close to the participants' discourse, which makes it easier for people who are in similar situations to identify with the findings (Kim et al, 2017). This study was carried out as part of the qualitative research project, Gender-ARP (https://www.gender-arp. com). It was funded in Canada by the CIHR (01907-000) and in Europe by the FNRS and the ANR, and approved by the Ethics Committee of the CIUSSS-Chus-E research center (MP-31-2020-3294). This study is one component of this project, which consisted in conducting individual, semi-structured interviews with people experiencing difficulties in their substance use so as to explore their use trajectory, their service use, and their recovery trajectory.

Data collection and participants

The participants were recruited from December 2019 to February 2021 in four addiction treatment centers in the Quebec City region of Canada (Table 1); clinicians in the centers referred people who were likely to be eligible to participate (Fortin, 2006). They then presented the project to them and asked them to give their permission to be contacted by a member of the research team. The selected participants had to be adults (18 years or older). In keeping with the profiles of people in long-term recovery from substance use, the following criteria were selected. People had to have used the services on several occasions, illustrating the temporal persistence of the problem (at least two service episodes in their lifetime, e.g., outpatient or residential addiction treatment services, regular attendance of AA/NA support groups). Considering that people with persistent SUD tend to have needs involving psychosocial and health problems for which services must be adapted (White, 2008a), additional inclusion criteria were identified. Participants were also required to have a high complexity and severity of use profile, as identified by the following criteria: 1) to have been in a precarious situation in the last 12 months (residential or financial instability) and 2) to have had at least two of the following difficulties in their life: a) a mental health diagnosis, major physical health problems, a criminal record or incarceration; b) to have personally received youth protection services as a minor or for one’s children; c) to have shown signs of SUD severity (e.g., injection drug use, severe withdrawal symptoms, overdose requiring medical intervention). Identifying with the female gender was chosen as a criterion for sample diversification.

Table 1: Recruitment locations and number of participants recruited

Setting	Number of participants	Gender
Outpatient therapeutic community and training and employment center (n=1)	n=4	3= men 1 =woman
Long-term inpatient program (n=1)	n=4	2= men 2=women
Public addiction treatment center: short-term inpatient program and outpatient counseling (n=2)	n=11	4=men 7=women

This study is based on 19 semi-structured, individual interviews lasting approximately 120 minutes each. The first eight interviews were conducted in person, while the remaining 11 were conducted online (n= 7) or by telephone (n= 4), due to the Covid-19 pandemic. In order to be able to determine the context in which the key events in the people's lives took place, the interviews were based on the Lifeline Interview Method (Berends, 2011). The lifeline method was used as a visual aid to help people tell the autobiographical story of their life trajectory. Once their consent was obtained, participants were encouraged to talk about the aspects of their lives that were going well, the steps they were taking to maintain and improve their well-being, and the resources that were helping them to do so.

There were nine male and ten female participants with an average age of 43.95 years (SD=8.51). In the year prior to the interview, 13 participants had a personal income of less than C$29,999 (about US$23,664 or €21,117) and, of these, six people had an income of less than C$12,000 (about US$9,466 or €8,447). Thus, with regard to the Quebec low-income threshold for a single person, which is set at C$23,086 (US$18,033.63 or €16,892.82), 68% of the sample was slightly above or considerably below this threshold (Institut de la statistique du Québec, 2020). Thirteen participants were unemployed for at least three months in the 12 months preceding the interview. The majority of participants had more than one difficulty, including abuse, residential, legal, and mental health problems. Many had been married or been in significant couple relationships during their lives and some had children. The majority of the people we met had completed training leading to a diploma (vocational, community college, or university) and almost all of them

had held a job at some point in their life course career. On average, they had been to 9.21 episodes of specialized addiction services in their lifetime (SD = 7.65).

Data Analysis

The interviews were recorded and all the content transcribed and anonymized for analysis. Using both an inductive and deductive approach, a mixed coding grid was constructed and each code was defined in a lexicon. White and Cloud 's (2008) conceptualization of types of recovery capital guided the thematic prioritization (deductive approach). A first preliminary reading likewise helped us to identify emerging themes (inductive approach), namely: ability to de-dramatize, curiosity, self-belief, perseverance, assertiveness, and introspection.

All interviews were coded by M.B. using this grid in NVivo software (version 12) as the data collection progressed. An independent coding process was carried out by a research professional on two interviews. Extracts that were not coded uniformly were examined and discussed. These discussions helped to refine the lexicon and coding grid. The coded excerpts were then analyzed using descriptive thematic analysis (Paillé and Mucchielli, 2021) to identify recurring themes in the interview excerpts, draw parallels between the participants, and document differences between them.

Using a participatory approach, a peer-researcher, and a focus group of six people – two women and four men with similar characteristics to the participants recruited in this study – were consulted to validate the relevance of the analyses (Mays and Pope 2020). Following the presentation of the results, people were invited to discuss the following questions: "Based on your experience, do these results make sense to you? If so, which ones are the most significant? From your point of view, which results are the most important or worthy of emphasis?" The discussion confirmed the relevance of the results obtained by the analyses on all the main themes. However, their presentation was reorganized to better match the most important resources identified by the participants during the validation process. The results were presented to them in the order in which they had emerged in the analyses. They were then rearranged to better reflect the importance of the themes in their recovery experience. For example, the perseverance,

introspection, assertiveness, and self-belief themes were identified as key resources in the recovery process.

Results

The results are presented according to White and Cloud's (2008) personal dimension of recovery capital, insisting more on the strengths and resources that participants have employed during their recovery process. The results were grouped under three main headings: 1) qualities, knowledge and skills; 2) material and financial resources; 3) occupational resources.

Qualities, knowledge, and skills

The collected data draw a picture of people who, despite their difficulties, have managed to accumulate knowledge and skills and who possess several qualities useful in dealing with their problems.

Perseverance

One of the strengths that most participants spontaneously mentioned was their ability to persevere despite the hardships they faced. The participants' comments illustrated the different aspects of their ability to persevere in their recovery process. In the participants' words, perseverance was sometimes associated with determination, that is, the ability to set a goal and stick to it despite challenges that arise. To be persistent, you have to be determined, said one participant about her daily struggles with her alcohol problem, which she had been dealing with for about ten years. Despite the hard time she had quitting and her many as of yet unsuccessful attempts to achieve this goal, she continued to strive and hope. She was tenacious in the daily pursuit of her medium and long-term goals.

> **Nadine:** […] I am persistent. I will keep on bucking till I actually succeed in quitting. I won't give up. I work on it every day anyway, you know. [...]. I can't give up, because, like I said, I want it to stop! I want to return to a normal lifestyle, to feel better about myself. I'm not well now, in my body or my mind. [woman, 49 years old, 10 service use episodes].

As with Nadine, Clément's statements show that perseverance is a combination of day-to-day work and a longer-term vision of desired changes. In the following extract, Clément talks about how he manages to persevere in the work he does every day to foster his well-being. He stresses the importance of the daily process of perseverance, explaining that keeping his goals in mind helps him to stay focused on the challenges ahead.

> **Clément**: […] to remember what my goals are, you know, every day, and then take it one step at a time, one difficulty at a time, one situation at a time, and remain focused on what I want. I'm sure it will help me make good decisions, make good choices. [man, 41 years old, 30 service use episodes].

So as to begin and maintain lifestyle changes involving recovery, some participants reported that they achieved perseverance through a self-imposed discipline. Alain explained how he set up a workout routine in order to stop using drugs.

> **Alain**: […] Well, for me it was going to the pool five times a week, going to the gym three times, that was it. It gave a kind of rhythm to my life so that no matter what came along, I went and worked out. I had to go. [...] I was creating another kind of routine for myself. [man, 55, 3 service use episodes].

Another participant's comments illustrate how adopting a caring and supportive self-talk fueled his perseverance by helping him to stay motivated about his recovery process. He explained that he was proud of his ability to control himself and about the gains he had made since starting the process. This helped him to persevere when he felt tempted to drink.

> **Yves**: It motivates me! To be able to say "Ah, you're controlling yourself." You know, I don't want any of that [alcohol], I'm so happy to have done that part, I'm so proud of myself for having managed to do that. I'm like, "Son of a gun, you did that bit, you're good to do another bit, man," you know? [man, 55 years old, 5 service use episodes].

The ability to persevere despite difficulties can also be supported by a certain emotional detachment. This detachment allows people to continue to advance despite the suffering that they may have experienced or witnessed. One participant assumed that his perseverance and ability to endure so much suffering was facilitated by his ability to shut

off his emotions. A personal strength that he mentioned for the first time during the interview by looking at his lifeline and all the biographical disruptions that punctuated it.

> **Thomas:** Well, perseverance. A lot of perseverance because I never really gave up. Suicide was never an option. Then... I guess this is what it is to bear so much pain. Somehow I've put up with it too, it's a strength in itself. You see, this kind of... it's the first time, I think, that I've felt so detached.

A detachment that he also saw as a disadvantage when he would like to show compassion for the difficult experiences of other people in the group meetings that he was going to for addiction services.

> **Thomas**: I often think it's harmful, but I think, in cases like this, it can be a strength. [...] You know, like this morning, we had a conversation where some pretty rough stuff came up. I kept on thinking, "God damn, son of a bitch, I should be angry, I should be sad about this, but I had a hard time, you know." [man, 38 years old, 7 service use episodes]

Introspection

Many participants also pointed to their capacity for introspection as a key element in helping them through their recovery process. A faculty often developed through contact with their peers and the various professionals they met. For several participants, the ability to understand themselves was based on their connection to their emotions. They stressed the importance of being able to identify their emotions and accept them so as to continue their recovery process. Joannie explained that she gained, over the years, an understanding of her inner workings, how to take care of them, and most importantly, the need to do so. Her comments illustrate how certain thoughts or emotions acted as an alarm system to warn her of the need to put into practice the abilities she had acquired during her various service use episodes.

> **Joannie**: "[…] I force myself to do things that make me feel good [...] because I look at myself and I know that [...] negative thoughts can take over for a very long time [...]. I didn't do all that work to fall back into the same pattern of negative thoughts. [...] You know, it took me 25 years to stop [...]. Even if I think I don't want to take drugs, well, the way I see it, if I stay in that mood, in the next few weeks it will slowly come back into my head. And

> then, it becomes unavoidable, and that's when I'll be doing it again. [woman, 37 years old, 8 service use episodes]

Some participants explained how their capacity for introspection aided their recovery process, enabling them to make links between their AOD use and the problems underlying the SUD. For them, the accumulation of service episodes as well as multiple unsuccessful attempts to stop their AOD use led them to question themselves above and beyond their consumption problem. One participant explained how his thinking progressed alongside the trajectory of his consumption and service use.

> **Alain**: For the longest time, I thought I was dealing with a drinking or addiction problem, but deep down, [...] the alcohol and drugs were meeting a need. It was a way of being that a pre-adolescent created to escape from something, you know. [...] As time went by, the problem remained, so even when I tried to stop, it wouldn't work. [...] I tried to stop, let's say cocaine, and it didn't work. And when I stopped the cocaine, I continued with the alcohol. At one point I realized [...] that the problem was not the alcohol and cocaine. [man, 55 years old, 3 service use episodes].

For Alain, as for other participants, it was the realization of the purpose of substance use in his life that was a turning point in his recovery process, helping him to go further in his therapeutic treatment. He was able to make connections between the traumas inflicted on him as a teenager and the void he was trying to fill with his AOD use.

> **Alain**: […] "Why do I have a need for alcohol and drugs?" That was, I think, the question I hadn't necessarily answered before. And when I finally found the question, and then the answer, it meant that I was able to move forwards, [...] to get better. [man, 55 years old, 3 service use episodes]

For others, introspection also meant being able to stop and question their values, needs, and goals and to take actions that are more in line with them. Christian explained how his multiple service episodes helped him take time out to reflect on his life goals and more clearly see the changes that he needed to make to achieve them. The diagnosis of a chronic physical health problem related to his alcohol consumption was also a major biographical disruption that helped him to redefine his life choices.

> **Christian**: Ahh! Umm... Well, I thought about it enough, over and over, and then, I think, I was able to see what I wanted. It was seeing what I really want, what my needs really are, you know? What kind of world do I want to live in. You know, it's about stopping and thinking about yourself for a bit. What do I really want in life? To be depressed, anxious, and all that stuff? No, I'm not interested in all that. So, you know, it's up to me to change things. [man, 43 years old, 10 service use episodes]

Assertiveness

Among other strengths that are helpful in the recovery process, many participants emphasized the essential role of being assertive in a healthy way, to express their needs, and to set limits. The ability to be assertive was new for some participants. The learning acquired through the services was particularly useful though; the repeated contact with the professionals allowed the users to assert themselves in the context of a benevolent therapeutic relationship. For some of the other participants, however, it was an ability that they said they developed through difficult experiences such a repeated aggression or a hostile environment. For these participants, the ability to assert themselves – and even to express their anger in an inappropriate way – seemed to be a survival tool that allowed them to avoid having to comply with demands they considered inappropriate from those around them. One participant, whose life was particularly marked by various biographical ruptures linked to violence, explained that she no longer let anyone tell her what to do.

> **Agathe**: "I'm kind o' special. I'm surrounded by violence [...] Everything, everything upsets me. [...] Before, I always had to say [...]'Yes, yes, yes' and then 'Everything's perfect.' I had to keep my mouth shut! But today it's the opposite. You won't stop me from talking. I'm happy to knock down walls! To go and pull the god-damn carpet out from under her and then all her other things and throw them outside. Can I do it? You bet I can! If I get mad any more, that's what I'll do, tear down the walls. [woman, 53 years old, 7 service use episodes]

Self-belief

Believing in oneself and in one's own ability to get better also appears to be a key factor in initiating and continuing the recovery process. Even when their confidence in their recovery potential may have been weakened by numerous past attempts, many testified that the process of building and rebuilding their confidence in their ability to

recover takes place one step at a time. After explaining how having achieved AOD reduction targets gave her hope that she would be able to achieve others, one participant then emphasized the importance of recognizing her successes, however small, and not relying on others to judge her achievements.

> **Martine**: So it encourages me. You know, you have to work to see them [the gains] even if they are very, very small. Yeah, because if you listen to people around you, you might as well just shoot yourself in the head. [woman, 56 years old, 10 service use episodes]

For many, the process of developing one's confidence in one's ability to get better is a virtuous circle. One participant explained that the more he saw the positive results of the changes he was making, the more confidence he had in his own ability to improve his life. And this confidence made him want to continue to pursue the recovery process.

> **Clément**: […] The farther I get away from my cravings, the more I get away from the urge to consume, and the more I learn to trust myself in the way I stay sober, you know. And the more confidence I have, the more likely I am to succeed. [man, 41 years old, 30 service use episodes]

Self-esteem seems to be another element that contributed to their belief that they should continue trying. Several participants stressed the importance of appreciating themselves, respecting themselves, and taking care of themselves. In the discourse of some of the women we met, the building and rebuilding of their self-esteem was associated with their physical appearance. One participant explained how she had lost weight since she had stopped drinking and that this was a source of satisfaction that had a direct impact on her self-esteem.

> **Nicole**: I had nothing left to lose, I was so broken, both physically and mentally. In 2000, things were not going well. [...] There was my weight; I was up to 221. Now, I'm down to 150, 151, 152 [...]That's good for your self-esteem, you know? It's not that obvious... (laughter). I don't have so much left to lose [esteem], but what I do have is staying put. It's solidly in place, I mean... It's already been acquired, it's been lost through consumption and neglect, and then it's been regained, so it's precious. [woman, 50 years old, ten service use episodes]

Curiosity

Curiosity also seemed to play a role in their ability to project themselves positively into the future and helped them to develop themselves in ways other than in relation to AOD use. In the participants' words, curiosity could be seen in their openness to new learning and the cultivation of varied interests. One participant said that he discovered new possibilities now that his mental state had improved thanks to a few months of abstinence and the time he could now devote to activities other than searching for drugs, using them, and recovering from their effects.

> **Jeff**: […] I would say that I am increasingly regaining my intellectual abilities. I like to read, learn about things. I am naturally curious. I never used to think about going back to school, now I want to learn. Before I wasn't able to learn, I didn't want to go to school. Now, I know I want to learn. [Male, 34 years old, 3 service use episodes]

Ability to de-dramatize

Strengths employed in the recovery process also included the ability to de-dramatize, to laugh even when things were going wrong, and to look at life clearly and simply. One participant emphasized that this personality trait helped her to have a positive attitude towards life's difficulties.

> **Adèle**: Well anyway, I think this will help me. And besides, the fact that before, you know, with or without drugs or alcohol, well I was really someone who found humor everywhere. I'm someone who's good at downplaying things. But I've certainly lost my touch a bit, you know, I'm in a depression now. I've been taking antidepressants for about a month now. I realized that I've never been in such an incredible down before. But you know, when I'm in my normal frame of mind, I'm like someone who sees things in a pretty simple way, so that helps me. [woman, 31 years old, 4 service use episodes]

Knowledge

The experiential knowledge of the participants, defined in particular by certain knowledge or skills acquired during their lifetime, can contribute to their recovery process. Participants reported having developed an understanding of withdrawal processes, of relapses, of coping with cravings as they occur, all of which enabled them to anticipate

difficulties and remember how to overcome them. One participant explained how his experiences now enabled him to better manage his cravings by providing him with the knowledge to cope with them. A toolbox, as he called it, which he built up through an iterative reflexive process of trying to reduce his AOD use and applying the tools he acquired during his multiple service episodes.

> **Stéphane** : […]Then you know, you make your... what we call the toolbox, [...]. The more time passes, the more things you discover, things that work, things that don't work. I realized that, for example, I had pretty well given up sports and now I've rediscovered my interest in it. I realized that it was an anchor in my life and, at the same time, it plays the same role that alcohol did. [man, 42 years old, twenty service use episodes].

Material and financial resources

The results show that material and financial resources were those that were the least available for supporting the people we met in their recovery process. Many of the participants we met reported that they had few financial and material resources on which to rely for their recovery. Some, however, were able to rely on family and friends for support. Others had to turn to community resources to meet their basic needs. Several of the women we met with explained that their precarious financial situation was a source of uncertainty and worry. The management of their budget came up often in their comments. In addition to the difficulties they experienced in making ends meet, many spoke of the need to be organized, to be proactive in finding ways to meet their needs, and to think about their future. One participant mentioned that her age pushed her to think about the need for financial security.

> **Marlène**: Well, in two years, I'll be sixty years old. And I don't have a penny to my name. I'm going to work until I'm 80. I might as well get my act together. To go south in the winter... And find a small, cheap apartment. [woman, 58, 4 service use episodes]

Several participants recounted the financial difficulties they experienced during their lives (e.g., difficulty paying rent, personal bankruptcy). A few people explained that they lost everything at the most difficult moments of their AOD trajectory, what some called their lowest point. But these comments must also be qualified by the fact that during their lives, financial and material resources were sometimes available. Some of the people

we met mentioned having had periods in their lives with a form of socially valued prosperity (e.g., a good job, a house).

> **Julia**: So we decided to have a child, we had a house built, I was working in my field, he was working in the North. He was going on runs. We still had a good salary, we lived well, we had a nice big house built. Then I had two more children. [...] We each had a car, we lived in a nice neighborhood, we took part in the school committee meetings. We were good citizens, good parents and all that. [woman, 39 years old, twenty service use episodes].

Participants explained that this was a major goal for them, to have a place to live and things of their own. Rayan, who was temporarily living in a friend's living room, associated the achievement of this goal with the pride of being self-sufficient.

> **Rayan**: […] So by then, I'd like to pay off all my debt, have an apartment in my name, my own furniture, my own things, my own bed, my own room, you know, live on my own. That's my short-medium term goal right now. Hum, to be proud of myself. [man, 33 years old, 4 service use episodes]

Others who have achieved these goals reported that it was a source of satisfaction, which they appreciated all the more after having experienced residential instability and life on the street. This was the case of Yves who lost everything at one point in his life and had to live in a shelter for homeless people.

> **Yves**: Well, to be frank, one night I was sitting here and I hadn't worked that day. So I made myself dinner and the whole kit, and then I settled down and watched Netflix. I started thinking, “Son of a gun, aren’t I happy at home.” You know, I had a moment where I was happy at home. You know, I was thinking about that, I didn't have a wife anymore, and now I have a small house, I can pay for it and all that... Let's say that was a thought that made me smile.
>
> **Int.:** To be in the comfort of your own home?
>
> **Yves:** Yeah, that's it, to be comfortable. That's what it is, to be happy with what I have. Compared to before, I had nothing, absolutely nothing. [man, 55 years old, 5 service use episodes]

Some of the women we met who had also experienced residential instability reported that having stable housing gave them a sense of security and independence. Nicole, who had had difficulty keeping a home due to repeated hospitalizations, mentioned that her apartment was a major source of satisfaction in her life.

> **Nicole**: There is nothing that makes me happier than having an apartment.
>
> **Int.:** What do you appreciate about having one?
> **Nicole**: Well I have my independence, I have my own place, I have... a roof over my head. [woman, 50 years old, 10 service use episodes]

Occupational resources

Many participants talked about how their substance abuse affected their educational or occupational development. However, many also reported academic and occupational success, such as holding down a job for 10 years, completing a university education, being offered a management position, etc. For many, their success was consistent with periods of stability when their use was moderate or non-existent. But others also spoke of employment opportunities they were offered despite the marginal nature of their personal lives. One participant in this situation explained that it was his personal qualities that got him an assistant position.

> **Patrick**: […] I checked in the [name of a newspaper] and they needed volunteers for the [name of a festival]. And I met my friend who was the festival coordinator at the time. [...], then I showed up, with all my charm and personality. They don't know if the guy's a prostitute or if he does drugs. I was... I was good at establishing relationships, making a good first impression. So I was hired, and even today, [name of friend] tells me that I impressed people so much that they offered me the assistant position. [male, 40 years old, 7 service use episodes].

Several participants used their qualities and skills to project themselves positively into future jobs. Some participants explained that, during their service use, they discovered or became aware of skills that could be useful in their work. For some of the women interviewed, however, it was their employment experiences that made them aware of their skills. These women showed courage in taking on jobs for which they did not feel fully

equipped at first. This was the case for a participant who had not worked for 10 years and was given a position of with numerous responsibilities.

> **Karine**: Then I got a job in a field I didn't know at all. I got a job in [sales], and then... So anyway, in the end it went well, because I learned a lot there. I learned things every day and it was a lot of stress. But at the same time, I liked it, because they trusted me a lot there. In the end, I was in charge of a boutique in a store in [name of town]. [...] it had been ten years for me... you know, in terms of my confidence and my... I thought they a lot of confidence in me (laughs). I kept thinking, "This can't be true!" [female, 44 years old, 5 service use episodes]

Discussion

Based on interviews with people with persistent SUD, this study aimed to document the personal strengths and resources they harnessed in their recovery. The results indicate that their financial and material resources were limited, but that they had, nonetheless, the knowledge, skills, and qualities to undertake their recovery process. These results were obtained from people who had used specialized addiction services several times in their lives. They met with many difficulties and experienced many biographical ruptures (Bury, 1982), leading them to redefine themselves and to adapt by using their resources. The results illustrate the complexity of developing recovery capital. People progress by improving intrinsic qualities, but also by progressively learning through relational and treatment experiences. Even though this study focused on the strengths and resources from the personal viewpoint, the fact remains that the different dimensions of recovery capital (i.e., personal, social, and community) are linked and have a mutual influence on each other (Hennessey, 2017; Van Steenbergue et al., 2021). For example, the factors explaining changes in self-esteem illustrate the complexity of developing recovery capital and the synergy between its different dimensions. Authors report how feeling supported by famliy and friends helps to better accept oneself, which nourishes the self-(re)construction process (Van Steenbergue et al., 2021; Vigdal et al., 2022). Experiences such as returning to school (Munton et al., 2011) or having a job (Yamashita et al., 2021) would also seem to help develop self-esteem and a sense of self-efficacy.

The participants we met with had numerous personal strengths that they were able to mobilize during their recovery process. These included the different facets of perseverance: day-to-day tenacity with long-term goals in mind, discipline, and emotional detachment. These are particularly useful strengths given the length of the recovery process for people with persistent SUD, who need to pursue long-term goals and be tenacious in the face of numerous challenges. The perseverance of the interviewees seems to have been fuelled, on a personal level, by the identity changes that took place when people took credit for their successes and became aware of their strengths. This process was also observed in studies that examined perseverance as an ingredient of any success requiring long-term effort (Duckworth et al., 2007; Duckworth and Gross, 2014).

Our analysis of the commentary collected for this study likewise helped to identify other personal strengths, such as introspection, assertiveness, self-belief, and curiosity. This is new evidence that has not been widely published and that highlights the significant personal resources that people with persistent SUD have. Awareness of the positive facets and changes in identity that occur during one's recovery process would in itself be a factor in sustaining the recovery process, as it would help one to develop a positive self-perception and free oneself from the label of addict (Brookfield et al., 2019).

Knowledge gained during the recovery process (e.g., withdrawal process, coping with cravings, relapses) are among the personal resources identified in this study. This appears to be a resource that people looking to get well can draw on in order to learn how to deal with the challenges encountered in their recovery process. Baillergeau and Duyvendak (2016) highlight the importance of recognizing knowledge gained through experience, often referred to as experiential knowledge, as a resource that helps in the long-term recovery process because it fosters empowerment. Godrie (2016) states, furthermore, that experiential knowledge is more than an accumulation of experience: it requires an element of reflection about lived experiences in order to learn from them.

The participants with whom we met had little financial and material resources, which was consistent with their precarious situation at the time of participating, was a study selection criterion, and was representative of people with persistent SUD (Huỳnh

et al., 2016). Several of the participants interviewed for this study mentioned that it was important for them to make progress in terms of their material resources, that is, to have their own place and belongings. This is consistent with the hierarchy of needs where economic security is paramount (Maslow, 1943). Those who have achieved this reported that it was a source of satisfaction that helped them to appreciate how far they had come. In addition to playing an instrumental role that ensures basic needs are met, material and financial resources also play a symbolic role in supporting the recovery process: they influence how people define themselves (Chen, 2018). Several participants testified, however, that their situation had not always been so adverse and that they had experienced prosperity at certain times in their lives. Indeed, recovery capital evolves dynamically over recovery trajectories, and the amount of resources possessed by an individual at any given time depends on multiple interacting factors (Hennessey, 2017). Taking into account the social and environmental context surrounding the participants' financial and material resources shows that for several of them, they could rely on family and friends and different community resources. According to Bourdieu (1994), resources are not distributed equally among people since the amount of resources a person has is based on both the extent of the social networks in which the person operates and on the amount of resources these networks have. However, membership in these networks depends on the person's social status and the power relationship between the person and the various institutions in society (Bourdieu, 1980).

For several women we met, the precariousness of their financial situation was a source of concern. The lack of financial and material resources would seem to be a particularly vulnerable issue for women living in these situations. Women as a group are more exposed than men are to certain social determinants that generate gender inequities (e.g., disproportionate share of family responsibilities, greater proportion of precarious employment than men, Green et al., 2021; Power, 2020). Gueta and Addad's (2015) study of the recovery process of women two years after they received specialized, residential addiction services shows how the lack of material and financial resources continued to be an issue despite the progress made in other areas of their lives. It likewise encouraged them to return to their former living environment where substance abuse was normal and

into a relationship with a man on whom they were financially dependent. This is an issue that should be taken into consideration when planning services specifically for women. The interviewed women likewise reported the importance of being organized and proactive in finding ways to support themselves. This proactivity is particularly attributed to women due to a greater ability than men to seek help from those around them (Neale et al., 2014b).

For some of the women we met, the construction or reconstruction of their self-esteem was related to their physical appearance. An observation that has likewise been made in the few studies conducted on the recovery of women with SUD is that the construction of a positive identity is often undermined by the desire to correspond to gender-dictated social expectations regarding body image and weight (Neale et al., 2014b; Van Steenbergue et al., 2021).

Clinical implication

The results of the present study are in keeping with the paradigm shift that has grown in recent years, going from a medical model (where the therapist is the expert and services focus on usage symptoms) to a more holistic and recovery-focused view of the person (Kaskutas et al., 2014). This latter view involves considering, in particular, the person as a partner in the treatment, where their expertise regarding their situation is taken into consideration in the decisions and planning of services, as well as considering the progress made in all areas of life (Beaulieu et al., submitted article).

To help people with persistent SUD develop recovery capital, we must adopt a strength-based approach that reframes their experience (Saleebey, 1996) and focuses on the recognition of their skills, abilities, and opportunities. Practitioners need to encourage them to develop a more positive self-image, to analyze their life trajectory, re-examine negative beliefs about themselves, and cultivate new ways of perceiving themselves (Weegmann, 2010; Weegmann, 2017).

Service providers must try to foster their clients' ability to persevere when faced with challenges in their recovery process. They should create a context that helps clients to develop personal recovery capital by focusing on the construction or reconstruction of

a positive self-identity and the cultivation of their ability to project themselves positively into the future (Dekkers et al., 2021; Neale et al., 2014a). Service providers need to create opportunities (e.g., employment, education, community engagement, other meaningful activities) so that people with persistent SUD can build their self-esteem and sense of self-efficacy (Cano et al., 2017; Yang et al., 2019). A meta-synthesis of qualitative studies on social recovery capital likewise points out that the feeling of giving back to one's community through social activities helps to rebuild one's dignity (Vigdal et al., 2022).

This practice is also in keeping with the notion of empowerment, in which people work to reclaim power in their personal lives, relationships, and communities by building on their strengths (Gutierrez, 1990). The results obtained in this study illustrate how gender influences the development of certain strengths. Gender-sensitive services need to put the empowerment model at the heart of their interventions by helping women to become aware of how gender roles and social expectations affect them negatively (particularly certain stigmas) and to identify their strengths in order to better cope with this (Mizock and Carr, 2020; Rungreangkulkij et al., 2021).

Our results also show that for some women with a particularly violent background, assertiveness, even when expressed inadequately, is a good strategy to avoid having to comply with the demands of those around them. These people should be able to count on trauma-informed care (SAMHSA, 2014) that helps them to maintain this assertiveness by learning healthy strategies for managing emotions and avoiding expressing their anger, and thereby having an end put to their service.

The precarious situation in which many people with persistent SUD find themselves should be considered with the utmost attention by those who organize specialized addiction services. The formers' situation requires the deployment of a comprehensive service offer that takes into account the complexity of their needs. It likewise includes the implementation of psycho-social rehabilitation services to develop skills (e.g., budget management) and material conditions (e.g., access to affordable housing) that help foster recovery (Beaulieu et al., submitted article). As White and Cloud (2008) (2008) suggest, the concept of recovery capital can be used to guide service planning. By providing a

realistic picture of the range of personal, social, and community resources that are available to support the recovery process, it is easier to identify those that need to be strengthened and to fill in, if necessary, the gaps in certain personal and social resources.

Strengths and limitations

Whereas research in the addiction field most often focuses on the difficulties and vulnerabilities of people with persistent SUD, the present study looked at how they draw on their own resources to enhance their well-being. The former approach can have the effect of perpetuating any stigmas against them (Cournoyer-Lemaire et al., 2021) and the social representations that depict them as people lacking personal willpower, responsibility, and self-reliance (Jauffret-Roustide, 2009). Admittedly, people with persistent SUD are distinguished by a greater clinical severity of the disorder and an accumulation of various difficulties (e.g., concomitant mental health disorder(s), hospitalization for these mental health problems, criminality and court ordered treatment, traumatic events [White, 2008a]). However, as the present study has illustrated, these people also have strengths, skills, and knowledge that they can use to enhance their recovery process.

Another strength of the study is that the analyses were subjected to a validation process with people who had similar characteristics to the participants. This desire to draw on the experience of those concerned led to a rethinking of the results: the theme of perseverance was reorganized and improved by way of discussion. Likewise, more emphasis was placed on assertiveness and introspection, two themes identified as fundamental by the people who participated in the validation process.

This study focused specifically on people who used specialized addiction services to help in their recovery, which was consistent with the aim of documenting the personal strengths of people with persistent SUD. However, this choice, which guided the sampling, limited the results' transferability to people who were not in contact with services or who did not have a long-term profile. Recovery is, nonetheless, a non-linear process in which one can experience ups and downs (Ashford *et al.*, 2019). Conducting interviews when participants were in contact with services probably coincided with

periods in their lives when things were going relatively well, which may have more positively influenced their response to questions. It is possible that an interview conducted at another time in their lives might have produced different results.

In addition, data collection had to be modified during the course of the study to comply with pandemic health guidelines, which meant that the majority of interviews were conducted remotely, either online or by telephone, with participants who were at home. While this setting left more room for distraction, on the whole the interviews were as rich as face-to-face interviews. The online method was preferred because it provides an almost equivalent setting to face-to-face interviews through the ability to share the content displayed on the screen and to see the participant's non-verbal reactions. In a few cases, the participants did not have access to an internet connection, so the interview was conducted over the phone, with the interviewer paying close attention to changes in the tone of their voices.

Conclusion

The goal of this study was to document the personal strengths and resources that people with persistent SUD employed in their recovery process. The results paint a picture of people who, despite their difficulties, managed to accumulate knowledge and skills and employ personal qualities to cope with their addiction problem. Not only is it important to adopt a balanced view of people with persistent SUD by looking at their strengths, skills, and abilities, it is also imperative to understand what helps them to move forward given the considerable length of their recovery process.

Given that the notion of recovery capital is now a key concept in recovery research (Best & Hennessy, 2022), future research should focus on organizational models and practices that help to develop recovery capital in people with persistent SUD.The organization of services for these people requires a shift from a short-term treatment model to long-term support adapted to the duration, changing severity, and complexity of their disorder (Beaulieu et al., submitted article). It likewise requires moving from an illness-centered approach to a holistic perspective focused on well-being and strengths (White, 2008b). This latter view particularly implies: 1) considering all areas of life in

service planning, assessment, and intervention; 2) integrating family and friends into the services; 3) relying on experiential knowledge and peer support; and 4) developing the people's personal, social, and community recovery capital (Brown, 2021; Cleveland et al., 2021; Martinelli et al., 2021; White, 2008b).

References

APA. (dir.) (2015). *APA dictionary of psychology* (2e éd.). Washington, DC: American Psychological Association.

Ashford, R. D., Brown, A., Brown, T., Callis, J., Cleveland, H. H., Eisenhart, E., Groover, H., Hayes, N., Johnston, T., Kimball, T., Manteuffel, B. McDaniel, J., Montgomery, L., Phillips, S., Polacek, M., Statman, M. et Whitney, J. (2019). Defining and operationalizing the phenomena of recovery: A working definition from the recovery science research collaborative. *Addiction Research & Theory, 27*(3), 179-188.

Baillergeau, E. et Duyvendak, J. W. (2016). Experiential knowledge as a resource for coping with uncertainty: evidence and examples from the Netherlands. *Health, Risk & Society, 18*(7/8), 407-426. https://doi.org/10.1080/13698575.2016.1269878

Beaulieu, M., Tremblay, J. et Bertrand, K. (article soumis). Adjustments to service organization in specialized addiction services and clinical strategies for better meet the needs of people with a persistent substance use disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction.*

Berends, L. (2011). Embracing the visual: Using timelines with in-depth interviews on substance use and treatment.

Berger, P. et Luckmann, T. (1986). *La construction sociale de la réalité*. Paris, France Méridiens Klienksieck.

Best, D. et Lubman, D. (2012). The recovery paradigm A model of hope and change for alcohol and drug addiction. *Australian Family Physician, 41*(8), 593-597. http://www.racgp.org.au/afp/2012/august/the-recovery-paradigm/

Best, D. et Hennessy, E. A. (2022). The science of recovery capital: Where do we go from here? *Addiction*. *117*(4),1139-1145.

Bourdieu, P. (1980). Le capital social: Notes provisoires. *Actes de la recherche en sciences sociales, 31*(1), 2-3.

Bourdieu, P. (1994). Stratégies de reproduction et modes de domination. *Actes de la recherche en sciences sociales, 105*(1), 3-12.

Brighton, R., Moxham, L. et Traynor, V. (2016). Women and alcohol use disorders: Factors that lead to harm. *Journal of addictions nursing, 27*(3), 205-213.

Brochu, S., Landry, M. et Bertrand, K. (2014). *À la croisée des chemins : Trajectoires addictives et trajectoires de services. La perspective des personnes toxicomanes*. Québec, CANADA: Les Presses de l'Université Laval.

Brookfield, S., Fitzgerald, L., Selvey, L. et Maher, L. (2019). Turning points, identity, and social capital: A meta-ethnography of methamphetamine recovery. *International Journal of Drug Policy, 67*, 79-90. doi: https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.02.002

Brown, A. (2021). Taking the Measure of Addiction Recovery: A Brief History of Recovery Capital. *Lerner Center for Public Health Promotion. 54*, 1-5. https://surface.syr.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1148&context=lerner

Brown, C. et Stewart, S. H. (2021). Harm reduction for women in treatment for alcohol use problems: Exploring the impact of dominant addiction discourse. *Qualitative health research, 31*(1), 54-69. doi: 10.1177/1049732320954396

Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health & illness, 4*(2), 167-182.

Bury, M. (1991). The sociology of chronic illness: A review of research and prospects. *Sociology of health & illness, 13*(4), 451-468.

Canadian Centre on Substance Use and Addiction. (2017). *Moving Toward a RecoveryOriented System of Care: A Resource for Service Providers and Decision Makers*. https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Recovery-Oriented-System-of-Care-Resource-2017-en.pdf

Cano, I., Best, D., Edwards, M. et Lehman, J. (2017). Recovery capital pathways: Modelling the components of recovery wellbeing. *Drug and alcohol dependence, 181*, 11-19.

CEWH. (2020). Sex, Gender and Alcohol. https://cewh.ca/wp-content/uploads/2022/01/CEWH-02-IGH-Handout_Alcohol.pdf

Chauvet, M., Kamgang, E., Ngui, N. A., Fleury, M.-J. et Simoneau, H. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques.* . Montréal, Qc: Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, institut universitaire.

Chen, G. (2018). Building recovery capital: The role of "hitting bottom" in desistance and recovery from substance abuse and crime. *Journal of Psychoactive Drugs, 50*(5), 420-429. doi: 10.1080/02791072.2018.1517909

Cleveland, H. H., Brick, T. R., Knapp, K. S. et Croff, J. M. (2021). Recovery and recovery capital: aligning measurement with theory and practice. Dans J.M. Croff et J. Beaman, (Eds.), *Family Resilience and Recovery from Opioids and Other Addictions* (p. 109-128). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-56958-7_6

Cloud, W. et Granfield, R. (2008). Conceptualizing recovery capital: Expansion of a theoretical construct. *Substance Use & Misuse, 43*(12-13), 1971-1986. doi: 10.1080/10826080802289762

Costello, M. J., Sousa, S., Ropp, C. et Rush, B. (2018). How to measure addiction recovery? Incorporating perspectives of individuals with lived experience. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *18*(3), 599-612. doi: 10.1007/s11469-018-9956-y

Cournoyer Lemaire, E., Loignon, C. et Bertrand, K. (2021). A critical scoping review about the impact of music in the lives of young adults who use drugs. *Drug and Alcohol Review, 40*(1), 135-154.

Dekkers, A., Bellaert, L., Meulewaeter, F., De Ruysscher, C. et Vanderplasschen, W. (2021). Exploring essential components of addiction recovery: A qualitative study across assisted and unassisted recovery pathways. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, *28*(5), 486-495.

Duckworth, A. L., Peterson, C., Matthews, M. D. et Kelly, D. R. (2007). Grit: perseverance and passion for long-term goals. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*(6), 1087.

Duckworth, A. et Gross, J. (2014). Self-Control and Grit: Related but separable determinants of success. *Current Directions in Psychological Science, 23*(5), 319–325

Duffy, P. et Baldwin, H. (2013). Recovery post treatment: plans, barriers and motivators. *Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy, 8*, 1-12. https://doi.org/10.1186/1747-597X-8-6

EMCDDA. (2006). *A gender perspective on drug use and responding to drug problems*. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/426/sel2006_2-en_69712.pdf

Fernandez-Montalvo, J., Lopez-Goni, J. J., Azanza, P., Arteaga, A. et Cacho, R. (2017). Gender differences in treatment progress of drug-addicted patients. *Women & health, 57*(3), 358-376.

Fleury, M.-J., Djouini, A., Huỳnh, C., Tremblay, J., Ferland, F., Ménard, J.-M. et Belleville, G. (2016). Remission from substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence, 168*, 293-306.

Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal,Qc: Chenelière-Éducation.

Gilbert, W. C. (2022). Voices from the rooms and programs: recovery capital speaks. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 22*(1), 53-67.

Godrie, B. (2016). Vivre n'est pas (toujours) savoir. Richesse et complexité des savoirs expérientiels. *Le Partenaire, 24*(3), 35-38.

Grahn, R., Chassler, D. et Lundgren, L. (2014). Repeated addiction treatment use in sweden: A national register database study. *Substance Use & Misuse, 49*(13), 1764-1773. doi: 10.3109/10826084.2014.926932

Granfield, R. et Cloud, W. (2001). Social context and "natural recovery": The role of social capital in the resolution of drug-associated problems. *Substance use & misuse, 36*(11), 1543-1570.

Green, H., Fernandez, R. et MacPhail, C. (2021). The social determinants of health and health outcomes among adults during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Public Health Nursing, 38*(6), 942-952.

Gueta, K. et Addad, M. (2015). A house of cards: The long-term recovery experience of former drug-dependent israeli women. *Women's Studies International Forum, 48*, 18-28. doi: https://doi.org/10.1016/j.wsif.2014.10.003

Gutierrez, L. M. (1990). Working with women of color: An empowerment perspective. *Social Work, 35*(2), 149-153.

Hennessy, E. A. (2017). Recovery capital: A systematic review of the literature. *Addiction Research & Theory, 25*(5), 349-360. doi: 10.1080/16066359.2017.1297990

Huỳnh, C., Tremblay, J. et Fleury, M.-J. (2016). Typologies of individuals attending an addiction rehabilitation center based on diagnosis of mental disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 71*, 68-78.

Institut de la statistique du Québec (2020). *Seuils du faible revenu selon la Mesure de faible revenu (MFR), après impôt, selon la taille du ménage, Québec, 1996-2019.* https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/seuils-du-faible-revenu-mfr-seuils-apres-impot-selon-la-taille-du-menage-quebec

Jauffret-Roustide, M. (2009). Un regard sociologique sur les drogues: Décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux. *La revue lacanienne*(3), 109-118.

Jauffret-Roustide, M. (2010). Narcotiques anonymes, une expertise profane dans le champ des conduites addictives centrée sur le rétablissement, la gestion des émotions et l'entre-soi communautaire. *Pensée plurielle, 23*(1), 93-108. doi: 10.3917/pp.023.0093

Kaskutas, L. A., Borkman, T. J., Laudet, A., Ritter, L. A., Witbrodt, J., Subbaraman, M. S., Stunz, A. et Bond, J. (2014). Elements that define recovery: the experiential perspective. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 75*(6), 999-1010.

Kelly, J. F., Greene, M. C. et Bergman, B. G. (2018). Beyond abstinence: Changes in indices of quality of life with time in recovery in a nationally representative sample of us adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 42*(4), 770-780.

Kim, H., Sefcik, J. S. et Bradway, C. (2017). Characteristics of qualitative descriptive studies: A systematic review. *Research in nursing & health, 40*(1), 23-42.

Martinelli, T. F., van de Mheen, D., Best, D., Vanderplasschen, W. et Nagelhout, G. E. (2021). Are members of mutual aid groups better equipped for addiction recovery? European cross-sectional study into recovery capital, social networks, and commitment to sobriety. *Drugs: education, prevention and policy, 28*(5), 389-398.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*(4), 370.

Mays, N. et Pope , C. (2020). Quality in qualitative research. Dans C. Pope etN. Mays (dir.), *Qualitative research in health care* (4e éd., p. 211-233). Oxford, UK: John Wiley & Sons.

McHugo, G. J., Caspi, Y., Kammerer, N., Mazelis, R., Jackson, E., Russell, L., . . . Kimerling, R. (2005). The assessment of trauma history in women with co-occurring substance abuse and mental disorders and a history of interpersonal violence. *The journal of behavioral health services & research, 32*(2), 113-127.

McQuaid, R. J., Malik, A., Moussouni, K., Baydack, N., Stargardter, M. et Morrisey, M. (2017). *Life in recovery from addiction in Canada*. Ottawa, Ont: Canadian Centre on Substance Use and Addiction.

Mizock, L. et Carr, E. (2020). Women with Serious Mental Illness: Gender-sensitive and Recovery-oriented Care. Dans L. Mizock et E. Carr (Éds.), Women with Serious Mental Illness: Gender-sensitive and Recovery-oriented Care (p.149-159). Oxford University Press.

Munton, T., Wedlock, E. et Gomersall, A. (2011). The role of social and human capital in recovery from drug and alcohol addiction. *HRB Drug and Alcohol Review*.

Neale, J., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., Rose, D., Strang, J., . . . Wykes, T. (2014a). How should we measure addiction recovery? Analysis of service provider perspectives using online Delphi groups. *Drugs: education, prevention and policy, 21*(4), 310-323.

Neale, J., Nettleton, S. et Pickering, L. (2014b). Gender sameness and difference in recovery from heroin dependence: A qualitative exploration. *International Journal of Drug Policy, 25*(1), 3-12.

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). Chapitre 12. L'analyse thématique (*L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 269-357). Paris: Armand Colin.

Pederson, A., Greaves, L. et Poole, N. (2014). Gender-transformative health promotion for women: a framework for action. *Health Promotion International, 30*(1), 140-150. https://doi.org/10.1093/heapro/dau083

Power, K. (2020). The COVID-19 pandemic has increased the care burden of women and families. *Sustainability: Science, Practice and Policy, 16*(1), 67-73.

Rudzinski, K., McDonough, P., Gartner, R. et Strike, C. (2017). Is there room for resilience? A scoping review and critique of substance use literature and its utilization of the concept of resilience. *Substance abuse treatment, prevention, and policy, 12*(1), 41.

Rungreangkulkij, S., Kaewjanta, N., Kotnara, I. et Saithanu, K. (2021). Voices of Thai Women Who Received Gender-Sensitive Empowerment Counseling. *Journal of International Women's Studies, 22*(1), 330-340.

Sahker, E., Ali, S. R. et Arndt, S. (2019, 2019/12/01/). Employment recovery capital in the treatment of substance use disorders: Six-month follow-up observations. *Drug and Alcohol Dependence, 205*, 107624. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107624

Saleebey, D. (1996). The strengths perspective in social work practice: Extensions and cautions. *Social Work, 41*(3), 296-305. doi: 10.1093/sw/41.3.296

Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health, 23*(4), 334-340. https://doi.org/10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g

SAMHSA. (2012). *Working definition of SAMHSA's recovery : 10 guiding principles of recovery*. https://store.samhsa.gov/system/files/pep12-recdef.pdf

SAMHSA. (2014). Trauma-informed care in behavioral health services. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57.*

UNICRI. (2015). *Promoting a Gender Responsive Approach to Addiction*. https://www.drugsandalcohol.ie/26133/1/Promoting%20a%20Gender%20Responsive.pdf

Van Steenberghe, T., Vanderplasschen, W., Bellaert, L. et De Maeyer, J. (2021). Photovoicing interconnected sources of recovery capital of women with a drug use history. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-15.

Vigdal, M. I., Moltu, C., Bjornestad, J. et Selseng, L. B. (2022). Social recovery in substance use disorder: A metasynthesis of qualitative studies. *Drug and Alcohol Review, 41*(4), 974-987. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/dar.13434

Weegmann, M. (2010). Just a story? Narrative approaches to addiction and recovery. *Drugs and Alcohol Today*.

Weegmann, M. (2017). Narrative identity and change: Addiction and recovery. Dans P. Davis, R. Patton etS. Jackson (dir.), *Addiction : Psychology and treatment* (p. 144-157). New York, UNITED KINGDOM: John Wiley & Sons.

White, W. et Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. *Counselor, 9*(5), 22-27.

White, W. L. (1998). *Slaying the dragon: The history of addiction treatment and recovery in america*. Chestnut Health Systems/Lighthouse Institute Bloomington, IL.

White, W. L. (2008a). Recovery management and recovery-oriented systems of care: Scientific rationale and promising practices. Rockville, MD: Northeast Addiction Technology Transfer Center and the Great Lakes Great Lakes Addiction Technology Transfer Center.

White, W. L. (2008b). Recovery: old wine, flavor of the month or new organizing paradigm? *Substance Use & Misuse, 43*(12-13), 1987-2000.

Yamashita, A., Yoshioka, S.-i. et Yajima, Y. (2021). Resilience and related factors as predictors of relapse risk in patients with substance use disorder: A cross-sectional study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 16*(1), 40. doi: 10.1186/s13011-021-00377-8

Yang, C., Zhou, Y., Cao, Q., Xia, M. et An, J. (2019, 2019-June-12). The Relationship Between Self-Control and Self-Efficacy Among Patients With Substance Use Disorders: Resilience and Self-Esteem as Mediators. *Frontiers in Psychiatry, 10*(388). https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00388

Chapitre VI : Discussion générale et conclusion

Ce chapitre débute par une discussion générale des principales contributions de la thèse à partir d'une réflexion intégrant les principaux résultats obtenus dans la façon de repenser les paradigmes sous-jacents à l'organisation des services spécialisés en dépendance. Par la suite, l'apport des travaux de thèse à l'avancement des connaissances en psychoéducation sera discuté suivi des limites et des forces générales de la thèse. Les retombées et les pistes de recherche futures seront présentées en guise de conclusion.

Discussion générale

L'objectif de cette thèse était d'identifier les facteurs favorisant le rétablissement des personnes présentant un TUS persistant, dont spécifiquement ceux portant sur l'organisation des services en dépendance (durée et adaptations), mais aussi les forces personnelles qu'elles peuvent mobiliser dans leur cheminement. Cette thèse a été guidée par plusieurs influences dont la principale repose sur le pragmatisme, une position valorisant les différentes sources de savoir (théorique, empirique, expérientiel, etc.) et visant la création de résultats utiles (Anadón, 2019). Dans ce contexte, une combinaison de méthodes de collecte de données et de sources de savoir a été privilégiée. Le premier volet de la thèse a été réalisé à l'aide d'une revue systématique suivie d'une méta-analyse (k=14), permettant de déterminer la plus-value d'intervenir à l'aide de modèles au long cours auprès des personnes ayant un TUS persistant. Le second volet de la thèse a porté sur une démarche de développement de consensus auprès d'intervenants et de gestionnaires (n=62 répartis dans sept CISSS-CIUSSS) s'appuyant sur une méthode Delphi modifiée afin de documenter les stratégies futures à adopter pour mieux répondre aux besoins de services des personnes ayant un TUS persistant. Le troisième volet de la thèse présente les résultats issus d'entrevues individuelles semi-dirigées auprès de personnes ayant un TUS persistant (n=19) pour documenter les ressources personnelles qu'elles ont jugées utiles pour progresser tout au long de leur parcours de rétablissement. L'ensemble des volets de cette thèse, qui permet d'analyser selon trois angles distincts et complémentaires divers facteurs favorisant le rétablissement, constitue une force de cette recherche.

Cette thèse contribue à l'avancement des connaissances en alimentant la réflexion sur les paradigmes sous-jacents à l'organisation de services en dépendance. Dans les dernières années, une transformation des paradigmes de soins en dépendance s'est opérée notamment en raison de la reconnaissance de la persistance du TUS ainsi que du mouvement de soins axés sur le rétablissement, les faisant passer d'un modèle de soins à court terme à des services au long cours et d'un paradigme centré sur la maladie à une vision centrée sur le bien-être (Cleveland et al., 2021; Kaskutas et al., 2014). Les résultats issus des articles 1, 2 et 3 de la thèse pointent également vers la nécessité de cette

transformation. La discussion des résultats de ces trois articles se fera en abordant ces deux grands axes : les paradigmes de soins à court terme versus à long terme et les paradigmes de soins centrés sur la maladie versus centrés sur le rétablissement (appendice B). Les résultats des articles 1 et 2 seront discutés dans la section portant sur le paradigme de soins à court terme versus à long terme. Tandis que les résultats des articles 2 et 3 seront abordés dans la section portant sur le paradigme de soins centrés sur la maladie versus le rétablissement.

Paradigme de soins à court terme versus à long terme

La durée de services est sans doute l'un des éléments qui distinguent clairement le paradigme de soin à court terme de celui à long terme. La tendance actuelle dans les services en dépendance au Canada, aux États-Unis et en Europe est d'offrir des services de courtes durées (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014; Gouvernement du Québec, 2019; SAMHSA, 2019). Les taux de rechute variant de 40% à 60 %, tels que mesurés un an après la fin des services (Brecht et Herbeck, 2014; Finney et Moos, 1992; Schellekens et al., 2015), de même le taux de personnes ne présentant plus les critères diagnostiques du TUS cinq ans plus tard, tels qu'estimés à 50 % (White, 2012), suggèrent que la durée des services serait suffisante pour approximativement la moitié des personnes demandant de l'aide dans les services spécialisés. Tandis que pour les autres, la persistance de leur TUS au-delà de cette période pointe vers la nécessité de leur offrir des services à plus long terme, et probablement organisés autrement. De fait, un large consensus scientifique recommande l'allongement de la durée de services pour mieux soutenir le rétablissement des personnes qui présentent un TUS persistant (Anglin et al., 1997; Dennis et al., 2005; McLellan et al., 2000; McKay et Hiller-Sturmhöfel, 2011; Scott et Dennis, 2009). Cependant, peu de données indiquent la fréquence ou la modalité idéale de ces services, de même que leur durée optimale. En ce qui concerne la durée, la majorité des études sont réalisées sur des traitements n'excédant pas 12 mois (Bergman et al., 2015; Eastwood et al., 2018; Grella et al., 2010; Lash et al., 2007; Lemke et Moos, 2003; McKay, 2009b; McKay et al., 2016; Metsch et al., 1999).

Le premier article de la thèse (chapitre III) visait donc à déterminer l'efficacité des traitements au long cours sur la réduction des comportements de consommation

comparativement à celle des traitements habituels plus courts. Pour ce faire, une méta-analyse s'appuyant sur une revue systématique de la littérature a été conduite. Huit bases de données ont été consultées à la recherche d'études révisées par les pairs qui portaient sur des traitements du TUS planifiés pour une durée de 18 mois et plus. Les études ciblées évaluaient la capacité des traitements à diminuer les comportements de consommation de substances psychoactives en comparaison avec des traitements plus courts.

Les résultats indiquent que les personnes qui ont reçu un traitement planifié d'au moins 18 mois avaient 23,9% plus de chance d'être abstinentes ou de consommer modérément que les personnes qui ont reçu un traitement habituel plus court. Basés majoritairement sur une mesure d'abstinence dichotomique, ces résultats sont conservateurs. Des variables continues mesurant la fréquence de consommation ou sa sévérité auraient probablement mieux démontré les améliorations plus fines qui se sont produites (Babor et al., 1994), tout comme des variables mesurant les améliorations dans les autres sphères de vie auraient mieux illustré la progression du processus de rétablissement (International Consortium for Health Outcomes Measures, 2020). L'efficacité des traitements de 18 mois et plus observée dans cette méta-analyse nous permet de statuer sur l'importance et les bénéfices d'offrir des services bien au-delà de l'offre habituelle aux personnes présentant un TUS persistant.

Mais outre la nécessité d'offrir des services au long cours, nous disposons de peu d'indications appuyées scientifiquement quant à la façon dont ces services devraient être organisés. C'est dans cette optique que le deuxième article de la thèse (chapitre IV) visait à identifier les adaptations dans l'organisation des services spécialisés en dépendance et les stratégies cliniques à mettre en place pour adapter l'offre de service aux personnes présentant une problématique de TUS persistant. Par l'entremise d'une démarche de développement de consensus basée sur la méthode Delphi modifiée, les gestionnaires et les cliniciens de sept centres de réadaptation en dépendance au Québec ont été invités à se positionner quant aux adaptations d'ordre organisationnel et clinique dans une offre de service adaptée à cette clientèle. Le processus a mené à l'élaboration d'un modèle de services au long cours regroupant 93 propositions d'adaptation qui ont été retenues sur la

base de leur pertinence clinique. Elles ont été regroupées autour des trois axes permettant de décrire la sévérité des TUS, soit la durée, l'acuité et la complexité (Rush et al., 2019).

L'offre de services à court terme pour les personnes présentant un TUS persistant entraine une accumulation de courts épisodes de service discontinus. Plus du quart (27 %) des personnes qui ont participé à un traitement spécialisé en dépendance reviennent dans les services durant l'année suivante (Simpson et al., 1999) et presque la moitié (44 %) y reviennent au courant des trois années qui suivent (Grella et al., 2003). Des données plus récentes montrent que sur l'ensemble des demandes de services en dépendance pour l'année 2017 aux États-Unis, près de deux tiers n'en étaient pas à leur première demande et 15 % en étaient à leur cinquième demande de traitement (SAMHSA, 2019).

Pour répondre à cet enjeu de discontinuité, les participants de la démarche Delphi ont insisté sur l'importance d'instaurer une offre de service au long cours basée sur la continuité sur les plans relationnel et clinique. Cette continuité relationnelle serait observable par l'attribution d'un intervenant pivot ou d'une équipe clinique permettant le maintien de l'alliance thérapeutique d'un épisode de service à un autre. Quant à la continuité des interventions, les participants ont abordé différentes stratégies pour poursuivre le travail thérapeutique entamé (ex. relances téléphoniques entre les périodes plus intensives de traitement ou une offre de soutien en groupe à une fréquence connue et récurrente).

Ce sont des propositions qui vont dans le même sens que les résultats rapportés dans la méta-analyse révélant la prépondérance de la continuité sur la durée des services au long cours. L'efficacité semblable entre les traitements au long cours de 18 mois et ceux de 24 mois et plus suggère que la continuité de services dans le temps est plus importante qu'une durée spécifique de service. Contrairement au modèle de soin à court terme qui sous-entend l'idée que le trouble se résorbe à la suite d'une certaine dose de services —généralement de courte durée—, ces résultats soulignent la nécessité de situer les personnes présentant un TUS persistant dans un long processus de rétablissement où la fin d'un épisode de service ne correspond pas à la fin des services et n'est qu'une étape de leur parcours (White, 2008).

Un autre enjeu du modèle de service à court terme lorsqu'il est dédié aux personnes présentant un TUS persistant porte sur l'observation que les services sont offerts seulement aux périodes les plus aigües de leur trouble (c.-à-d. lors de rechute, de crise psychosociale, d'hospitalisation suite à une intoxication, etc.). Or, leur profil est caractérisé par une longue trajectoire ponctuée de périodes plus ou moins longues d'abstinence ou d'usage contrôlé, de rechutes et de retours en traitement (Brochu et al., 2014; Chauvet et al., 2015). L'étude de Scott et al. (2005) fait état des trajectoires changeantes des personnes présentant un TUS : passant de la rechute au retour en traitement, puis à une période de consommation contrôlée (ou d'abstinence) suivie d'une rechute, etc. Sur une durée de trois ans, 83 % des participants sont passés d'un statut à un autre et la moitié d'entre eux l'ont fait plus d'une fois. C'est donc dire que le changement de statut (rechute, retour en traitement, période d'arrêt ou d'usage contrôlé) est la norme.

Sur ce point, les gestionnaires et les intervenants ayant participé à la démarche Delphi sont d'avis que l'offre de service destinée aux personnes présentant un TUS persistant devrait diminuer en intensité lors des périodes de stabilité et augmenter lors des rechutes. Concrètement cela implique des contacts prévus et non prévus, d'intervenir également aux périodes où elles vont bien et de développer des services d'intensités variables comme des services ambulatoires à haute intensité (ex. quotidien) et d'autres à plus faible intensité (ex. une fois par mois ou une fois par trois mois). À cet effet, le modèle de *Telephone monitoring and counseling* (TMC, McKay et al., 2010a) —un des modèles repéré dans la méta-analyse—propose d'assurer la continuité du soutien thérapeutique débuté lors d'un épisode de traitement intensif en maintenant un contact téléphonique même lors des périodes de stabilité. La fréquence des contacts est ajustée aux besoins des personnes et évaluée au début de chaque séance. Plus le risque de rechute est élevé, plus l'intensité et la durée des contacts augmentent. En cas de risque élevé, les contacts ont lieu en personne dans un format plus classique (durée une heure, approche cognitivo-comportementale et analyse fonctionnelle). Il s'agit d'un exemple de programme dont les effets ont été démontrés (McKay et al., 2010b; 2013) et qui intègre plusieurs recommandations formulées dans le cadre de la démarche Delphi.

En adoptant une vision au long cours où l'acuité des services varie selon les besoins, on conçoit que certaines phases du traitement soient plus intensives et d'autres le soient moins. De plus, la transition entre les phases plus intensives et moins intensives est bidirectionnelle : un individu peut aller d'un service plus intensif à un moins intensif, mais aussi, l'inverse est tout autant possible. Alors que dans le modèle à court terme, seules les personnes qui terminent la phase la plus intensive sont encouragées à poursuivre vers «l'after-care» ou le «post-traitement» (White et Kelly, 2011). Ces services, d'une durée limitée et offerts généralement en groupe, ont pour objectif de maintenir les gains effectués lors du traitement formel ainsi que de prévenir les rechutes (Hser et Anglin, 2011). En véhiculant une vision séquencée de l'intervention, on induit que tout retour vers une forme plus intensive est perçu comme un pas en arrière (un échec) et plusieurs « retours en arrière » sont considérés comme l'indicateur d'un pronostic défavorable de rétablissement (White et Kelly, 2011). Tandis que dans une démarche au long cours, les traitements antérieurs sont plutôt perçus comme l'engagement de la personne envers sa démarche de rétablissement. D'ailleurs, les termes tels que « after-care » ou « post-traitement », ne font pas partie du vocabulaire dans un paradigme de soins au long cours (MacLean et al. 2021). Toutes les interventions, en phase intensive ou en phase de mieux-être, font partie du traitement.

La gestion du retour dans les services est un autre élément qui a beaucoup animé les discussions lors de la démarche Delphi. Les participants ont proposé quelques pistes pour faciliter les processus administratifs de retour dans les services dont notamment celui de limiter le nombre d'intermédiaires en permettant à la personne de recontacter directement son intervenant et de se limiter à une mise à jour de sa situation plutôt que de compléter à nouveau l'ensemble des questionnaires d'évaluation. Des efforts doivent être faits par les structures de soins pour reconsidérer leur trajectoire d'accès et les moyens pour faciliter leur retour dans les services. Le *Recovery Management Check*-up (RMC, Scott et Dennis, 2003) est un autre modèle identifié dans la méta-analyse pour lequel des études randomisées appuient son efficacité (Dennis et al., 2003; Dennis et al., 2012; Scott et al., 2017). Il est spécialement conçu pour limiter le temps entre une rechute et le retour en traitement en maintenant un contact régulier auprès des personnes qui terminent un

épisode de traitement. Dans ce modèle, les personnes consentent à donner des indications sur les lieux qu'elles fréquentent habituellement (organismes à but non lucratif, hôpitaux, emploi/école, etc.) ainsi que les coordonnées de leurs amis et des membres de leur famille côtoyés régulièrement. Ces informations permettent aux intervenants de maintenir un contact régulier avec ces personnes—même lors des périodes de rechute—et d'instaurer un processus proactif de liaison avec les services en dépendance lorsque nécessaire.

Pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant un profil persistant, la majorité des cliniciens rencontrés dans le cadre de la démarche Delphi ont relevé la nécessité de garder ouvert leur dossier au-delà du délai de 30 jours d'inactivité généralement exigé. Favorables en grande partie à cette idée, les gestionnaires ont cependant soulevé les enjeux financiers auxquels sont rattachées ces règles de fermeture et d'ouverture de dossier : l'allocation des ressources financières reposerait en partie sur le nombre d'ouvertures de dossiers pour une période d'un an incitant ainsi les structures à limiter les épisodes de soin pour comptabiliser un plus grand nombre d'ouvertures. Un enjeu qui illustre toute l'importance de considérer l'ensemble des niveaux organisationnels et leurs interactions (macro-organisationnel, structurel, processuel) dans la réflexion sur l'adaptation des services destinés aux personnes présentant un TUS persistant (Donabedian, 1978).

La faible coordination avec les autres services est une autre caractéristique du modèle de soins à court terme qui n'est pas appropriée pour répondre aux besoins des personnes présentant un TUS persistant. L'organisation à court terme des services incite à se centrer presque exclusivement sur la problématique de dépendance, délaissant les autres problèmes concomitants et faisant en sorte que la coordination avec les autres services se limite souvent à des références passives vers d'autres organismes (White et Kelly, 2011).

Comparativement aux personnes présentant un TUS transitoire, le profil des personnes dont le TUS est persistant s'accompagne généralement d'une ou de plusieurs autres problématiques concomitantes comme des troubles de santé mentale, des problèmes de santé physique, un parcours de judiciarisation, des traumas et de la précarité

résidentielle (Grahn et al., 2014; White, 2008). Cette accumulation de problématiques génère des besoins complexes interreliés, couvrant des enjeux d'ordre médicaux et sociaux (Rankin et Regan, 2004). En plus de l'utilisation répétée des services spécialisés pour le traitement des dépendances, l'étendue de leurs besoins dans leurs différentes sphères de vie les amène à utiliser un large éventail de services, tels que ceux en milieu hospitalier, en santé mentale, en protection de l'enfance et du système de justice (Hser et al., 2007). La présence de diagnostics concomitants au TUS et le fait d'avoir utilisé les services spécialisés en dépendance dans les trois dernières années seraient associés à une plus grande utilisation des services de santé généraux et psychiatriques (Huỳnh et al., 2016).

Pour mieux tenir compte des besoins complexes des personnes présentant un TUS persistant, les intervenants et les gestionnaires participant à la démarche Delphi soulignent l'importance d'élaborer une offre de service coordonnée et globale. D'une part, une amélioration de la réponse aux besoins complexes repose sur la bonification de l'offre de services spécialisés en dépendance en considérant certains besoins spécifiques qui peuvent entrer en interaction avec la problématique de dépendance. Parmi ces besoins, les intervenants ont particulièrement abordé la notion de consommation sexualisée et les traumas pour lesquels il est nécessaire selon eux de former les intervenants, de développer des outils cliniques et d'établir des partenariats avec des organismes spécialisés sur ces questions. Ces propositions sont tout à fait en phase avec celles d'organisations reconnues telles que le SAMHSA (2014) qui ont produit un document d'orientation pour favoriser la mise en place d'approches de traitement sensibles au trauma auprès des personnes présentant un TUS. L'importance d'aborder la consommation sexualisée est également mise de l'avant par plusieurs auteurs qui déplorent à la fois les lacunes de services sur ce plan tout comme les lacunes dans les connaissances (Flores-Aranda et al., 2019; Goyette et Flores-Aranda, 2015 ; Goyette et al., 2018).

D'autre part, la concertation avec les autres services du réseau de la santé et de services sociaux (incluant les services offerts par les organismes communautaires) est un autre aspect à considérer pour mieux tenir compte de la complexité des profils persistants. Les participants à la démarche Delphi ont témoigné de leur difficulté à offrir des

traitements coordonnés aux usagers qu'ils accompagnent. Ils ont soulevé des enjeux administratifs (ex. critères restrictifs, longue liste d'attente, dossier non partagé entre les structures) lors des références vers d'autres services. Ce type d'enjeux est rapporté par d'autres intervenants qui travaillent auprès de personnes présentant des besoins complexes (Neale et al., 2019). Pour répondre à ces enjeux, les participants de la démarche de consensus de type Delphi proposent notamment le développement d'ententes de partenariat favorisant la fluidité des services pour les usagers et la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires basées sur le modèle de gestion de cas. Il s'agit d'un modèle qui a été conçu pour résoudre les problèmes de discontinuité et de fragmentation des services face à une problématique complexe (Mueser et al., 1998). Ce modèle comprend généralement les actions suivantes : évaluation des besoins, sélection et planification des services appropriés, liaison proactive et continue (Case Management Society of America, 2017). Une méta-analyse portant sur l'efficacité de la gestion de cas a montré qu'il s'agit d'un modèle plus efficace que les traitements habituels pour réduire les comportements de consommation et dont l'efficacité était encore plus grande pour favoriser la rétention dans les services en dépendance ainsi que la liaison avec d'autres services (Vanderplasschen et al., 2019).

Les participants de la démarche Delphi ont aussi identifié les préjugés et la méconnaissance de plusieurs professionnels de la santé et des services sociaux à l'égard des personnes présentant un TUS persistant comme étant un obstacle au développement de services coordonnés. Ces observations au regard de la stigmatisation des personnes ayant un TUS sont également identifiées dans divers milieux de soins et de contextes socio-culturels (Corrigan et al., 2017; Tierney, 2016; van Boekel et al., 2015; 2016). À cet effet, les participants de la démarche Delphi proposent différentes stratégies pour mieux former les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux à la problématique de dépendance et aux différentes voies pour se rétablir. Pour diminuer efficacement la stigmatisation dans un contexte de soin, le niveau individuel (ex. attitudes des professionnels) et structurel (ex. accès, qualité des services) doivent être tout autant considérés (Nyblade et al., 2019). L'éducation est l'une des stratégies à envisager pour modifier l'attitude des professionnels à l'égard des personnes présentant un TUS,

cependant elle doit être réfléchie avec d'autres moyens comme notamment la participation soutenue des personnes présentant un TUS dans la planification des services et la mise en place de mécanismes de suivi pour évaluer la stigmatisation structurelle (Livingston, 2020).

En somme, les résultats issus des articles 1 et 2 de la thèse permettent non seulement d'appuyer la nécessité d'offrir des services dans une perspective à long terme, mais contribuent également de manière originale aux connaissances en dégageant des pistes concrètes pour améliorer les services. Ils pointent vers la nécessité d'élaborer un modèle de traitement au long cours qui mise sur la continuité relationnelle et clinique, dont l'intensité s'accorde aux besoins changeants des personnes et tient compte de la complexité de leurs besoins. Sur ce dernier point, il faut toutefois souligner que la réponse aux besoins complexes des personnes présentant un TUS persistant dépasse la prise en compte de leurs problèmes concomitants et nécessite l'adoption d'une perspective globale de l'individu. Cette vision implique de considérer la façon dont l'individu va mobiliser ses forces et celles de son entourage pour améliorer les différentes dimensions de son bien-être (Slade, 2010 ; Shepherd et al., 2008). Il s'agit d'un élément qui sera discuté dans la section suivante avec d'autres éléments de réflexion sur les paradigmes de soins centrés sur la maladie versus sur le rétablissement qui intégreront les résultats des articles 2 et 3 de la thèse.

Paradigme de soins centrés sur la maladie versus centrés sur le rétablissement

Dans la même lignée que le modèle de soin à court terme, le paradigme médical porte généralement davantage attention au trouble ainsi qu'à ses symptômes et se centre sur l'individu qui est le porteur de ces symptômes (Alonso, 2004). Alors que l'adoption d'un paradigme centré sur le rétablissement dépasse le problème. Il nous amène à considérer l'individu de façon globale en tenant compte de son contexte, de ses forces, de ses aspirations ainsi que de ses différentes sphères de vie, dont notamment sa famille et la communauté dans laquelle il évolue (CCSA, 2017; White et Kelly, 2011).

Les échanges dans le cadre de la démarche Delphi vont dans cette direction en relevant l'importance d'adopter une approche holistique de la personne et de sa situation.

Concrètement, les gestionnaires et les cliniciens proposent notamment d'impliquer les membres de l'entourage dans le processus de traitement et de tenir compte de l'ensemble des améliorations dans les différentes sphères de vie pour mesurer le succès de l'intervention. Ce sont des propositions cohérentes avec la littérature montrant que le rétablissement est un processus global d'amélioration du bien-être et dont différentes facettes peuvent interagir ensemble pour favoriser le rétablissement. Par exemple, des auteurs rapportent comment le fait de se sentir soutenu par son entourage contribue à mieux s'accepter, ce qui alimente le processus de (re)construction de soi (Van Steenberghe et al., 2021). Les expériences de retour aux études (Munton et al., 2011) ou d'emploi (Yamashita et al., 2021) contribuent également au développement de l'estime de soi et du sentiment d'auto-efficacité. Une méta-synthèse d'études qualitatives sur le capital de rétablissement social souligne également que le sentiment de redonner à sa communauté par l'entremise d'activités d'engagement social contribue au processus de reconstruction de la dignité (Vigdal et al., 2022). Ainsi, des services utilisant une approche centrée sur le rétablissement cibleraient les différentes sphères de vie (professionnelle, familiale, spirituelle, culturelle, etc.) tout en proposant des activités susceptibles d'augmenter le bien-être et de développer un mode de vie sain (CCSA, 2017).

Le partage du pouvoir et la reconnaissance de l'expertise de l'usager sont une autre caractéristique qui distingue le paradigme centré sur la maladie de celui centré sur le rétablissement. Dans un modèle médical, c'est le professionnel qui détient l'expertise alors que le paradigme centré sur le rétablissement prône une relation plus égalitaire où le professionnel est un accompagnateur (Shepard et al., 2008). Une philosophie partagée par d'autres approches dont celles de la réduction des méfaits (Marlatt et al., 2001) et l'entretien motivationnel (Miller et Rollnick, 2012). Les participants de la démarche Delphi sont d'avis que la reconnaissance et la valorisation de l'expertise des usagers devraient constituer un principe clinique guidant nos interventions auprès des personnes présentant un TUS persistant. Un principe qui devrait se refléter à tous les temps du processus clinique et notamment lors des moments de prises de décision pour l'orientation et la planification des services. Or, malgré la volonté d'intervenir selon ce principe, un sondage réalisé en 2017 dans 730 centres de traitement spécialisé en dépendance aux

États-Unis montre que 23 % invitent réellement les usagers à participer au processus décisionnel les concernant (Park et al., 2020). Au Québec, l'approche de patient-partenaire est de plus en plus adoptée dans le réseau de la santé et des services sociaux (Gouverment du Québec, 2018; Pomey et al., 2015), surtout dans les domaines de la santé physique et mentale (Flora et al., 2015). Elle est encore peu déployée en dépendance où elle semble se cantonner aux services à bas seuil en réduction des méfaits (Goyer et al., 2018). Cette pratique doit être encouragée par une culture organisationnelle qui reconnait les bienfaits d'une telle approche (Zisman-Ilani et al., 2021).

Allant de pair avec l'établissement d'une relation de partenariat et la reconnaissance de l'expertise des usagers, renforcer l'autonomie de la personne à faire face à son trouble est une autre caractéristique d'un paradigme centré sur le rétablissement (Shepard et al., 2008) qui a aussi été retenue par les participants de la démarche Delphi. Une philosophie également endossée par le modèle de soin chronique qui cherche à fournir de l'information personnalisée aux usagers pour assurer le développement des connaissances, des compétences et des ressources nécessaires à la gestion au quotidien de leur trouble (Bodenheimer et al., 2002). Le partage des décisions entre l'usager et le professionnel ainsi que le renforcement de l'autonomie vise à rendre la personne proactive et engagée envers sa condition (Qualité des services de santé Ontario, 2012).

Contrairement au paradigme médical qui met l'accent sur la maladie, les symptômes ou les vulnérabilités, le paradigme du rétablissement priorise les forces et les ressources de la personne (Bélanger, 2017). Les pratiques axées sur le rétablissement se veulent porteuses d'espoir (Commission de la santé mentale du Canada, 2021). L'adoption d'une approche centrée sur les forces oriente l'évaluation et l'intervention de façon à aider les personnes à prendre conscience de ce qui fonctionne bien et des ressources qui sont disponibles pour atteindre ses buts (Rapp et Goscha, 2012).

Pour étudier les forces et les ressources disponibles pour initier et maintenir le processus de rétablissement des personnes présentant un TUS, les chercheurs utilisent le concept de capital de rétablissement (Cloud et Granfield, 2008; Granfield et Cloud, 2001). Parmi les trois catégories de capital de rétablissement (personnel, social et

communautaire), le capital personnel est possiblement le moins étudié. Des études ont identifié la façon dont les différentes composantes du capital personnel jouent un rôle dans le processus de rétablissement dont la spiritualité (Gilbert, 2022), la scolarisation/l'emploi (Sahker et al., 2019), la santé (Duffy et Baldwin, 2013). Quelques études ont mis en évidence le rôle de la confiance en sa propre détermination, la connaissance de la problématique de dépendance et le sentiment d'auto-efficacité à faire face aux épreuves du processus de rétablissement comme étant favorables à un meilleur processus de rétablissement (Duffy et Baldwin, 2013; Gueta et Addad, 2015). Considérant la longueur et la complexité des parcours de rétablissement des personnes présentant un TUS persistant (Fleury et al., 2016), il apparait important de savoir ce qui les aide à progresser sur le plan personnel et plus particulièrement les compétences, les qualités et les connaissances qui leur permettent de continuer à travailler sur leur processus de rétablissement.

C'est dans cette optique que le troisième article de la thèse visait à comprendre les forces et les ressources personnelles mobilisées par les personnes qui présentent un TUS persistant au travers de leur parcours de rétablissement (chapitre V). De plus, nos analyses ont tenu compte du genre. Cette position s'appuie sur la présence de variations selon le genre dans les expériences de rétablissement et les recommandations de grandes institutions de recherche d'en tenir compte pour éviter de reproduire les iniquités ainsi que d'améliorer les services offerts (CEWH, 2020; EMCDDA, 2006; UNICRI, 2015). Dans le cadre d'un devis qualitatif de type exploratoire descriptif, des entrevues individuelles semi-dirigées d'environ 120 minutes ont été réalisées auprès de 19 personnes (9 hommes et 10 femmes). L'analyse des récits recueillis dresse le portrait de personnes qui malgré leurs difficultés sont parvenues à cumuler des compétences et possèdent plusieurs qualités pour faire face à leur problématique : introspection, persévérance, capacité de croire en soi, connaissances utiles au rétablissement, etc.

Parmi celles-ci, les différentes facettes de la persévérance sont ressorties comme une force particulièrement utile au regard de leur long parcours de rétablissement. Pour alimenter leur persévérance, certains participants ont mentionné qu'ils adoptaient une posture bienveillante envers eux-mêmes, ce qui serait reconnu comme un facteur qui

favorise l'adaptation dans le contexte des maladies chroniques (Sirois et al., 2015). D'après les participants de la démarche Delphi, une autre façon d'alimenter la persévérance serait de réinterpréter les parcours de rétablissement et d'utilisation de services à la lumière des progrès qui ont été effectués. Les intervenants et les gestionnaires participants ont souligné l'importance de recadrer l'expérience des usagers en soulignant leurs forces pour les amener à développer une image plus positive d'eux-mêmes en stimulant la réflexion sur leur trajectoire de vie et en réexaminant les croyances négatives à propos d'eux-mêmes **(**Weegmann, 2010; Weegmann, 2017).

Le développement du capital de rétablissement s'inscrit également dans la mouvance de la notion d'*empowerment* visant la réappropriation du pouvoir d'agir des individus dans leur vie personnelle, leurs relations et leur communauté en misant sur leurs forces (Gutierrez, 1990; Mizock et Carr, 2020; Rungreangkulkij et al., 2021). Une notion qui s'est structurée en rapport à des groupes marginalisés ou auprès de personnes cumulant divers stigmas (Le Bossé, 2008)—comme c'est le cas de l'ensemble des participants des entrevues individuelles dont plus de la moitié était des femmes. La prochaine sous-section portera sur la contribution des résultats de l'article 3 concernant l'influence du genre sur le capital de rétablissement personnel en discutant de la façon dont ces liens peuvent alimenter notre réflexion sur les paradigmes sous-jacents à l'organisation des services.

Paradigme centré sur le rétablissement spécificités liées au genre

Les résultats des entrevues individuelles illustrent la façon dont le genre féminin influence le développement de certaines forces (organisation face à leur situation financière, importance de l'apparence physique dans la (re)construction de leur estime d'elles-même, affirmation de soi face aux expériences de violence, etc.). Les normes sociales et les rôles de genre créent des attentes qui pèsent sur les femmes quant à leur apparence, leurs comportements et leurs obligations de prendre soin des autres, ce qui façonne leurs trajectoires de consommation, d'utilisation de services et de rétablissement (Neale et al., 2014; Wincup, 2016). Les femmes qui consomment sont touchées différemment par la stigmatisation, la pauvreté, l'insécurité résidentielle et la violence (Brown et Stewart, 2021; Du Rose, 2015; Gueta et Addad, 2015; McHugo et al., 2005;

Neale et al., 2014; Salter et Breckenridge, 2014; Van Steenbergue et al., 2021; Wincup, 2016). Elles peuvent aussi avoir des besoins spécifiques en termes de services concernant la grossesse, la parentalité, le travail du sexe, la réparation de traumas (Covington, 2002; Gueta et Addad, 2015; Pederson et al., 2014a; Salter et Breckenridge, 2014).

Arguant le principe de neutralité, les politiques de santé refusant de reconnaitre ces différences ainsi que ces besoins spécifiques maintiennent les inéquités de genre qui affectent la santé mentale et physique des femmes (IMPART, 2014; Pederson et al., 2014b; Rondòn, 2009). Le genre que l'on porte n'est pas simplement un attribut individuel, il est aussi rattaché à des éléments de la structure sociale (ex. économique, culturel, politique) influençant les opportunités liées au fait d'être un homme, une femme, une personne trans, non-binaire, etc. (Greaves, 2020; Rondón, 2009). L'adoption d'une approche transformatrice liée au genre—*gender-transformative*—tenant compte de sa nature structurelle est nécessaire pour atténuer les iniquités liées au genre et éviter de les perpétuer (Pederson et al., 2014b). Les services s'appuyant sur une approche transformatrice du genre visent le développement de la pensée critique à propos de la répartition du pouvoir et de l'existence de différences entre les rôles et les normes liés au genre (Perderson et al., 2014a; Schmidt et al., 2018). Ces services tentent activement de prendre en considération les causes qui maintiennent l'iniquité entre les genres en encourageant les personnes à être des agents de changement qui peuvent poser des gestes pour améliorer leurs conditions de vie (Schmidt et al., 2018).

La notion d'*empowerment* est une thématique centrale des services s'appuyant sur une approche transformatrice liée au genre (Pederson et al., 2014b). La réappropriation du pouvoir d'agir débute au sein du centre où elles reçoivent des services, dans l'accueil sans jugement qui leur ai fait, dans l'espace qui leur est alloué pour décider de la planification des services, dans la relation de partenariat établie avec leurs intervenants (Carter, 2002; Covington, 2002; Mizock et Carr, 2020; Ratcliffe et Kroese, 2021). Les services en santé mentale s'appuyant sur un modèle d'*empowerment* spécifique aux femmes les aident à : identifier les messages qu'elles ont internalisés à propos des rôles de genre, examiner la façon dont ces messages et croyances interagissent avec leurs émotions, pensées, et

comportements, identifier les forces sur lesquelles elles se sont appuyées pour surmonter les expériences de stigmatisation et d'iniquité (Cornwall, 2016; Mizock et Carr, 2020; Rungreangkulkij et al., 2021).

La réduction des méfaits est une autre approche qui tient compte de la notion d'*emporwerment* et d'auto-détermination (Milet et al., 2021; Tatarsky et Marlatt, 2010). La considération des contextes sociaux qui peuvent causer des méfaits spécifiques aux femmes est un autre élément clé de services s'appuyant sur une approche transformatrice liée au genre (Pederson et al., 2014b). Ces services doivent améliorer la sécurité et la réponse aux besoins de base des femmes en créant des opportunités d'emploi et d'hébergement, de même qu'en développant leurs habilités à la vie quotidienne afin de renforcer leur autonomie (Schmidt et al., 2018 ; Shirley-Beavan et al., 2020).

Les services en dépendance s'appuyant sur une approche transformatrice liée au genre doivent également tenir compte du pourcentage important de femmes qui ont fait l'expérience de violence et de trauma (Covington, 2002; Salter et Breckenridge, 2014; Valencia et al., 2020). Ces services tenant compte des traumas comprennent l'impact de la violence interpersonnelle sur la trajectoire de vie d'un individu et minimisent les risques de re-traumatisation (Elliott et al., 2005). Ils misent sur la sécurité, la collaboration, la compassion et l'intervention à partir des forces pour offrir des services qui aideront les femmes à dépasser la peur et l'impuissance (SAMHSA, 2014).

Ainsi, la discussion des résultats des articles 2 et 3 de la thèse en regard du paradigme de soins centrés sur le rétablissement apporte une contribution concrète à l'avancement des connaissances en fournissant des pistes cliniques à préconiser auprès des personnes présentant un TUS persistant. Ces résultats soulignent la nécessité pour les intervenants d'adopter une approche holistique de la personne et de sa situation, d'établir une relation de partenariat et de renforcer leur capacité d'auto-gestion de leur trouble. De même qu'ils mettent en lumière les forces personnelles mobilisées dans les parcours de rétablissement des personnes présentant un TUS persistant ce qui souligne la nécessité d'intervenir en les considérant. La prochaine section abordera maintenant l'apport spécifique des travaux de thèse à l'avancement des connaissances en psychoéducation.

Apport des travaux de thèse à l'avancement des connaissances en psychoéducation

À la croisée des chemins entre les disciplines de la psychologie et de l'éducation, la psychoéducation s'est spécialisée dans l'étude des phénomènes liés aux difficultés d'adaptation des individus et dans l'élaboration d'interventions pour favoriser leur adaptation (OPPQ, 2020; Renou, 2005). Les psychoéducateurs sont appelés à travailler auprès de personnes présentant des troubles d'adaptation complexes (OPPQ, 2017). C'est dans cette optique que s'inscrit cette thèse : en s'intéressant au TUS persistant en tant que trouble d'adaptation au long cours.

L'adaptation : un concept clé en psychoéducation

Fortement inspirée des travaux de Rogers à ses débuts, la psychoéducation repose encore à ce jour sur une vision humaniste de l'individu (Gendreau, 2001; Renou, 2014). Cette vision s'incarne par l'importance accordée aux forces et aux ressources des individus ainsi que par la croyance que chaque personne peut développer son plein potentiel si elle dispose du soutien nécessaire pour le faire (Beauregard et al., 2018; Gendreau, 2001).

Chez les psychoéducateurs, la compréhension du fonctionnement de l'être humain est alimentée par plusieurs postulats, notamment : biopsychosocial, systémique et psychodéveloppemental. Le postulat biopsychosocial propose une vision globale de l'individu en prenant en compte l'ensemble de ses composantes (biologique, cognitive, affective et sociale) et leur interinfluence (Renou, 2005). Le postulat systémique considère l'ensemble des interactions d'un individu avec les différents systèmes dans lesquels il évolue : d'abord celui de sa cellule familiale, puis sa communauté immédiate et plus largement le système social en général (Renou, 2005). Enfin, la perspective psychodéveloppementale s'intéresse aux trajectoires des individus en étudiant les facteurs qui peuvent avoir une influence sur celle-ci (Pronovost et Leclerc, 2013). Complémentaire les unes aux autres, ces assises théoriques proposent que nous adoptions une vision d'ensemble de l'individu en incorporant dans notre compréhension de son fonctionnement à la fois les influences de différentes dimensions (bio-, psycho-, sociale), les interactions entre les différents systèmes dans lesquels il évolue et en considérant sa trajectoire de vie avec les facteurs qui ont eu une influence importante.

La contribution complémentaire de ces assises ressort d'ailleurs dans la conception de l'adaptation, un concept central en psychoéducation. Pour Pronovost *et al*. (2013), l'adaptation : « est le résultat de processus complexes faisant appel tant à la génétique qu'au biologique, aux caractéristiques psychologiques de la personne ainsi qu'aux facteurs familiaux, sociaux et culturels qui marquent ses environnements et ses expériences de vie » (p.38). Pour cause, cette conception de l'adaptation est issue du modèle intégrateur de Cummings, Davies et Campbell (2000). Il s'agit du modèle qui a été retenu par l'Ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec (OPPQ) puisqu'il incarne la convergence des grandes assises théoriques retenues en psychoéducation (biopsychosociale, systémique et développementale [figure 1]).

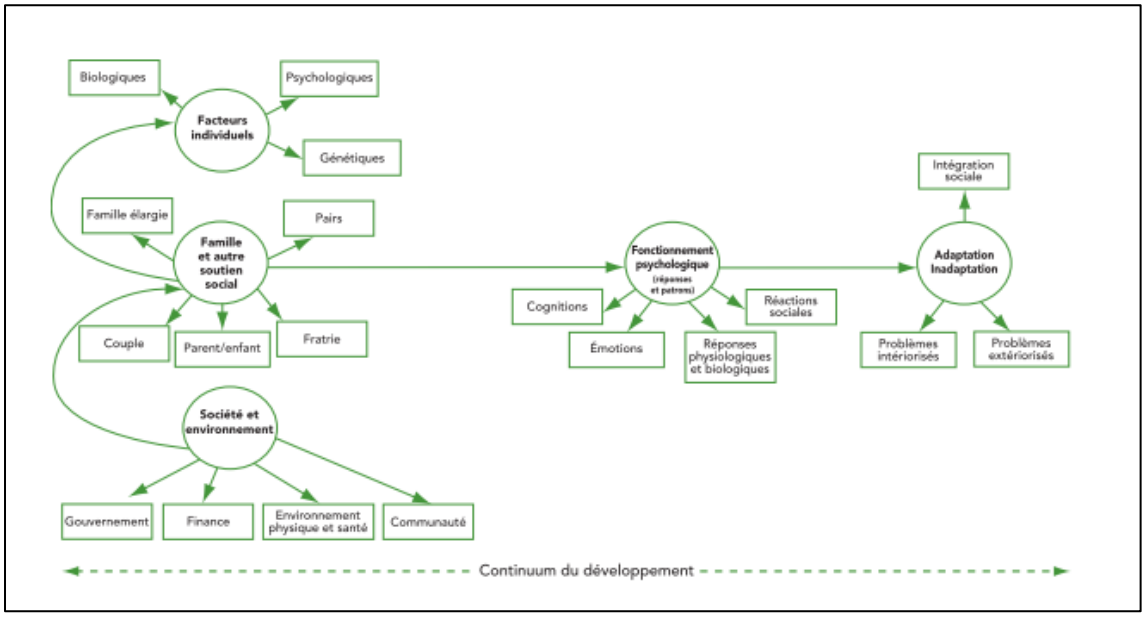

Figure 1 *Modèle de l'adaptation adoptée par l'OPPQ et inspiré du modèle intégrateur de Cummings et al. (2000) tiré de l'OPPQ (2014), p.17*

Selon Cummings *et al.* (2000), l'adaptation psychosociale est le produit de l'interaction entre un ensemble de facteurs individuels, familiaux ou sociaux, sociétaux et environnementaux. Ces facteurs auront un impact différent selon les stades de la vie de la personne et influenceront les réponses cognitives, émotionnelles, physiologiques et sociales de l'individu.

À cette conception intégrative de l'adaptation s'insère la notion d'interactions entre deux dimensions interreliées, d'un côté l'individu avec ses caractéristiques personnelles qui composera son potentiel adaptatif (PAD) et de l'autre son environnement, les ressources ainsi que les opportunités qui lui sont offertes, ce qui constituera son potentiel expérientiel (PEX) (Douville et Bergeron, 2018; Gendreau, 2001; Renou, 2005). Considérablement inspirée des travaux de Piaget, cette notion d'interactions entre ces deux dimensions implique que pour mener à une adaptation réussie, l'individu doit être placé devant un défi qui lui permet de mobiliser ses ressources et de vivre un processus de déséquilibration et de rééquilibration (Renou, 2005). Un tel défi sera qualifié de niveau de convenance approprié puisqu'il : « présente un écart [entre le PAD et le PEX] significatif approprié qui tient compte des acquis et des potentialités de la personne, mais qui lui offre un déséquilibre qui l'amène à se mettre en action dans une démarche de recherche de solutions et d'apprentissage » (OPPQ, 2014, p.42).Cet écart approprié mènera à un équilibre dynamique dans lequel l'individu mobilisera ses ressources pour trouver un nouvel équilibre, ce qui contribuera en retour à faire grandir son potentiel adaptatif (Renou, 2005). Alors qu'un écart trop grand causerait au contraire un déséquilibre inhibant menant à l'abandon, l'échec ou la démotivation et augmenterait l'écart entre les conditions présentes dans son milieu (PEX) et le potentiel actuel de l'individu (PAD) (OPPQ, 2014). Enfin, un écart insuffisant entrainerait un équilibre statique qui favoriserait le maintien des acquis sans toutefois développer le PAD de l'individu (Renou, 2005 [figure 2]).

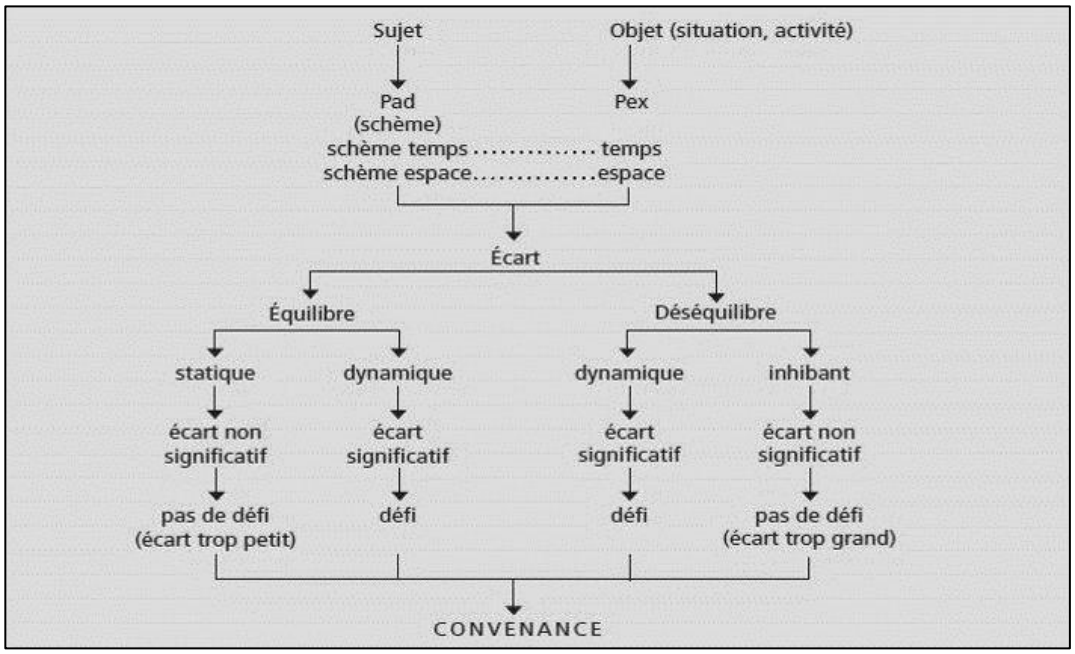

Figure 2 ***Schéma de la conduite adaptative tiré de Renou (2005), p.132***

Le rôle du psychoéducateur est d'évaluer le niveau de convenance de l'individu ou de sa famille en considérant les ressources dont ils disposent sur le plan du potentiel adaptatif et expérientiel (OPPQ, 2014). Au besoin, le psychoéducateur organisera les composantes du milieu pour s'assurer que les tâches adaptatives que l'individu ou les membres de sa famille doivent accomplir mènent à un équilibre dynamique (Renou, 2005). Pour ce faire, le psychoéducateur pourra utiliser le vécu partagé avec l'individu lors d'activités qu'il aura planifiées (ex. atelier de gestion de la colère) ou lors de moments de la vie quotidienne (Gendreau, 2001). Ces moments de vécu partagé sont autant d'occasions pour le psychoéducateur d'observer l'individu en action (Le Blanc, 2014). Le psychoéducateur utilisera ces observations dans le cadre de discussions avec l'individu ou sa famille pour les amener à prendre du recul sur leur fonctionnement et convenir avec eux d'expérimenter de nouvelles façons de faire (Pronovost et al., 2000). De façon générale, le psychoéducateur est donc un professionnel de l'adaptation humaine qui s'intéresse aux forces et aux ressources sur lesquelles il peut bâtir son intervention et que l'individu en situation de déséquilibre est en mesure de mobiliser.

Contribution des travaux de thèse

Mes travaux de thèse s'inscrivent dans cette lignée en s'intéressant à des adultes aux prises avec un trouble persistant d'usage de substance. Traduit à l'aide d'une perspective psychoéducative, les objectifs de ces travaux de thèse visent à évaluer si l'adaptation du potentiel expérientiel par l'entremise de traitements au long cours est profitable par rapport à l'offre de service habituelle (article 1); déterminer les changements qui devront être apportés au potentiel expérientiel pour mieux soutenir le processus de rétablissement des personnes présentant un TUS persistant (article 2); documenter le potentiel adaptatif mobilisé au travers du processus de rétablissement des utilisateurs de service en dépendance qui présentent un profil au long cours (article 3).

L'état des connaissances en psychoéducation entourant la problématique de la dépendance en est encore à ses balbutiements et porte davantage sur les adolescents comme en témoignent les quelques articles traitant du sujet dans les revues de psychoéducation (seulement trois articles portent sur la dépendance des adultes, comparativement à six auprès des adolescents dans la *Revue de Psychoéducation* et la *Revue canadienne de Psycho-éducation*). Cette faible production scientifique est cohérente avec les statistiques de l'Ordre des psychoéducateurs et des psychoéducatrices du Québec indiquant qu'en 2018, seulement 1% des psychoéducateurs travaillent dans un centre de réadaptation en dépendance (OPPQ, 2019). Ainsi, le champ des dépendances en psychoéducation constitue un sujet de recherche peu exploré malgré le fait que le TUS corresponde à sa centration principale : les troubles d'adaptation (Gendreau, 2001; OPPQ, 2017; Pronovost et Leclerc, 2013; Renou, 2005). De façon générale, la contribution de mes travaux de thèse à l'approfondissement des connaissances en psychoéducation se situe donc auprès d'adultes sur le plan de l'amélioration de notre compréhension du phénomène de la dépendance, de son traitement et du processus de rétablissement.

L'utilisation de concepts cohérents avec les assises théoriques de la psychoéducation a permis de produire des résultats qui s'imbriquent facilement au corpus de connaissances psychoéducatives. Pour répondre à l'objectif 3, le concept de capital de rétablissement a été utilisé pour documenter les forces et les ressources que les personnes présentant un TUS persistant mobilisent au travers de leur parcours de rétablissement. Le

concept du capital de rétablissement est congruent avec la conception de l'adaptation en psychoéducation énoncée par Renou (2005). Il permet de capter les éléments sur lesquels un individu peut s'appuyer pour se rétablir en considérant autant les ressources sur le plan personnel (PAD) qu'environnemental (PEX), tant celles liées à son entourage proximal que celles correspondant aux opportunités existantes dans sa communauté (Cloud et Granfield, 2008 ; Granfield et Cloud, 2001). À cet égard, les résultats s'inscrivent tout à fait dans la lignée des assises humanistes qui sous-tendent la psychoéducation et rejoignent sa vision de l'adaptation. En s'attardant aux forces, aux compétences et aux ressources des personnes présentant un TUS persistant, on améliore notre compréhension de leur potentiel adaptatif.

Sur le plan de la pratique psychoéducative, les résultats des travaux de thèse contribueront au développement de connaissances cliniques pertinentes dans un contexte d'accompagnement psychoéducatif auprès d'adultes présentant un TUS persistant. Le rôle du psychoéducateur est d'évaluer le niveau de convenance de l'individu ou de sa famille en considérant les ressources dont ils disposent sur le plan du potentiel adaptatif et expérientiel (OPPQ, 2014). Les psychoéducateurs sont d'ailleurs reconnus pour leur capacité à s'appuyer sur les forces des personnes qu'ils accompagnent (OPPQ, 2014; 2017). Dans ce contexte, les résultats contribueront à l'élaboration d'interventions ciblant mieux les forces et les ressources des individus aux prises avec un TUS persistant qui doivent être cultivées pour créer les conditions favorables à l'initiation et au maintien du processus de rétablissement.

En outre, dans le cadre de ses fonctions, le psychoéducateur est parfois appelé à organiser les composantes du milieu pour s'assurer que les tâches adaptatives que l'individu ou les membres de sa famille doivent accomplir mènent à un équilibre dynamique (Renou, 2005). Dans cette visée, les résultats de la démarche Delphi (article 2) permettent de dégager des recommandations d'adaptation organisationnels et cliniques à mettre en place pour mieux desservir les personnes présentant un profil de TUS persistant. Développées en consultant des gestionnaires et des cliniciens (dont certains sont psychoéducateurs), ces recommandations sont concrètes, réalistes, contextualisées et acceptables pour le milieu clinique.

À l'heure actuelle, peu de programmes psychoéducatifs portent sur le traitement des dépendances auprès des adultes. Ceux qui le font s'adressent à des parents consommateurs en visant l'amélioration de leurs pratiques parentales (Laventure et al., 2016; Laventure et al., 2018). Ainsi, pour la pratique psychoéducative, ces résultats peuvent constituer le point de départ d'une réflexion menant à l'élaboration d'un programme psychoéducatif de traitement du TUS pour les personnes présentant un profil persistant. En plus de souligner l'importance d'offrir une continuité de services dans le temps, les résultats de la méta-analyse dressent également le portrait des personnes qui ont bénéficié des traitements de 18 mois et plus, en faisant valoir la complexité de leur situation. Pour la pratique psychoéducative, ce constat devrait alimenter les réflexions entourant le fait d'offrir des services s'ajustant mieux aux besoins individuels des personnes présentant un profil persistant. À cet égard, le psychoéducateur est un professionnel tout à fait désigné pour individualiser les services en fonction du potentiel d'adaptation et expérientiel des personnes qu'il rencontre (OPPQ, 2020). De même que sur le plan de la coordination des services, le psychoéducateur est souvent appelé à jouer le rôle d'intervenant pivot pour améliorer les liaisons entre la personne et les différents services qu'elle reçoit (OPPQ, 2017).

Limites et forces de la thèse

Le lecteur trouvera aux chapitres III, IV, V une discussion des forces et limites pour chacune des méthodes employées. Dans cette section, les forces et limites à propos de la façon dont les travaux de thèse ont couvert l'objectif général sont discutées et s'ajoutent à celles déjà identifiées dans chacun des articles.

Limites

Une première limite à mentionner correspond à l'absence de distinction entre les différents types de substances consommées ou dans leur mode de consommation. Ces distinctions existent et peuvent avoir une influence sur le plan de la sévérité ainsi que la durée de la problématique (Moura et al., 2014; Nutt et al., 2010). Un choix a tout de même été fait de prendre en compte l'ensemble des problématiques d'usage de substance, sachant que les personnes qui ont un parcours de consommation au long cours ont souvent

un parcours de polyconsommation (Brookfield et al., 2019; Evans et al., 2017 Sridharan et al. 2005).

Ces travaux de thèse ont été menés de sorte à documenter les ressources personnelles et les adaptations qui peuvent apportées dans les services spécialisés en dépendance pour mieux soutenir le processus de rétablissement des personnes qui présentent un TUS persistant. Ce faisant, les ressources mobilisées sur le plan social ont été peu considérées (sauf brièvement dans le cadre de la démarche Delphi où les participants ont recommandé d'inclure les membres de l'entourage dans le traitement). Cela constitue une limite importante vu les nombreuses études montrant que le capital social joue un rôle prépondérant dans le processus de rétablissement (Ashford et al., 2019; Bellaert et al., 2022 ; Gueta et Addad, 2015 ; Neale et al., 2014 ; Stout et al., 2012 ; Van Steenberghe et al., 2021). Notre choix de documenter de façon prioritaire la dimension personnelle et les adaptations dans les services spécialisés au détriment du capital de social a été motivé par : 1) le peu de données scientifiques portant sur les ressources personnelles, plus particulièrement, sur les qualités, les compétences et les forces des personnes présentant un TUS persistant; 2) le besoin criant des milieux cliniques de s'appuyer sur des indications concrètes d'organisation des services pour mieux desservir les personnes présentant un TUS persistant; 3) les études documentant la dimension du capital social qui sont déjà nombreuses, comme le révèle cette méta-synthèse qui rapporte les résultats de 18 études qui ont documenté cette dimension (Vigdal et al., 2022). D'autres études pourraient toutefois s'intéresser à la façon dont cette dimension est mobilisée dans le cadre des parcours au long cours des personnes présentant un TUS persistant.

En outre, cette thèse n'inclut pas le point de vue des usagers dans la réflexion entourant l'adaptation des services. Il s'agit d'une autre limite importante considérant que leur expertise aurait certainement permis d'apporter une richesse supplémentaire à la compréhension des enjeux liés aux difficultés de revenir dans les services ainsi qu'à la discontinuité entre les épisodes de services et les différents services reçus. Sachant que le croisement des savoirs contribue à l'élaboration d'interventions qui sont plus complètes et plus inclusives (de Laat et al., 2014), les données à propos de leurs besoins en termes de services au long cours auraient pu être croisées avec les propositions d'adaptation des

services issues de la démarche de consensus menée auprès des gestionnaires et des cliniciens. Mentionnons que les entrevues individuelles avec les usagers présentant un TUS persistant (chapitre IV) ont permis de recueillir leur vécu quant à leur utilisation des services ainsi que leurs recommandations à l'égard des décideurs et des cliniciens concernant les modifications qui devraient être apportées aux services spécialisés en dépendance. Ces données pourront être analysées ultérieurement afin de mener à des résultats complémentaires qui pourront bonifier les recommandations déjà formulées par les participants de la démarche Delphi.

Excluant les intervenants/gestionnaires des centres de réadaptation en dépendance, aucun autre professionnel du réseau public ou communautaire n'a été inclus dans la démarche Delphi. Cela limite la transférabilité des recommandations qui en découlent aux autres milieux fréquentés par les personnes présentant un TUS persistant, bien que certaines d'entre elles pourraient inspirer les différents services du réseau de la santé et des services sociaux. Sachant que les personnes présentant un TUS persistant ont souvent des besoins complexes pour lesquels elles ont recours à une multitude de services du réseau de la santé et des services sociaux (Almqvist et Lassinantti, 2018; Hser et al., 2007; Huỳnh et al., 2016), il aurait été profitable d'impliquer d'autres professionnels du réseau (p.ex. des services hospitaliers, des services de première ligne en santé physique et mentale, des organismes en réduction des méfaits, milieu judiciaire et correctionnel, etc.) dans le cadre de la démarche Delphi. Des recommandations touchant spécifiquement l'utilisation de plusieurs services de façon parallèle ou séquentielle auraient pu être émises, ce qui correspond mieux à la réalité du chevauchement de services utilisés par les personnes présentant un TUS persistant. De plus, la centration principale des recommandations découlant de la démarche Delphi portait sur l'amélioration des services aux personnes déjà rejointes par les centres de réadaptation en dépendance. L'enjeu de l'amélioration de l'accessibilité des services spécialisés en dépendance aux personnes présentant un TUS persistant a été moins abordé dans le cadre de la démarche, possiblement en raison de l'échantillonnage qui était composé exclusivement d'intervenants et de gestionnaires des centres de réadaptation en dépendance qui sont moins au fait de cette réalité. L'implication de différents acteurs du réseau qui côtoient

des personnes présentant un TUS persistant n'utilisant pas les services spécialisés en dépendance auraient permis de bonifier les recommandations en réfléchissant à des stratégies concrètes de services à bas seuil (Kennedy et al., 2019).

Forces

La combinaison des méthodes et des sources de savoir constitue la principale force de cette thèse. La complémentarité des sources et des méthodes employées pour identifier les facteurs favorisant le rétablissement des personnes présentant un TUS persistant a permis de couvrir à la fois les composantes organisationnelle, clinique et individuelle. La contribution des travaux de thèse à l'avancement des connaissances a ainsi une portée plus large que s'ils ne s'étaient appuyés sur qu'un seul type de savoir ou de méthode. Des propositions concrètes d'adaptation des services pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant un TUS persistant ont été réfléchies grâce à la mobilisation du savoir expérientiel des intervenants et des gestionnaires dans le cadre de la démarche de développement de consensus. Ces propositions répondent aux besoins d'avoir des indications quant aux stratégies à mettre sur pied pour mieux servir cette clientèle (Djouini et Kamgang, 2017). Elles sont d'autant plus légitimes qu'elles peuvent s'appuyer sur les résultats du processus rigoureux de la méta-analyse rapportant que pour près du quart des individus il est beaucoup plus profitable d'intervenir à l'aide d'un modèle de soin au long cours. Tandis que les entrevues individuelles auprès d'usagers ont permis d'obtenir des informations à propos des forces qu'ils ont mobilisées au cours de leur trajectoire de rétablissement : des informations qu'il n'aurait pas été possible d'obtenir autrement et qui pourront être utilisées dans une optique d'améliorer les interventions au long cours.

De plus, plusieurs moyens ont été déployés pour renforcer la rigueur des travaux de thèse et satisfaire les critères de scientificité qui sont considérés comme les garants de la rigueur d'une démarche de recherche (Lincoln et Guba, 1986). Le critère de la crédibilité correspond à la concordance entre ce qui est rapporté par le chercheur et sa plausibilité aux yeux des participants d'une recherche (Drapeau, 2004). Dans le cadre de cette thèse, les participants (ou des personnes présentant des caractéristiques similaires) ont été rencontrés afin de valider la justesse et la pertinence des analyses (Careau et Vallée, 2014). Pour la démarche de développement de consensus, la justesse des analyses a été discutée

et validée lors de la ronde III. Tandis que pour les résultats issus des entrevues individuelles, la pertinence des analyses a été confirmée auprès d'utilisateurs de services, mais leur présentation a été réajustée pour mieux correspondre aux ressources les plus importantes ciblées par les personnes consultées (groupe de six personnes présentant des caractéristiques similaires aux participants recrutés et un pair-chercheur). Le critère de la transférabilité réfère à la possibilité d'extrapoler les résultats de la recherche à d'autres contextes, d'autres milieux ou d'autres sujets (Careau et Vallée, 2014). Une description riche et détaillée des participants et du contexte dans lequel les travaux de thèse ont pris place permettent de voir plus facilement à quels milieux ou à quelles populations ils sont transférables (Drapeau, 2004). Le critère de la fiabilité, c'est-à-dire le caractère constant de la démarche (Careau et Vallée, 2014), a été renforcé par un processus de sélection et d'extraction indépendant (pour la méta-analyse), une double codification (pour les entrevues individuelles) et des discussions avec les directeurs de recherche (pour la démarche Delphi). Dans le même sens, la démarche de revue systématique suivie d'une méta-analyse a été réalisée selon un processus rigoureux. Chaque étape du processus de sélection a été décrite de façon détaillée. Des standards spécifiques aux revues systématiques et aux méta-analyses (Jonhson et Hennessy, 2019) ont été pris en compte dans la réalisation de la démarche (ex. justification des études exclues, utilisation d'un outil évaluant le risque de biais plutôt que la qualité méthodologique des études incluses, description de la démarche méta-analytique, des analyses de sensibilité et de sous-groupe, etc.).

Retombées

Cette thèse comporte de nombreuses implications pour les milieux cliniques à partir desquelles il est possible d'établir quelques recommandations. D'abord, considérant que les personnes qui ont reçu un traitement planifié d'au moins 18 mois avaient 23,9 % plus de chance d'être abstinentes ou de consommer modérément que les personnes qui ont reçu un traitement habituel plus court, il est recommandé de :

1. Développer une offre de service à long terme pour les personnes présentant un TUS persistant.

Au-delà de la durée, le modèle d'adaptation des services spécialisés en dépendance basé sur le savoir expérientiel des intervenants et des gestionnaires propose des pistes concrètes et cohérentes sur le plan clinique pour mieux répondre aux besoins des personnes présentant un TUS persistant. Il est attendu que ce modèle influence les décisions entourant l'élaboration d'une trajectoire de service au long cours destinée aux personnes présentant un TUS persistant :

a. Qui mise sur la continuité relationnelle et clinique ;
b. Qui adapte le cadre administratif à la réalité clinique en variant l'intensité des interventions selon les besoins cliniques et en optimisant le retour dans les services ;
c. Qui bonifie la programmation en dépendance et développe des ententes de partenariat avec les différents services du réseau pour développer une offre de service coordonnée et globale;
d. Qui intervienne de façon à :
    - Renforcer l'autonomie et les capacités d'auto-gestion du trouble
    - Établir et maintenir une relation de partenariat
    - Recadrer l'expérience de la personne en soulignant ses forces et en situant ses progrès dans un long parcours
    - Adopter une approche holistique de la personne et de sa situation.

Ensuite, les résultats des entrevues individuelles auprès des usagers ont contribué à améliorer notre compréhension des forces personnelles mobilisées dans les parcours de rétablissement des personnes présentant un TUS persistant et de ce fait, soulignent la nécessité d'intervenir en les considérant. Les intervenants travaillant dans les services spécialisés en dépendance devraient :

2. Identifier les forces mobilisées pour passer au travers des périodes plus difficiles;
3. Dresser un inventaire des connaissances possédées par la personne qui sont utiles à son processus de rétablissement ;

4. Identifier les forces et les ressources disponibles dans son réseau et sa communauté;
5. Favoriser la construction ou la reconstruction d'une identité positive en créant des opportunités d'implication dans des activités significatives (ex. d'emploi, d'éducation, de loisir, d'implication dans la communauté, etc.).

Ces différentes recommandations pourraient être implantées par un groupe de développement stratégique dans chaque région du Québec. Composé d'usagers, de membres de leur entourage, de chercheurs, d'intervenants provenant de différents services du réseau et de gestionnaires, ce groupe pourrait contribuer aux réflexions menant à l'élaboration d'une offre de service spécifique aux personnes présentant un TUS persistant. Une des premières réflexions de ce groupe pourrait porter sur l'identification des caractéristiques des personnes qui devraient avoir recours à ces services au long cours.

En supplément de ces pistes de recommandation, le processus de réalisation des différents volets de la thèse a eu des retombées sur les participants. Les gestionnaires et les intervenants des sept centres de réadaptation en dépendance impliqués dans la méthode Delphi ont amorcé une réflexion entourant les services offerts aux personnes présentant un TUS persistant. Tout au long du déroulement de la démarche, nous avons été témoins de quelques projets d'adaptation de services à différents degrés d'envergure, ce qui illustre la façon dont ce projet a pu stimuler les milieux cliniques. D'autres centres participants ont mentionné leur intention de mettre en place certaines des propositions issues de la démarche et nous ont sollicités pour poursuivre la réflexion. La centralisation des échanges qui ont eu lieu entre les 62 cliniciens et gestionnaires participants leur a permis de constater que peu importe la région d'où ils proviennent, ils vivent des difficultés similaires dans leur accompagnement des personnes présentant un TUS persistant (ex. fragmentation des épisodes de service, stigmatisation, collaboration difficile avec les services de santé mentale, etc.). Les participants ont été nombreux à manifester leur satisfaction d'avoir participé à ce processus. Plusieurs ont soulevé que la centration des discussions autour des besoins cliniques des personnes présentant un TUS persistant leur a permis de se reconnecter avec le sens de leur travail qui avait été grandement bouleversé par la pandémie. D'autres ont aussi apprécié entendre les idées qui ont été mises en place

et de se voir expliquer ce qui a contribué à leur succès ou les obstacles rencontrés. Quant aux usagers qui ont participé aux entrevues individuelles, ils ont été nombreux à mentionner que leur participation à l'étude leur a permis de prendre un temps d'arrêt pour faire un bilan de leur processus de rétablissement. Plusieurs ont commenté l'utilisation de la ligne de vie en disant que l'exercice leur avait permis de voir plus clairement certains schémas de leur fonctionnement. La centration de l'entrevue sur les forces et les aspects satisfaisants de leur vie a été également un moment pour certains de prendre conscience de l'ensemble des améliorations et des sources de satisfaction dans leur vie au moment de l'entrevue.

S'ajoute aux retombées déjà énoncées, la diffusion des résultats des différents volets de la thèse lors de plusieurs évènements scientifiques qui regroupaient aussi des participants provenant du milieu clinique : communications et affiches présentées au séminaire annuel CRI—Convergence Recherche et Intervention—, activité de transfère de connaissance de l'IUD—Institut universitaire sur lesdépendances—, atelier présenté dans le cadre de la 2e journée scientifique du centre de recherche du CISSS-CA, communication au congrès *Questions de Substance* du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, communication présentée dans le cadre du 88e congrès de l'ACFAS, etc. Ces nombreux évènements de diffusion ont été des occasions de discuter des besoins spécifiques des personnes présentant un TUS persistant, des pistes de solutions pour mieux les soutenir dans leur processus de rétablissement et de l'importance de considérer leurs forces dans l'intervention. L'intégration de l'étudiante dans le projet de recherche international Gender-ARP a permis une plus large diffusion des résultats au Québec, en France et en Belgique—les trois pays participants—lors des conférences annuelles du projet. Cette implication a aussi abouti à un stage de recherche en France sur la question du rétablissement en dépendance, qui mènera à de futures collaborations.

Pistes de recherche futures

Les prochaines recherches devront se consacrer à l'évaluation de l'implantation et des effets d'une trajectoire de service adaptée aux besoins des personnes présentant un

TUS persistant. L'élaboration de cette trajectoire devra être basée sur l'intégration des données provenant des entrevues individuelles menées auprès des utilisateurs de services spécialisés en dépendance avec les propositions d'adaptation des services issues de la démarche de consensus menée auprès des gestionnaires et des cliniciens, afin de produire une trajectoire de service inclusive et complète (de Laat et al., 2014). Considérant que le rétablissement est une notion multidimensionnelle qui dépasse largement l'abstinence (McQuaid et al., 2017), les indicateurs de succès devront tenir compte de l'ensemble de ces composantes : qualité de vie, comportements de consommation, amélioration dans les différentes sphères de vie, capacité de prendre soin de soi, etc. (Neale et al., 2016). Pour que les retombées de ces évaluations soient concrètes et utiles pour les milieux cliniques, les parties prenantes devraient être impliquées tout au long du processus évaluatif (Patton, 2003; 2008).

D'autres études sont également nécessaires pour mieux comprendre les expériences de rétablissement au long cours des femmes. Les femmes font face à des enjeux particuliers dans leurs trajectoires de consommation, d'utilisation de services et de rétablissement : les attentes sociales à leur égard accentuent la stigmatisation liée à l'usage de substance, elles sont sujettes aux pressions sociales de prendre soin des autres ou d'avoir un corps qui correspond aux normes sociales (Du Rose, 2015; Neale et al., 2014; Van Steenbergue et al., 2021; Wincup, 2016). Les quelques résultats disponibles pointent vers la nécessité d'aborder différemment les femmes pour atténuer les iniquités liées au genre et éviter de les perpétuer (Pederson et al., 2014b). Des études devraient documenter le processus de rétablissement au long cours de femmes bénéficiant de services s'appuyant sur une approche transformatrice du genre (Perderson et al., 2014b).

Cette thèse s'est arrêtée aux ressources personnelles et aux adaptations qui peuvent être faites dans les services spécialisés en dépendance, laissant de côté les ressources mises à la disposition par le réseau social pour soutenir le rétablissement des personnes présentant un TUS persistant. Considérant le rôle prépondérant que joue la dimension sociale dans le capital de rétablissement (Ashford et al., 2019; Brown, 2021; Hennessy, 2017), d'autres études doivent documenter la façon dont les personnes présentant un TUS

persistant mobilisent les ressources de leurs réseaux sociaux dans leur longue trajectoire de rétablissement. Le capital de rétablissement est une notion complexe et dynamique dont les différentes dimensions (c.-à-d. personnelle, sociale, communautaire) sont interreliées (Hennessy, 2017). D'autres études devraient se pencher sur l'impact du capital social sur les autres dimensions du capital de rétablissement dans un processus à long terme. Par exemple, quels sont les effets des différents types de soutien des membres de l'entourage (matériel, émotionnel, financier, informatif) sur la persévérance, l'introspection, la (re)construction de l'estime de soi, l'utilisation de services, etc. ? Il serait aussi utile de documenter l'expérience du processus de rétablissement d'un TUS persistant du point de vue des membres de leur entourage : comment perçoivent-ils le processus de rétablissement, comment vivent-ils les hauts et les bas, quels sont leurs besoins en termes de services, etc.?

Conclusion

La reconceptualisation du TUS comme étant un phénomène persistant pour plusieurs interpelle un changement de paradigme dans l'offre de service et dans la façon de concevoir leur trajectoire de rétablissement. L'objectif général de cette thèse était d'identifier les facteurs favorisant le rétablissement des personnes présentant un TUS persistant, dont spécifiquement ceux portant sur l'organisation des services en dépendance (durée et adaptations), mais aussi les forces personnelles qu'elles peuvent mobiliser dans leur cheminement. Les résultats issus des travaux de thèse contribuent à l'avancement des connaissances : 1) en postulant très clairement sur la nécessité d'offrir des services au long cours aux personnes présentant un TUS persistant; 2) en fournissant des pistes concrètes d'adaptation des services spécialisés en dépendance répondant aux besoins des personnes présentant un TUS persistant; 3) en mettant en lumière les forces personnelles mobilisées au travers de leur parcours de rétablissement. Ces résultats ont été obtenus en utilisant une variété de méthodes (revue systématique et méta-analyse, méthode de développement de consensus et entrevue individuelle) et en se reposant sur plusieurs sources de savoir

(littérature scientifique, savoir expérientiel des intervenants, gestionnaires et utilisateurs de services spécialisés en dépendance).

Ces travaux de thèse s'inscrivent dans le changement de paradigmes de soins en dépendance qui s'est opéré dans les dernières années, les faisant passer d'un modèle de soins à court terme à des services au long cours et d'un paradigme centré sur la maladie à une vision centrée sur le bien-être (Cleveland et al., 2021; Kaskutas et al., 2014). Explorés à la lumière de ces paradigmes, les résultats des travaux de thèse suggèrent que les services destinés aux personnes présentant un TUS persistant devraient s'appuyer sur le croisement entre un paradigme de soin au long cours ainsi qu'un paradigme centré sur les forces et le rétablissement. L'heure est maintenant au transfert de ces réflexions en trajectoire de service et en pratiques cliniques concrètes. L'élaboration d'interventions destinées aux personnes présentant un TUS persistant ne peut s'improviser. Elle requiert l'implication des personnes concernées et la considération de l'ensemble des niveaux organisationnels (micro, macro, processus) ainsi que leurs interactions (Donabedian, 1978), représentant de sérieux défis pour les organisations.

L'article 3 nous rappelle également que le rétablissement est un processus de mieux-être au long cours qui ne se limite pas aux périodes d'utilisation de service. Les personnes qui présentent un TUS persistant possèdent de nombreuses ressources qu'elles mobilisent à différents moments de leur parcours, même lors des périodes de consommation plus actives, ressources qu'elles mettent alors en pratique pour atténuer les risques de leur consommation (Poliquin et al., 2017). Pour modifier le regard porté sur les personnes présentant un TUS persistant, présentées trop souvent sous l'angle de leur vulnérabilité, il est important de s'intéresser aussi à leurs forces et capacités (Rudzinski et al., 2017).

Références

AA. (2017). This is an introduction to the A.A. Recovery program. Dans Alcoholics Anonymous World Services (dir.). New York, NY Alcoholics Anonymous World Services, Inc.

Acier, D., Nadeau, L. et Landry, M. (2008). La rémission sans traitement: État de la question pour une consommation problématique d'alcool. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, 166*(9), 727-734.

Adams, W. C. (2015). Conducting semi-structured interviews. Dans K. E. Newcomer, H. P. Hatry et J. S. Wholey (dir.), *Handbook of practical program evaluation* (4e éd., p. 492-505). John Wiley & Sons.

Ahmed, S. H. (2012). The science of making drug-addicted animals. *Neuroscience, 211*, 107-125.

Albert, V., Durand, M.-J. et Pepin, G. (2014). Triage – une technique structurée sollicitant l'opinion d'experts en vue d'atteindre un consensus un exemple d'utilisation dans une recherche visant l'adaptation d'un questionnaire autoadministré pour une clientèle en incapacité prolongée au travail. Dans M. Corbière etN. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (p. 305-326). Québec, Qc: Presse de l'université du Québec

Allen, D. (2002). Research involving vulnerable young people: A discussion of ethical and methodological concerns. *Drugs: education, prevention and policy, 9*(3), 275-283.

Allen, J., Dyas, J. et Jones, M. (2004). Building consensus in health care: A guide to using the nominal group technique. *British Journal of Community Nursing, 9*(3), 110-114.

Almqvist, A.-L. et Lassinantti, K. (2018, June 01). Social Work Practices for Young People with Complex Needs: An Integrative Review [journal article]. *Child and Adolescent Social Work Journal, 35*(3), 207-219. https://doi.org/10.1007/s10560-017-0522-4

Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling, 53*(2), 239-244.

American Society of Addiction Medicine. (2011). Public policy statement: Definition of addiction. Récupéré à https://www.asam.org/resources/definition-of-addiction

Anadón, M. (2019). Les méthodes mixtes: Implications pour la recherche «dite» qualitative. *Recherches qualitatives, 38*(1), 105-123.

ANAES. (1999). *Les conférences de consensus base méthodologique pour leur réalisation en France.* Paris, France: Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

Anglin, M. D., Hser, Y.-I. et Grella, C. E. (1997). Drug addiction and treatment careers among clients in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors, 11*(4), 308-323. https://doi.org/10.1037/0893-164X.11.4.308

Aromataris, E. et Pearson, A. (2014). The Systematic Review: An Overview. *The American Journal of Nursing, 114*(3). 53-58.

Ashford, R. D., Brown, A., Brown, T., Callis, J., Cleveland, H. H., Eisenhart, E., Groover, H., Hayes, N., Johnston, T., Kimball, T., Manteuffel, B. McDaniel, J., Montgomery, L., Phillips, S., Polacek, M., Statman, M. et Whitney, J. (2019). Defining and operationalizing the phenomena of recovery: A working definition from the recovery science research collaborative. Addiction Research & Theory, 27(3), 179-188.

Atkins, R. G., Jr. et Hawdon, J. E. (2007). Religiosity and participation in mutual-aid support groups for addiction. *J Subst Abuse Treat, 33*(3), 321-331. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.07.001

Babor, T. F., Longabaugh, R., Zweben, A., Fuller, R. K., Stout, R., Anton, R. et Randall, C. (1994). Issues in the definition and measurement of drinking outcomes in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*(12), 101-111.

Bacchus, L., Strang, J. et Watson, P. (2000). Pathways to abstinence: Two-year follow-up data on 60 abstinent former opiate addicts who had been turned away from treatment. *European Addiction Research, 6*(3), 141-147.

Baillergeau, E. et Duyvendak, J. W. (2016). Experiential knowledge as a resource for coping with uncertainty: Evidence and examples from the Netherlands. *Health, Risk & Society, 18*(7/8), 407-426.

Baker, J. (2006). How expert are the experts? An exploration of the concept of 'expert' within Delphi panel techniques. *Nurse Researcher, 14*(1), 59.

Barends, E., Rousseau, D. M. et Briner, R. B. (2014). *Evidence-based management: The basic principles*. Amsterdam: Center for evidence-based management.

Bassuk, E. L., Hanson, J., Greene, R. N., Richard, M. et Laudet, A. (2016). Peer-delivered recovery support services for addictions in the United States: A systematic review. *Journal of substance abuse treatment, 63*, 1-9.

Basterfield, C., Hester, R. et Bowden, S. C. (2019). A meta-analysis of the relationship between abstinence and neuropsychological functioning in methamphetamine use disorder. *Neuropsychology, 33*(5), 739-753.

Beauregard, D., Morin, J. et Petretta, R. (2018). *Une alliance psychoéducative*. Lanoraie (Québec) Canada: Les Éditions Première chance.

Becker, J. B., McClellan, M. et Reed, B. G. (2016). Sociocultural context for sex differences in addiction. *Addiction Biology, 21*(5), 1052-1059.

Becoña, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the vietnam veteran study. *¿Modelo de enfermedad cerebral o biopsicosocial en adicciones? Recordando el Estudio de Veteranos de Vietnam., 30*(3), 270-275.

Bélanger, S. (2017). *La mise en place et le maintien de pratiques axées sur le rétablissement: guide d'accompagnement*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-03W.pdf

Bellaert, L., Van Steenberghe, T., De Maeyer, J., Vander Laenen, F. et Vanderplasschen, W. (2022). Turning points toward drug addiction recovery: contextualizing underlying dynamics of change. *Addiction Research & Theory, 30*(4), 294-303.

Berends, L. (2011). Embracing the visual: Using timelines with in-depth interviews on substance use and treatment. *The Qualitative Report 16*(1), 1-9.

Bergman, B. G., Hoeppner, B. B., Nelson, L. M., Slaymaker, V. et Kelly, J. F. (2015). The effects of continuing care on emerging adult outcomes following residential addiction treatment. *Drug & Alcohol Dependence, 153*, 207-214.

Bertrand, K., L'espérance, N., Flores-Aranda, J. et Ngo Ngué, D. M. (2020). La méthode de la revue systématique. Illustration portant sur le traitement des troubles concomitants chez les adolescents. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives et quantitatives appliquées au domaine de la santé mentale* (2e éd., p. 181-224). Presses de L'Université du Québec.

Best, D. et Hennessy, E. A. (2022). The science of recovery capital: Where do we go from here? *Addiction, 117*(4), 1139-1145.

Best, D., Gow, J., Taylor, A., Knox, A. et White, W. (2011). Recovery from heroin or alcohol dependence: A qualitative account of the recovery experience in Glasgow. *Journal of Drug Issues, 41*(3), 359-377.

Best, D., Gow, J., Knox, T., Taylor, A., Groshkova, T. et White, W. (2012). Mapping the recovery stories of drinkers and drug users in Glasgow: Quality of life and its associations with measures of recovery capital. *Drug and Alcohol Review, 31*(3), 334-341.

Best, D., McKitterick, T., Beswick, T. et Savic, M. (2015). Recovery capital and social networks among people in treatment and among those in recovery in York, England. *Alcoholism Treatment Quarterly, 33*(3), 270-282.

Best, D., Vanderplasschen, W., Van de Mheen, D., De Maeyer, J., Colman, C., Vander Laenen, F., Irving, J., Andersson, C., Edwards, M., Bellaert, L., Martinelli, T., Graham, S., Hamer, R. et Nagelhout, G. E. (2018). REC-PATH (Recovery Pathways): Overview of a Four-Country Study of Pathways to Recovery from Problematic Drug Use. *Alcoholism Treatment Quarterly, 36*(4), 517-529.

Best, D., Vanderplasschen, W. et Nisic, M. (2020). Measuring capital in active addiction and recovery: the development of the strengths and barriers recovery scale (SABRS). *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 15*(1), 40. https://doi.org/10.1186/s13011-020-00281-7

Bjornestad, J., McKay, J. R., Berg, H., Moltu, C. et Nesvåg, S. (2020). How often are outcomes other than change in substance use measured ? A systematic review of outcome measures in contemporary randomised controlled trials. *Drug & Alcohol Review, 39*(4), 394-414.

Black, N. (2006). Consensus development methods. Dans Catherine Pope etN. Mays (dir.), *Qualitative research in health care* (3e éd., p. 132-141). Blackwell Publishing.

Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J. et Marteau, T. (1999). Consensus development methods: A review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy, 4*(4), 236-248.

Bliuc, A.-M., Best, D., Iqbal, M. et Upton, K. (2017). Building addiction recovery capital through online participation in a recovery community. *Social Science & Medicine, 193*, 110-117. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.050

Bloor, M., Sampson, H., Baker, S. et Dahlgren, K. (2015). Useful but no oracle: Reflections on the use of a Delphi group in a multi-methods policy research study. *Qualitative Research, 15*(1), 57-70.

Bodenheimer, T., Wagner, E. H. et Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA, 288*(15), 1909-1914.

Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T. et Rothstein, H. (2009). *Introduction to meta-analysis*. John Wiley & Sons Ltd. Publication.

Borg, M., Sells, D., Topor, A., Mezzina, R., Marin, I. et Davidson, L. (2005). What Makes a House a Home: The Role of Material Resources in Recovery from Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 8*(3), 243-256. https://doi.org/10.1080/15487760500339394

Borkman, T. (1976). Experiential knowledge: A new concept for the analysis of self-help groups. *Social Service Review, 50*(3), 445-456.

Bourdieu, P. (1980). Le capital social: notes provisoires. *Actes de la recherche en sciences sociales, 31*(1), 2-3.

Bourdieu, P. (1994). Stratégies de reproduction et modes de domination. *Actes de la recherche en sciences sociales, 105*(1), 3-12.

Bradshaw, C., Atkinson, S. et Doody, O. (2017). Employing a qualitative description approach in health care research. *Global qualitative nursing research, 4*, 1-8.

Brecht, M.-L. et Herbeck, D. (2014). Time to relapse following treatment for methamphetamine use: A long-term perspective on patterns and predictors. *Drug and alcohol dependence, 139*, 18-25.

Brevers, D., Bechara, A., Kilts, C., Antoniali, V., Bruylant, A., Verbanck, P., Kornreich, C. et Noël, X. (2018). Competing motivations: Proactive response inhibition toward addiction-related stimuli in quitting-motivated individuals. *Journal of gambling studies, 34*(3), 785-806.

Brochu, S., Patenaude, C., Landry, M. et Bertrand, K. (2014). Rescension des écrits et problématique : La toxicmonie, une problématique alambiquée ; un traitement complexe. Dans S. Brochu, M. Landry, K. Bertrand, N. Brunelle et C. Patenaude (dir.), *À la croisée des chemins : Trajectoires addictives et trajectoires de services. La perspective des personnes toxicomanes* (p. 9-40). Québec, Qc: Les Presses de l'Université Laval.

Brown-McNeill, A. (2021). Taking the Measure of Addiction Recovery: A Brief History of Recovery Capital. *Lerner Center For Public health Promotion,* (54), 1-5.

Brown, C. et Stewart, S. H. (2021). Harm Reduction for Women in Treatment for Alcohol Use Problems: Exploring the Impact of Dominant Addiction Discourse. Qualitative Health Research, 31(1), 54-69. https://doi.org/10.1177/1049732320954396

Brown, S., Tracy, E. M., Jun, M., Park, H. et Min, M. O. (2015). Personal network recovery enablers and relapse risks for women with substance dependence. *Qualitative Health Research, 25*(3), 371-385.

Brun, P. (2017). Le croisement des savoirs dans les recherches participatives. Questions épistémologiques. *Vie sociale,* (4), 45-52.

Burgess, P. W., Alderman, N., Forbes, C., Costello, A., Laure, M. C., Dawson, D. R., Anderson, N.D., Gilbert, S.J., Dumontheil, I. et Channon, S. (2006). The case for the development and use of “ecologically valid” measures of executive function in experimental and clinical neuropsychology. *Journal of the international neuropsychological society, 12*(2), 194-209.

Burnette, J. L., Forsyth, R. B., Desmarais, S. L. et Hoyt, C. L. (2019). Mindsets of addiction: Implications for treatment intentions. *Journal of Social and Clinical Psychology, 38*(5), 367-394.

Burns, J. et Marks, D. (2013). Can recovery capital predict addiction problem severity? *Alcoholism Treatment Quarterly, 31*(3), 303-320.

Bussières, D. (2014). Introduction : quelques éléments de contextualisation. Dans F. Jean-Marc, K. Juan-Luis et B. Denis (dir.), *Le défi de l'innovation sociale partagée : Savoirs croisés* (p. 1-13). Presses de l'Université du Québec. http://ebookcentral.proquest.com/lib/usherbrookemgh-ebooks/detail.action?docID=4624837

Campanella, S., Schroder, E., Kajosch, H., Hanak, C., Veeser, J., Amiot, M., Besse-Hammer, T., Hayef, N. et Kornreich, C. (2020). Neurophysiological markers of cue reactivity and inhibition subtend a three-month period of complete alcohol abstinence. *Clinical Neurophysiology, 131*(2), 555-565.

Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A. et Marshall, M. N. (2003). Improving the quality of health care: Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ: British Medical Journal, 326*(7393), 816-819.

Campbell, S. M. et Cantrill, J. A. (2001). Consensus methods in prescribing research. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 26*(1), 5-14.

Cano, I., Best, D., Edwards, M. et Lehman, J. (2017). Recovery capital pathways: Modelling the components of recovery wellbeing. *Drug and alcohol dependence, 181*, 11-19.

Card, N. A. (2011). *Applied Meta-Analysis for Social Science Research*. Guilford Publications.

Careau, E. et Vallée, C. (2014). Recommandation pour la réadaptation Dans G. Tétreault Sylvie, P., Izard Marie-Hélène, Morel-Bracq, M.-C. (dir.), *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p. 489-507). De Boeck.

Carré, P. et Degallaix, C. (2001). *Accompagner des formations ouvertes : Conférence de consensus* Paris, France: L'Harmattan.

Carreno, D., F. et Pérez-Escobar, J. A. (2019). Addiction in existential positive psychology (epp, pp20): From a critique of the brain disease model towards a meaning-centered approach. *Counselling Psychology Quarterly*.

Carter, A., Capps, B. et Hall, W. (2009). *Addiction neurobiology: Ethical and social implications*. Luxembourg, Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Carter, C. S. (2002). Perinatal Care for Women Who Are Addicted: Implications for Empowerment. *Health & Social Work, 27*(3), 166-174. https://doi.org/10.1093/hsw/27.3.166

Case Management Society of America. (2017). *What is a case manager?* http: //www.cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager

Castillo, T. C. et Resurreccion, R. (2019). The recovery experience: Stress, recovery capital, and personal views on addiction and recovery in posttreatment addiction recovery. *Philippine Journal of Psychology, 52*(1), 103-126.

Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Iwakabe, S., Krause, M., Page, A. C., Zilcha-Mano, S., Lutz, W. et Barkham, M. (2021). Epilogue : Prevalent Themes, predictions, and recommendations Dans M. Barkham, W. Lutz et L. G. Castonguay (dir.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (7e éd., p. 793-802). Wiley.

CCSA. (2017). *Moving Toward a RecoveryOriented System of Care: A Resource for Service Providers and Decision Makers*. https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Recovery-Oriented-System-of-Care-Resource-2017-en.pdf

CEWH. (2020). Sex, Gender and Alcohol. https://cewh.ca/wp-content/uploads/2022/01/CEWH-02-IGH-Handout_Alcohol.pdf

Chagnon, F., Daigle, M., Gervais, M.-J., Houle, J. et Béguet, V. (2008). L'utilisation de l'évaluation fondée sur la théorie du programme comme stratégie d'application des connaissances issues de la recherche. *The Canadian Journal of Program Evaluation, 23*(1), 3.

Chauvet, M., Kamgang, E., Ngui, N. A., Fleury, M.-J. et Simoneau, H. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques.* . Montréal, Qc: Centre de réadaptation en dépendance de Montréal, institut universitaire.

Chu, W. C. et Tsui, M.-S. (2008). The nature of practice wisdom in social work revisited. *International Social Work, 51*(1), 47-54.

Clark, C. et Rich, A. R. (2003). Outcomes of homeless adults with mental illness in a housing program and in case management only. *Psychiatric Services, 54*(1), 78-83.

Cleveland, H. H., Brick, T. R., Knapp, K. S. et Croff, J. M. (2021). Recovery and recovery capital: aligning measurement with theory and practice. Dans J.M. Croff et J. Beaman (dir.), *Family Resilience and Recovery from Opioids and Other Addictions* (p. 109-128). Springer.

Cloud, W. et Granfield, R. (1994). Natural recovery from addiction treatment implications. Addictions Nursing, 6(4), 112-116.

Cloud, W. et Granfield, R. (2008). Conceptualizing recovery capital: Expansion of a theoretical construct. *Substance Use & Misuse, 43*(12-13), 1971-1986.

Cohen, P. et Cohen, J. (1984). The clinician's illusion. *Archives of general psychiatry, 41*(12), 1178-1182.

Coleman, J. S. (1990). *Foundations of social theory*. Belknap Press of Harvard University Press.

Colombet, I. (2015). Revue systématique et méta-analyse en médecine palliative. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique, 14*(4), 240-253. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.medpal.2015.04.001

Colorafi, K. J. et Evans, B. (2016). Qualitative descriptive methods in health science research. *HERD: Health Environments Research & Design Journal, 9*(4), 16-25.

Commission de la santé mentale du Canada. (2021). *Pratiques axées sur le rétablissement Trousse de mise en œuvre*. https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/09/Pratiques-axees-sur-le-retablissement-Trousse-de-mise-en-oeuvre.pdf

Concannon, T. W., Fuster, M., Saunders, T., Patel, K., Wong, J. B., Leslie, L. K. et Lau, J. (2014). A systematic review of stakeholder engagement in comparative effectiveness and patient-centered outcomes research. *Journal of general internal medicine, 29*(12), 1692-1701.

Condelli, W. S. et Hubbard, R. L. (1994). Relationship between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities. *Journal of Substance Abuse Treatment, 11*(1), 25-33.

Cornwall, A. (2016). Women's empowerment: What works? *Journal of International Development, 28*(3), 342-359.

Corrigan, P., Schomerus, G. et Smelson, D. (2017). Are some of the stigmas of addictions culturally sanctioned? *The British Journal of Psychiatry, 210*(3), 180-181.

Costello, M. J., Sousa, S., Ropp, C. et Rush, B. (2018). How to Measure Addiction Recovery? Incorporating Perspectives of Individuals with Lived Experience. *International Journal of Mental Health and Addiction, 18*(3), 599-612. https://doi.org/10.1007/s11469-018-9956-y

Covington, S. (2002). Helping women recover: Creating gender-responsive treatment. Dans S.L.A. Straussner et S. Brown (dir.), *The handbook of addiction treatment for women: Theory and practice* (p. 52-72). Jossey-Bass.

Cross, H. (2005). Consensus methods: A bridge between clinical reasoning and clinical research? *International journal of leprosy and other mycobacterial diseases : official organ of the International Leprosy Association, 73*(1), 28-32.

Cummings, E. M., Davies, P. T. et Campbell, S. B. (2000). *Developmental psychopathology and family process: Theory, research, and clinical implications*. New York, NY: Guilford Press.

Cunningham, J. A. et McCambridge, J. (2012). Is alcohol dependence best viewed as a chronic relapsing disorder? *Addiction, 107*(1), 6-12.

d'Arripe, A. et Routier, C. (2013). Au-delà de l'opposition entre savoir profane et savoir expert: Une triangulation des méthodes. *Recherche Qualitative, Hors-série (15)*, 221-233.

Davidson, L., Ridgway, P., Kidd, S., Topor, A. et Borg, M. (2008). Using qualitative research to inform mental health policy. *The Canadian Journal of Psychiatry, 53*(3), 137-144.

Dawson, D. A. (1996). Correlates of past-year status among treated and untreated persons with former alcohol dependence: United States, 1992. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 20*(4), 771-779.

Dawson, D. A., Goldstein, R. B. et Grant, B. F. (2007). Rates and correlates of relapse among individuals in remission from dsm-iv alcohol dependence: A 3-year follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31*(12), 2036-2045.

Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B. et Ruan, W. J. (2005). Recovery from dsm-iv alcohol dependence: United states, 2001–2002. *Addiction, 100*(3), 281-292.

Dekkers, A., De Ruysscher, C. et Vanderplasschen, W. (2020). Perspectives of cocaine users on addiction recovery: A qualitative study following a CRA+ vouchers programme. *Drugs: education, prevention and policy, 27*(4), 282-296.

Dekkers, A., Bellaert, L., Meulewaeter, F., De Ruysscher, C. et Vanderplasschen, W. (2021). Exploring essential components of addiction recovery: a qualitative study across assisted and unassisted recovery pathways. *Drugs: education, prevention and policy, 28*(5), 486-495.

de Laat, M., Boyer, S., Hudon, C., Goulet, É. et Loignon, C. (2014). Le croisement des savoirs et des pratiques avec des personnes en situation de pauvreté. Une condition nécessaire pour une société du savoir inclusive. *Globe, 17*(2), 69-91. https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1036238ar

Delbecq, A. L., Van de Ven, A. H. et Gustafson, D. H. (1975). *Group techniques for program planning: A guide to nominal group and Delphi processes*. Illinois, USA: Scott Foresman.

Deleuze, M. J., Heeren, A., Billieux, P. J., de Timary, P. P., Philippot, P. P. et Maurage, P. P. (2013). Implication des biais d'attention sélective dans l'alcoolo-dépendance. *Alcoologie et addictologie, 35*(2), 127-135.

Dempsey, J. P., Harris, K. S., Shumway, S. T., Kimball, T. G., Herrera, J. C., Dsauza, C. M. et Bradshaw, S. D. (2015). Functional near infrared spectroscopy as a potential biological assessment of addiction recovery: Preliminary findings. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse, 41*(2), 119-126.

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.

Dennis, M. L., Scott, C. K., Funk, R. et Foss, M. A. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of substance abuse treatment, 28*(2), S51-S62.

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.

Devaney, L. et Henchion, M. (2018). Who is a Delphi 'expert'? Reflections on a bioeconomy expert selection procedure from Ireland. *Futures, 99*, 45-55.

De Vet, E., Brug, J., De Nooijer, J., Dijkstra, A. et De Vries, N. K. (2004). Determinants of forward stage transitions: a Delphi study. *Health Education Research, 20*(2), 195-205. https://doi.org/10.1093/her/cyg111

Di Chiara, G. (2002). Nucleus accumbens shell and core dopamine: Differential role in behavior and addiction. *Behavioural Brain Research, 137*(1), 75-114.

Dictionary of Health Education. (2010). Oxford, UK: Oxford University Press.

Djouini, A. et Kamgang, E. (2017). Rapport d'évaluation des technologies et modes d'intervention (ETMI) sur l'évolution des troubles liés à l'utilisation des substances et les modèles d'intervention. https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/sites/ciussscsmtl/files/media/document/IUD_2017_Mars_Rapport_Final_ETMI.pdf

Dogherty, E. J., Harrison, M. B. et Graham, I. D. (2010). Facilitation as a role and process in achieving evidence-based practice in nursing: A focused review of concept and meaning. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 7*(2), 76-89.

Domínguez-Salas, S., Díaz-Batanero, C., Lozano-Rojas, O. M. et Verdejo-García, A. (2016). Impact of general cognition and executive function deficits on addiction treatment outcomes: Systematic review and discussion of neurocognitive pathways. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 71*, 772-801.

Donabedian, A. (1978). The quality of medical care. *Science, 200*(4344), 856-864.

Donovan, D. et Witkiewitz, K. (2012). Relapse prevention: From radical idea to common practice. *Addiction research & theory, 20*(3), 204-217.

Douaihy, A. et Driscoll, H. P. (2018). *Humanizing addiction practice*. Pittsburgh, PA : Springer.

Douville, L. et Bergeron, G. (2018). Regard sur le concept d'adaptation. Dans L. Douville etG. Bergeron (dir.), *L'évaluation psychoéducative : L'analyse du potentiel adaptatif de la personne* (Deuxième édition, p. 17-20). Québec, Qc: Presses de l'Université Laval.

Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques psychologiques, 10*(1), 79-86.

Duffy, P. et Baldwin, H. (2013). Recovery post treatment: plans, barriers and motivators. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, *8*, p.1-12. https://doi.org/10.1186/1747-597X-8-6

Du Rose, N. (2015). The governance of female drug users: Women's experiences of drug policy. Bristol, UK : Policy Press.

Duval, S. et Tweedie, R. (2000). Trim and fill: a simple funnel-plot–based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics, 56*(2), 455-463.

Dybicz, P. (2004). An inquiry into practice wisdom. *Families in Society, 85*(2), 197-203.

Eastwood, B., Peacock, A., Millar, T., Jones, A., Knight, J., Horgan, P., Lowden, T., Willey, P. et Marsden, J. (2018). Effectiveness of inpatient withdrawal and residential rehabilitation interventions for alcohol use disorder: A national observational, cohort study in England. Journal of Substance Abuse Treatment, 88, 1-8.

Elliott, D. E., Bjelajac, P., Fallot, R. D., Markoff, L. S. et Reed, B. G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology, 33*(4), 461-477.

EMCDDA. (2006). A gender perspective on drug use and responding to drug problems. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/426/sel2006_2-en_69712.pdf

EMCDDA. (2013). Models of addiction. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

EMCDDA. (2014). Residential treatment for drug use in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

EnglandKennedy, E. S. et Horton, S. (2011). “Everything that I thought that they would be, they weren’t:” Family systems as support and impediment to recovery. *Social Science & Medicine, 73*(8), 1222-1229.

Ersche, K. D., Clark, L., London, M., Robbins, T. W. et Sahakian, B. J. (2006). Profile of executive and memory function associated with amphetamine and opiate dependence. *Neuropsychopharmacology, 31*(5), 1036-1047.

Evans, E. A., Grella, C. E., Washington, D. L. et Upchurch, D. M. (2017, 2017/05/01/). Gender and race/ethnic differences in the persistence of alcohol, drug, and poly-substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 174*, 128-136. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01.021

Fein, G. et Landman, B. (2005). Treated and treatment-naive alcoholics come from different populations. *Alcohol, 35*(1), 19-26.

Field, M. et Kersbergen, I. (2020). Are animal models of addiction useful? *Addiction, 115*(1), 6-12.

Finney, J. et Moos, R. (1992). The long-term course of treated alcoholism: II. Predictors and correlates of 10-year functioning and mortality. *Journal of studies on alcohol, 53*(2), 142-153.

Finney, J. W. et Moyer, A. (2010). Meta-Analysis: Summarising Findings on Addiction Intervention Effects. Dans P. G. Miller, J. Strang et P.M. Miller (dir.), *Addiction research methods* (p. 319-336). Blackwell Publishing.

Fleischmann, M. et Vaughan, B. (2019). Commentary: Statistical significance and clinical significance - A call to consider patient reported outcome measures, effect size, confidence interval and minimal clinically important difference (MCID). *Journal of Bodywork and Movement Therapies, 23*(4), 690-694. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2019.02.009

Fleury, M.-J., Djouini, A., Huỳnh, C., Tremblay, J., Ferland, F., Ménard, J.-M. et Belleville, G. (2016). Remission from substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence, 168*, 293-306.

Flora, L., Lebel, P., Dumez, V., Bell, C., Lamoureux, J. et Saint-Laurent, D. (2015). L'expérimentation du Programme partenaires de soins en psychiatrie : le modèle de Montréal. *Santé mentale au Québec, 40*(1), 101-117. https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1032385ar

Flores-Aranda, J., Goyette, M. et Larose-Osterrath, C. (2019). Online Intervention as Strategy to Reach Men Who Have Sex With Other Men and Who Use Substances in a Sexual Context. Development of the MONBUZZ.ca Project. *Front Psychiatry, 10*, 1-14. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00183

Foley, M., Reidy, M. et Wells, J. S. (2021). Recovery capital: stakeholder's experiences and expectations for enabling sustainable recovery from substance use in the South East Region of Ireland. *Journal of Substance Use*, 1-6.

Fortin, F., Lévesque, J. et Vitaro, F. (2007). La méta-analyse au service de la prévention et de l'intervention : concepts, applications et enjeux. *Revue de psychoéducation, 36*(1), 167-193.

Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal,Qc: Chenelière-Éducation.

Frazer, K. M., Richards, Q. et Keith, D. R. (2018). The long-term effects of cocaine use on cognitive functioning: A systematic critical review. *Behavioural Brain Research, 348*, 241-262.

Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Montréal: Éditions Sciences et culture.

George, W. H., Gilmore, A. K. et Stappenbeck, C. A. (2012). Balanced placebo design: Revolutionary impact on addictions research and theory. *Addiction Research & Theory, 20*(3), 186-203.

Gideonse, T. K. (2015). Pride, shame, and the trouble with trying to be normal. *Ethos, 43*(4), 332-352.

Gilbert, W. C. (2022). Voices from the rooms and programs: recovery capital speaks. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 22*(1), 53-67.

Godrie, B. (2016). Vivre n'est pas (toujours) savoir. Richesse et complexité des savoirs expérientiels. *Le Partenaire, 24*(3), 35-38.

Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. et Rolfe, A. (1999). Treatment retention and 1 year outcomes for residential programmes in England. *Drug and Alcohol Dependence, 57*(2), 89-98. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00086-1

Gouvernement du Québec. (2018). *Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf

Gouvernement du Québec. (2019). *Répertoire des ressources en dépendances*. http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/dependances/index.php

Goyer, M.-E., Hudon, K. et Flores-Aranda, J. (2018). *Guide québécois d'amélioration des pratiques sur la prise en charge du trouble lié à l'utilisation des opioïdes (TUO)* http://dependanceitinerance.ca/wp-content/uploads/2020/04/GuideTUO-FR-2020.pdf

Goyette, M. et Flores-Aranda, J. (2015). Consommation de substances psychoactives et sexualité chez les jeunes: une vision globale de la sphère sexuelle. *Drogues, santé et société, 14*(1), 171-195.

Goyette, M., Flores-Aranda, J., Bertrand, K., Pronovost, F., Aubut, V., Ortiz, R. et Saint-Jacques, M. (2018). Links SU-Sex: development of a screening tool for health-risk sexual behaviours related to substance use among men who have sex with men. *Sexual Health, 15*(2), 160-166. https://doi.org/https://doi.org/10.1071/SH17134

Grahn, R., Chassler, D. et Lundgren, L., (2014.) Repeated addiction treatment use in Sweden: a national register database study. *Subst. Use Misuse, 49* (13), 1764–1773.

Granfield, R. et Cloud, W. (1999). *Coming clean: Overcoming addiction without treatment*. New York University Press.

Granfield, R. et Cloud, W. (2001). Social context and "natural recovery": The role of social capital in the resolution of drug-associated problems. *Substance use & misuse, 36*(11), 1543-1570.

Gray Hardcastle, V. et Hardcastle, C. (2017). Addiction, chronic illness, and responsibility. *Ideas y Valores, 66*, 97-118.

Gray, J. et Dagg, J. (2018). Using reflexive lifelines in biographical interviews to aid the collection, visualisation and analysis of resilience. *Journal of the Academy of Social Sciences 14*(3-4), 407-422.

Greaves, L. (2020). Missing in Action: Sex and Gender in Substance Use Research. *International journal of environmental research and public health, 17*(7), 1-7. https://doi.org/10.3390/ijerph17072352

Grella, C. E., Hser, Y.-I. et Hsieh, S.-C. (2003). Predictors of drug treatment re-entry following relapse to cocaine use in DATOS. *Journal of Substance Abuse Treatment, 25*(3), 145-154. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00128-4

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 & Alcohol Dependence, 110*(1/2), 92-100.

Groh, D. R., Jason, L. A., Davis, M. I., Olson, B. D. et Ferrari, J. R. (2007). Friends, family, and alcohol abuse: an examination of general and alcohol-specific social support. *Am J Addict, 16*(1), 49-55. https://doi.org/10.1080/10550490601080084

Gueta, K. et Addad, M. (2015). A house of cards: The long-term recovery experience of former drug-dependent Israeli women. *Women's Studies International Forum, 48*, 18-28.

Gueta, K., Chen, G. et Ronel, N. (2021). Maintenance of long-term recovery from substance use: A mixed methods study of self-and treatment-changers. *Drugs: education, prevention and policy, 28*(5), 511-522.

Hahn, E. J. et Rayens, M. K. (1999). Consensus for tobacco policy among former state legislators using the policy Delphi method. *Tobacco Control, 8*(2), 137-140. https://doi.org/10.1136/tc.8.2.137

Halcomb, E., Davidson, P. et Hardaker, L. (2008). Using the Consensus Development Conference Method in healthcare research. *Nurse Researcher, 16*(1), 56-71.

Hall, W., Carter, A. et Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: Is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *The Lancet Psychiatry, 2*(1), 105-110.

Hanekom, S., Van Aswegen, H., Plani, N. et Patman, S. (2015). Developing minimum clinical standards for physiotherapy in south african intensive care units: The nominal group technique in action. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 21*(1), 118-127.

Hartje, J. (2009). Disease concept. Dans N. A. Roget etG. L. Fisher (dir.), *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment, and Recovery*. Los Angeles, CA: SAGE Publications, Inc.

Harvey, N. et Holmes, C. A. (2012). Nominal group technique: An effective method for obtaining group consensus. *International journal of nursing practice, 18*(2), 188-194.

Hasson, F., Keeney, S. et McKenna, H. (2000). Research guidelines for the delphi survey technique. *Journal of advanced nursing, 32*(4), 1008-1015.

Heather, N., Best, D., Kawalek, A., Field, M., Lewis, M., Rotgers, F., Wiers, R. W. et Heim, D. (2018). Challenging the brain disease model of addiction: European launch of the addiction theory network. *Addiction Research & Theory, 26*(4), 249-255.

Hennessy, E. A. (2017). Recovery capital: a systematic review of the literature. *Addiction Research & Theory, 25*(5), 349-360.

Hernán, M. A., Hernández-Díaz, S. et Robins, J. M. (2004). A structural approach to selection bias. *Epidemiology*, 615-625.

Heyman, G. M. (2009). Once an addict, always an addict ? (*Addiction : A disorder of choice* (p. 65-88). Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Heyman, G. M. (2017). Do addicts have free will? An empirical approach to a vexing question. *Addictive behaviors reports, 5*, 85-93.

Hinton, L. et Ryan, S. (2020). Interviews. Dans C. Pope et N. Mays (dir.), *Qualitative research in health care* (4e éd., p. 43-55). Wiley-Blackwell.

Holstein, J. A. et Gubrium, J. F. (2003). Active interviewing. Dans J. F. Gubrium, J. A. Holstein, J. F. Gubrium et J. A. Holstein (dir.), *Postmodern interviewing* (p. 67-80). Sage Publications.

Hser, Y.-I. et Anglin, D. (2011). Addiction Treatment and Recovery Careers. Dans J. F. Kelly et W. L. White (dir.), *Addiction Recovery Management Theory, Research and Practice* (p. 9-30). Humana Press

Hser, Y.-I., Longshore, D. et Anglin, M. D. (2007). The Life Course Perspective on Drug Use:A Conceptual Framework for Understanding Drug Use Trajectories. *Evaluation Review, 31*(6), 515-547. https://doi.org/10.1177/0193841x07307316

Humphreys, K. et McLellan, A. T. (2010). Brief intervention, treatment, and recovery support services for americans who have substance use disorders: An overview of policy in the obama administration. *Psychological Services, 7*(4), 275.

Hutchings, A., Raine, R., Sanderson, C. et Black, N. (2006). A comparison of formal consensus methods used for developing clinical guidelines. *Journal of health services research & policy, 11*(4), 218-224.

Huỳnh, C., Ngui, A. N., Kairouz, S., Lesage, A. et Fleury, M.-J. (2016). Factors associated with high use of general practitioner and psychiatrist services among patients attending an addiction rehabilitation center. *BMC Psychiatry, 16*, 1-13. https://doi.org/10.1186/s12888-016-0974-7

IMPART. (2014). *Bringing Gender into Substance Use & Addiction*. https://cewh.ca/wp-content/uploads/2019/10/infosheet-Gender-Facts03.pdf

International Consortium for Health Outcomes Measures (2020). ICHOM Standard Set for Addiction. Boston, MA :ICHOM.

Irish, A., Bowen, E. A., Hawthorne, A. N. et Palombi, L. (2020). “Me, the street, and a backpack”: employment, income, and physical capital in rural recovery. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 20*(3), 194-207.

James, D. et Warren-Forward, H. (2015). Research methods for formal consensus development. *Nurse researcher, 22*(3).

Jauffret-Roustide, M. (2009). Un regard sociologique sur les drogues: décrire la complexité des usages et rendre compte des contextes sociaux. *La revue lacanienne,* (3), 109-118.

Jauffret-Roustide, M. (2017). Les sciences sociales au service de la santé publique: comprendre les addictions. *Questions de santé publique, 31*, 1-8.

Jellinek, E. M. (1960). Formulations of the disease nature of alcoholism (*The disease concept of alcoholism.* (p. 33-155). New Haven, CT, US: Hillhouse Press.

Johnson, B. T. et Hennessy, E. A. (2019). Systematic reviews and meta-analyses in the health sciences: Best practice methods for research syntheses. *Social Science & Medicine, 233*, 237-251.

Johnson, R. B. et Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational researcher, 33*(7), 14-26.

Jorm, A. F. (2015). Using the Delphi expert consensus method in mental health research. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 49*(10), 887-897.

Jouet, E. (2009). Le savoir expérientiel dans le champ de la santé mentale: le projet Emilia. *Recherches en communication, 32*, 35-52.

Julien-Gauthier, F., Héroux, J., Ruel, J. et Moreau, A. (2013). L'utilisation de « groupes de discussion » dans la recherche en déficience intellectuelle. *Revue francophone de la déficience intellectuelle, 24*, 75-95.

Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M. et Fiset-Laniel, J. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois*. Québec, Qc: Institut de la statistique du Québec.

Kalant, H. (2010). What neurobiology cannot tell us about addiction. *Addiction, 105*(5), 780-789.

Kaskutas, L. A., Borkman, T. J., Laudet, A., Ritter, L. A., Witbrodt, J., Subbaraman, M. S., Stunz, A. et Bond, J. (2014). Elements that define recovery: the experiential perspective. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 75*(6), 999-1010.

Kauer, J. A. et Malenka, R. C. (2007). Synaptic plasticity and addiction. *Nature Reviews Neuroscience, 8*(11), 844-858.

Keane, M. (2011). The role of education in developing recovery capital in recovery from substance addiction. http://www.drugs.ie/resourcesfiles/reports/The_role_of_education_in_developing_recovery_capital_in_recovery_from_substance_addiction.pdf

Keeney, S., Hasson, F. et McKenna, H. (2006). Consulting the oracle: Ten lessons from using the delphi technique in nursing research. *Journal of advanced nursing, 53*(2), 205-212.

Keeney, S., Hasson, F. et McKenna, H. P. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International journal of nursing studies, 38*(2), 195-200.

Keeney, S., Hasson, F. et McKenna, H. P. (2011). *The delphi technique in nursing and health research*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

Kelly, J. F., Stout, R. L., Greene, M. C. et Slaymaker, V. (2014). Young Adults, Social Networks, and Addiction Recovery: Post Treatment Changes in Social Ties and Their Role as a Mediator of 12-Step Participation. *PLoS ONE, 9*(6), 1-7. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0100121

Kelly, J., Bergman, B., Hoeppner, B., Vilsaint, C. et White, W. (2017a). Prevalence and pathways of recovery from drug and alcohol problems in the United States population: Implications for practice, research, and policy. *Drug and Alcohol Dependence, 181*, 162.

Kelly, J. F., Bergman, B., Hoeppner, B. B., Vilsaint, C. et White, W. L. (2017b). Prevalence and pathways of recovery from drug and alcohol problems in the united states population: Implications for practice, research, and policy. *Drug and alcohol dependence, 181*, 162-169.

Kelly, J. F., Greene, M. C. et Bergman, B. G. (2018). Beyond abstinence: Changes in indices of quality of life with time in recovery in a nationally representative sample of us adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 42*(4), 770-780.

Kelly, J. F., Humphreys, K. et Ferri, M. (2020). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). https://doi.org/10.1002/14651858.CD012880.pub2

Kennedy, M. C., Boyd, J., Mayer, S., Collins, A., Kerr, T. et McNeil, R. (2019). Peer worker involvement in low-threshold supervised consumption facilities in the context of an overdose epidemic in Vancouver, Canada. *Soc Sci Med, 225*, 60-68. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.014

Kezar, A. et Maxey, D. (2016). The Delphi technique: An untapped approach of participatory research. *International Journal of Social Research Methodology, 19*(2), 143-160.

Kim, H., Sefcik, J. S. et Bradway, C. (2017). Characteristics of qualitative descriptive studies: A systematic review. *Research in nursing & health, 40*(1), 23-42.

Kincaid, H. et Sullivan, J. (2010). Medical models of addiction. Dans D. Ross, H. Kincaid, D. Spurrett etP. Collins (dir.), *What is addiction?* Cambridge, England: MIT Press.

Klein, G., Shneiderman, B., Hoffman, R. R. et Ford, K. M. (2017). Why expertise matters: A response to the challenges. *IEEE Intelligent Systems, 32*(6), 67-73.

Kline, R. B. (2009). Becoming a behavioral science researcher: A guide to producing research that matters. Guilford Press.

Kohn, L. et Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique, 53*(4), 67-82. https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067

Koob, G. (2013). Addiction is a reward deficit and stress surfeit disorder. *Frontiers in Psychiatry, 4*(72).

Koob, G. F. et Le Moal, M. (2006). Neurobiological theories of addiction. Dans G. F. Koob etM. L. Moal (dir.), *Neurobiology of addiction* (p. 377-428). London, UK: Elsevier.

Kougiali, Z. G., Fasulo, A., Needs, A. et Van Laar, D. (2017). Planting the seeds of change: Directionality in the narrative construction of recovery from addiction. *Psychology & Health, 32*(6), 639-664.

Kraemer, H. C., Morgan, G. A., Leech, N. L., Gliner, J. A., Vaske, J. J. et Harmon, R. J. (2003). Measures of clinical significance. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(12), 1524-1529.

Laenen, F. V. (2009). ‘I don't trust you, you are going to tell’, adolescents with emotional and behavioural disorders participating in qualitative research. *Child: Care, Health and Development, 35*(3), 323-329.

Landry, M. et Brochu, S. (2012). Le concept d'addiction : l'ASAM et la tradition biopsychosociale du Québec. *RISQ-INFO, 20*(1), 1-3.

Lash, S. J., Stephens, R. S., Burden, J. L., Grambow, S. C., DeMarce, J. M., Jones, M. E., Lozano, B. E., Jeffreys, A. S., Fearer, S. A. et Horner, R. D. (2007). Contracting, prompting, and reinforcing substance use disorder continuing care: A randomized clinical trial. Psychology of addictive behaviors, (3), 387-397.

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.

Laudet, A. B. et White, W. L. (2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction, and stress among former poly-substance users. *Substance Use & Misuse, 43*(1), 27-54.

Laudet, A. B. et White, W. (2010). What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38*(1), 51-59.

Laventure, M., Bertrand, K., Boisvert, K. et Auger, P. (2016). Parents dépendants à l'alcool et aux drogues : Caractéristiques associées à l'abandon d'un programme d'entrainement aux habiletés parentales. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social, 33*(2), 273-289.

Laventure, M., Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Genois, R., Garceau, P. et Turcotte, S. (2018). Programme familial d'entrainement aux habiletés pour les parents ayant une dépendance à l'alcool ou aux drogues et leurs enfants âgés de 6 à 12 ans : Caractéristiques des familles rejointes par le programme. *Revue de psychoéducation, 47*(2), 313-332.

Lawrence, R. E., Rasinski, K. A., Yoon, J. D. et Curlin, F. A. (2013). Physicians' beliefs about the nature of addiction: A survey of primary care physicians and psychiatrists. *The American Journal on Addictions, 22*(3), 255-260.

Le Blanc, M. (2014). La rigueur dans les activités éducatives, l'application de la méthode psychoéducative. *Revue de psychoéducation, 43*(1), 121-142.

Le Bossé, Y. (2008). L'empowerment: de quel pouvoir s' agit-il? Changer le monde (le petit et le grand) au quotidien. Nouvelles pratiques sociales, 21(1), 137-149.

Lemke, S. et Moos, R. H. (2003). Outcomes at 1 and 5 years for older patients with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 24*(1), 43-50.

Leshner, A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science, 278*(5335), 45-47.

Leshner, A. I. (2001). *Addiction as a brain disease*. Récupéré à http://www.helpmegetoffdrugs.com/leshner

Levine, H. G. (1978). The discovery of addiction. Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of studies on alcohol, 39*(1), 143-174.

Lewis, M. (2015). *The biology of desire: Why addiction is not a disease*. Hachette UK.

Lewis, M. (2017). Addiction and the brain: Development, not disease. *Neuroethics, 10*(1), 7-18.

Li, Q., Wang, Y., Zhang, Y., Li, W., Zhu, J., Zheng, Y., Chen, J., Zhao, L., Zhou, Z., Liu, Y., Wang, W. et Tian, J. (2013). Assessing cue-induced brain response as a function of abstinence duration in heroin-dependent individuals: An event-related fMRI study. *PLoS ONE, 8*(5), 1-8.

Lin, L. et Chu, H. (2018). Quantifying publication bias in meta-analysis. *Biometrics, 74*(3), 785-794.

Lincoln, Y. S. et Guba, E. G. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *New directions for program evaluation, 1986*(30), 73-84.

Lipsey, M. W. et Wilson, D. B. (2001). The way in which intervention studies have "personality" and why it is important to meta-analysis. *Evaluation & the Health Professions, 24*(3), 236-254.

Livingston, J.D. (2020). Structural Stigma in Health-Care Contexts for People with Mental Health and Substance Use Issues : A literature review. Ottawa: Mental Health Commission of Canada.

Louw, S., Todd, R. W. et Jimarkon, P. (2011, april). *Active listening in qualitative research interviews.* Extrait de conférence prononcée dans le cadre du Research in Applied Linguistics, Bangkok Thailand.

MacKillop, J. (2019). Is addiction really a chronic relapsing disorder? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*.

MacLean, S. J., Caluzzi, G., Ferry, M., Bruun, A., Skattebol, J., Neale, J. et Bryant, J. (2022). Why we stopped using the term 'aftercare'. *Drug and Alcohol Review, 41*(1), 3-6.

Maisto, S., Hallgren, K., Roos, C. et Witkiewitz, K. (2018). Course of remission from and relapse to heavy drinking following outpatient treatment of alcohol use disorder. *Drug and Alcohol Dependence, 187*, 319-326.

Mann, K., Schäfer, D. R., Längle, 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.

Manuel, J. I., Yuan, Y., Herman, D. B., Svikis, D. S., Nichols, O., Palmer, E. et Deren, S. (2017). Barriers and facilitators to successful transition from long-term residential substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 74*, 16-22.

Maranda, M.-F. (1992). Approches de l'alcoolisme. De la morale… à la sociologie du travail. *Service social, 41*(1), 28-45.

Marlatt, G. A., Demming, B. et Reid, J. B. (1973). Loss of control drinking in alcoholics: An experimental analogue. *Journal of abnormal psychology, 81*(3), 233.

Marlatt, G. A., Blume, A. W. et Parks, G. A. (2001). Integrating harm reduction therapy and traditional substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs, 33*(1), 13-21.

Martinelli, T. F., Nagelhout, G. E., Bellaert, L., Best, D., Vanderplasschen, W. et van de Mheen, D. (2020). Comparing three stages of addiction recovery: long-term recovery and its relation to housing problems, crime, occupation situation, and substance use. *Drugs: education, prevention and policy, 27*(5), 387-396.

Maxwell, J. A. et Mittapalli, K. (2010). Realism as a stance for mixed methods research. Dans A. Tashakkori et C. Teddlie (dir.), *SAGE handbook of mixed methods in social & behavioral research* (2e éd., p. 145-168). SAGE Publications. https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4135/9781506335193.n6

Mays, N. et Pope , C. (2020). Quality in Qualitative Research. Dans C. Pope et N. Mays (dir.), *Qualitative Research in Health Care* (4e éd., p. 211-233). John Wiley & Sons

McHugo, G. J., Caspi, Y., Kammerer, N., Mazelis, R., Jackson, E., Russell, L., Clark, C., Liebschutz, J. et Kimerling, R. (2005). The assessment of trauma history in women with co-occurring substance abuse and mental disorders and a history of interpersonal violence. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 32*(2), 113-127.

McKay, J. (2013). Extended treatment models Dans B. S. McCrady etE. E. Epstein (dir.), *Addictions : A comprehensive guidebook* (Second edition, p. 482 -499). Oxford, UK: Oxford University Press.

McKay, J. R. (2009a). The course of substance use disorders and implications for continuing care. Dans J. R. McKay (dir.), *Treating substance use disorders with adaptive continuing care.* Washington, DC: American Psychological Association.

McKay, J. R. (2009b). Continuing care research: What we have learned and where we are going. *Journal of substance abuse treatment, 36*(2), 131-145.

McKay, J. R. et Hiller-Sturmhöfel, S. (2011). Treating Alcoholism As a Chronic Disease: Approaches to Long-Term Continuing Care. *Alcohol Research & Health, 33*(4), 356-370. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3625994/

McKay, J. R., Knepper, C., Deneke, E., O'Reilly, C. et DuPont, R. L. (2016). An initial evaluation of a comprehensive continuing care intervention for clients with substance use disorders: My first year of recovery (myfyr). *Journal of Substance Abuse Treatment, 67*, 50-54.

McKay, J. R., Van Horn, D. H. A. et Morrison, R. (2010a). *Telephone continuing care for adults*. . Center City, MN: Hazelden Foundation Press.

McKay, J. R., Van Horn, D. H. A., Oslin, D. W., Lynch, K. G., Ivey, M., Ward, K., Drapkin, M. L., Becher, J. R. et Coviello, D. M. (2010b). A Randomized Trial of Extended Telephone-Based Continuing Care for Alcohol Dependence: Within-Treatment Substance Use Outcomes. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 78*(6), 912-923. https://doi.org/10.1037/a0020700

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'brien, C. P. et Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA, 284*(13), 1689-1695.

McQuaid, R. J., Malik, A., Moussouni, K., Baydack, N., Stargardter, M. et Morrisey, M. (2017). Life in recovery from addiction in Canada. Ottawa, Ont: Canadian Centre on Substance Use and Addiction.

Metsch, L. R., McCoy, C. B., Miller, M., McAnany, H. et Pereyra, M. (1999). Moving Substance-Abusing Women from Welfare to Work. *Journal of Public Health Policy, 20*(1), 36-55. https://doi.org/10.2307/3343258

Miles, A. et Loughlin, M. (2011). Models in the balance: evidence-based medicine versus evidence-informed individualized care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17*(4), 531-536.

Milet, R. C., López-Castro, T., Leibowitz, A., McGirr, K. et Vakharia, S. P. (2021). Defiant hospitality: a grounded theory study of harm reduction psychotherapy. *Addiction Research & Theory, 29*(6), 445-453. https://doi.org/10.1080/16066359.2021.1900129

Miller-Archie, S. A., Walters, S. C., Singh, T. P. et Lim, S. (2019). Impact of supportive housing on substance use–related health care utilization among homeless persons who are active substance users. *Annals of Epidemiology, 32*, 1-6.e1. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2019.02.002

Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors, 21*(6), 835-842.

Miller, W. R. et Rollnick, S. (2012). Meeting in the middle: motivational interviewing and self-determination theory. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 9*(1), 25. https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-25

Mizock, L. et Carr, E. (2020). Women's Empowerment and Recovery-Oriented Care: A New Intervention Model. Dans L. Mizock et E. Carr (dir.), *Women with Serious Mental Illness: Gender-sensitive and Recovery-oriented Care* (p. 149-160). Oxford University Press.

Moss, H. B., Chen, C. M. et Yi, H.-Y. (2007). Subtypes of alcohol dependence in a nationally representative sample. *Drug and alcohol dependence, 91*(2-3), 149-158.

Moos, R. H., Pettit, B. et Gruber, V. (1995). Longer episodes of community residential care reduce substance abuse patients' readmission rates. *Journal of Studies on Alcohol, 56*(4), 433-443. https://doi.org/10.15288/jsa.1995.56.433

Moura, H. F., Benzano, D., Pechansky, F. et Kessler, F. H. P. (2014). Crack/cocaine users show more family problems than other substance users. *Clinics, 69*, 497-499.

Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E. et Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia bulletin, 24*(1), 37-74.

Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Vetrella, A. B., Preisig, M., Castelao, E., Lasserre, A., Rodgers, S., Rössler, W., Vetter, S., Seifritz, E. et Vandeleur, C. (2020). Subtypes of alcohol use disorder in the general population: A latent class analysis. *Psychiatry Research, 285*, 112712.

Munton, T., Wedlock, E. et Gomersall, A. (2011). The role of social and human capital in recovery from drug and alcohol addiction. HRB Drug and Alcohol Review.

Murphy, M., Black, N., Lamping, D., McKee, C., Sanderson, C., Askham, J. et Marteau, T. (1998). Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health technology assessment (Winchester, England), 2*(3), i-88.

Nadeau, L. (1983). Stanton peele, ou l'extension du concept de dépendance. . *Psychotropes, 1*(1).

Nair, R., Aggarwal, R. et Khanna, D. (2011). Methods of formal consensus in classification/diagnostic criteria and guideline development. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 41*(2), 95-105.

Neale, J., Allen, D. et Coombes, L. (2005). Qualitative research methods within the addictions. *Addiction, 100*(11), 1584-1593.

Neale, J., Tompkins, C., Wheeler, C., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., Rose, D., Wykes, T. et Strang, J. (2015). "You're all going to hate the word 'recovery'by the end of this": Service users' views of measuring addiction recovery. *Drugs: education, prevention and policy, 22*(1), 26-34.

Neale, J., Nettleton, S. et Pickering, L. (2014). Gender sameness and difference in recovery from heroin dependence: a qualitative exploration. *International Journal of Drug Policy, 25*(1), 3-12.

Neale, J., Panebianco, D., Finch, E., Marsden, J., Mitcheson, L., Rose, D., Strang, J. et Wykes, T. (2016). Emerging consensus on measuring addiction recovery: findings from a multi-stakeholder consultation exercise. *Drugs: education, prevention and policy, 23*(1), 31-40.

Neale, J., Parkman, T. et Strang, J. (2019). Challenges in delivering personalised support to people with multiple and complex needs: qualitative study. *Journal of Interprofessional Care, 33*(6), 734-743.

Neergaard, M. A., Olesen, F., Andersen, R. S. et Sondergaard, J. (2009). Qualitative description – the poor cousin of health research? *BMC Medical Research Methodology, 9*(1), 52. https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-52

Nelson, G., Patterson, M., Kirst, M., Macnaughton, E., Isaak, C. A., Nolin, D., McAll, C., Stergiopoulos, V., Townley, G., MacLeod, T., Piat, M. et Goering, P. N. (2015). Life Changes Among Homeless Persons With Mental Illness: A Longitudinal Study of Housing First and Usual Treatment. *Psychiatric Services, 66*(6), 592-597. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400201

Nettleton, S., Neale, J. et Pickering, L. (2013). 'I just want to be normal': An analysis of discourses of normality among recovering heroin users. *Health:, 17*(2), 174-190.

Newcomb, M. D., Galaif, E. R. et Locke, T. F. (2001). Substance use diagnosis within a community sample of adults: Distinction, comorbidity, and progression over time. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*(3), 239-247.

NIAAA. (2020). *Alcohol facts and statistics.* Récupéré à https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/alcohol-facts-and-statistics

NIDA. (2013). *Fear of stigma: Does it hold you back?* . Récupéré à https://teens.drugabuse.gov/blog/post/fear-stigma-does-it-hold-you-back

NIDA. (2018). *Understanding drug use and addiction*. Récupéré à https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction

NIH. (2013). *NIH consensus development conference on diagnosing gestational diabetes mellitus*. Bethesda, MD: National Institutes of Health.

Noël, X., Van der Linden, M., Brevers, D., Campanella, S., Verbanck, P., Hanak, C., Kornreich, C. et Verbruggen, F. (2013). Separating intentional inhibition of prepotent responses and resistance to proactive interference in alcohol-dependent individuals. *Drug and alcohol dependence, 128*(3), 200-205.

Nordfjaern, T., Rundmo, T. et Hole, R. (2010). Treatment and recovery as perceived by patients with substance addiction. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 17*(1), 46-64.

Nutt, D. J. et Nestor, L. J. (2018). *Addiction*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Nutt, D. J., King, L. A. et Phillips, L. D. (2010, 2010/11/06/). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet, 376*(9752), 1558-1565. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6

Nyblade, L., Stockton, M. A., Giger, K., Bond, V., Ekstrand, M. L., Lean, R. M., Mitchell, E. M. H., Nelson, L. R. E., Sapag, J. C., Siraprapasiri, T., Turan, J. et Wouters, E. (2019). Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Medicine, 17*(1), 25. https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2

O'Brien, C. et McLellan, A. T. (1996). Myths about the treatment of addiction. *The Lancet, 347*(8996), 237-240.

O'Sullivan, D., Xiao, Y. et Watts, J. R. (2019). Recovery capital and quality of life in stable recovery from addiction. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 62*(4), 209-221.

O'sullivan, T. (2005). Some theoretical propositions on the nature of practice wisdom. *Journal of Social Work, 5*(2), 221-242.

OMS. (2014). *WHO handbook for guideline development*. https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714

OPPQ. (2014). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation: Lignes directrices*. Montréal, QC: OPPQ.

OPPQ. (2017). *Le psychoéducateur en santé mentale adulte*. Montréal, Qc: Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.

OPPQ. (2019). *Répartition du placement des psychoéducateurs dans les milieux de pratique*. Montréal, Qc: OPPQ.

OPPQ. (2020). *Le psychoéducateur.* https://www.ordrepsed.qc.ca/fr/grand-public/le-psychoeducateur/

Orford, J. (2008). Asking the right questions in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction. *Addiction, 103*(6), 875-885.

Organisation de coopération et de développement économiques. (2019). *pays membres de l'OCDE*. http://www.oecd.org/fr/apropos/membres-et-partenaires/

Padgett, D. K., Stanhope, V., Henwood, B. F. et Stefancic, A. (2011). Substance Use Outcomes Among Homeless Clients with Serious Mental Illness: Comparing Housing First with Treatment First Programs. *Community Mental Health Journal, 47*(2), 227-232. https://doi.org/10.1007/s10597-009-9283-7

Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). Chapitre 12. L'analyse thématique (*L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 269-357). Paris: Armand Colin.

Panebianco, D., Gallupe, O., Carrington, P. J. et Colozzi, I. (2016). Personal support networks, social capital, and risk of relapse among individuals treated for substance use issues. *International Journal of Drug Policy, 27*, 146-153. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.09.009

Park, S., Mosley, J. E., Grogan, C. M., Pollack, H. A., Humphreys, K., D'Aunno, T. et Friedmann, P. D. (2020). Patient-centered care's relationship with substance use disorder treatment utilization. *Journal of Substance Abuse Treatment, 118*, 1-6. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108125

Patton, D., Best, D. et Brown, L. (2022). Overcoming the pains of recovery: the management of negative recovery capital during addiction recovery pathways. *Addiction Research & Theory*, 1-11.

Patton, M. Q. (2003). Utilization-focused evaluation. Dans K. T. et S. D.L. (dir.), *International handbook of educational evaluation* (p. 223-242). Springer.

Patton, M. Q. (2008). *Utilization-focused evaluation* (4e éd.). Sage Publications.

Pearson, J. (2019). *La méta-analyse de A à Z* (manuel de formation à la méthode de la méta-analyse).

Pederson, A., Greaves, L. et Poole, N. (2014a). Gender-transformative health promotion for women: a framework for action. *Health Promotion International, 30*(1), 140-150. https://doi.org/10.1093/heapro/dau083

Pederson, A., Poole, N., Greaves, L., Gerbrandt, J. et Lan Fang, M. (2014b). Envisioning Gender-Transformative Health Promotion. Dans Lorraine Greaves, Ann Pederson et N. Poole (dir.), *Making it better gender-transformative health promotion* (p. 14-41). Canadian Scholars' Press/Women's Press.

Peele, S. (1977). Redefining addiction I. Making addiction a scientifically and socially useful concept. *International Journal of Health Services, 7*(1), 103-124.

Peele, S. (1979). Redefining addiction II. The meaning of addiction in our lives. *Journal of psychedelic drugs, 11*(4), 289-297.

Peele, S. (2007). Addiction as disease. Policy, epidemiology, and treatment consequences of a bad idea. Dans J. Henningfield, W. Bickel etP. Santora (dir.), *Addiction treatment. Science and policy for the twenty-first century* (p. 153-165). Baltimore, MD: Johns Hopkins.

Peele, S. (2016). People control their addictions: No matter how much the “chronic” brain disease model of addiction indicates otherwise, we know that people can quit addictions–with special reference to harm reduction and mindfulness. *Addictive behaviors reports, 4*, 97-101.

Peele, S. et Brodsky, A. (1975). *Love and addiction*. New York, NY: Taplinger.

Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Benson, V. et Davidson, L. (2018). Why do those with long-term substance use disorders stop abusing substances? A qualitative study. *Substance Abuse: Research and Treatment, 12*.

Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 113-169.

Pocock, T., Smith, M. et Wiles, J. (2021). Recommendations for virtual qualitative health research during a pandemic. *Qualitative Health Research, 31*(13), 2403-2413.

Poliquin, H., Bertrand, K., Flores-Aranda, J. et Roy, É. (2017). Understanding experiences of and rationales for sharing crack-smoking equipment: A qualitative study with persons who smoke crack in Montréal. *International Journal of Drug Policy, 48*, 18-26. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.059

Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N. et Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique, S1*(HS), 41-50. https://doi.org/10.3917/spub.150.0041

Portes, A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual review of sociology, 24*(1), 1-24.

Potvin, P. (2016). *L'alliance entre le savoir issu de la recherche et le savoir d'expérience: Un regard sur le transfert de connaissances*. Boucherville, Québec: Béliveau éditeur.

Pronovost, J., Gagnon, G. et Potvin, P. (2000). L'utilisation: Un concept fondamental dans l'intervention psychoéducative. *Revue canadienne de psycho-éducation, 29*(1), 17-31.

Pronovost, J. et Leclerc, D. (2013). L'adaptation, un concept central en psychoéducation. Dans J. Pronovost, M. Caouette etJ. Bluteau (dir.), *L'observation psychoéducative : Concepts et méthode* (p. 37-67). Montréal, Qc: Béliveau éditeur.

Putnam, R. (1993). The prosperous community: Social capital and public life. *The american prospect, 4*(13), 35-42.

Qualité des services de santé Ontario. (2012). *Gestion des maladies chroniques*. http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/health-links/bp-improve-package-cdm-fr.pdf

Raine, R., Sanderson, C. et Black, N. (2005). Developing clinical guidelines: A challenge to current methods. *BMJ, 331*(7517), 631-633.

RAND Corporation. (2020). *Delphi method*. https://www.rand.org/topics/delphi-method.html

Rankin, J. et Regan, S. (2004). *Meeting Complex Needs: The Future of Social Care*. Institute for Public Policy Research.

Rapp, C. A. et Goscha, R. J. (2012). *The strengths model : a recovery-oriented approach to mental health services* (3e éd.). Oxford University Press.

Ratcliffe, J. M. et Stenfert Kroese, B. (2021). Female service users' experiences of secure care in the UK: a synthesis of qualitative research. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 32*(5), 611-640.

Ray, K. N. et Miller, E. (2017). Strengthening stakeholder-engaged research and research on stakeholder engagement. *Journal of comparative effectiveness research, 6*(4), 375-389.

Rayens, M. K. et Hahn, E. J. (2000). Building consensus using the policy Delphi method. *Policy, politics, & nursing practice, 1*(4), 308-315.

Redish, A. D. (2013). *The mind within the brain : How we make decisions and how those decisions go wrong*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Renou, M. (2005). *Psychoéducation : Une conception, une méthode*. Montréal, Qc: Sciences et culture.

Renou, M. (2014). *L'identité professionnelle des psychoéducateurs : Une analyse, une conception, une histoire*. Montréal, Qc: Béliveau éditeur.

Rhodes, T. et Coomber, R. (2010). Qualitative methods and theory in addictions research. Dans G. P., Miller, S. J. et M. P., Miller (dir.), *Addiction research methods* (p. 59-78). Blackwell Publishing

Robins, L. N., Davis, D. H. et Goodwin, D. W. (1974). Drug use by us army enlisted men in Vietnam: A follow-up on their return hom. *American Journal of Epidemiology, 99*(4), 235-249.

Roman, P. M. (2013). Health care reforms and treatment for substance use disorders. Dans P. M. Miller (dir.), *Interventions for addiction: Comprehensive addictive behaviors and disorders* (Vol. 3). San Diego, CA: Elsevier.

Rondón, M. B. (2009). Gender sensitive care for adult women. Dans P. S. Chandra, H. Herrman, J. Fisher, M. Kastrup, U. Niaz, M. B. Rondón et A. Okasha (dir.), *Contemporary Topics in Women's Mental Health: Global perspectives in a changing society* (p. 323-336). John Wiley & Sons.

Rudzinski, K., McDonough, P., Gartner, R. et Strike, C. (2017). Is there room for resilience? A scoping review and critique of substance use literature and its utilization of the concept of resilience. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 12*(1), 1-35.

Rumpf, H. J., Bischof, G., & John, U. (2007). Remission without formal help: New directions in studies using survey data. Dans H. Klingemann etL. C. Sobell (dir.), *Promoting self-change from addictive behaviors* (pp. 73-85). Boston, MA: Springer.

Rungreangkulkij, S., Kaewjanta, N., Kotnara, I. et Saithanu, K. (2021). Voices of Thai Women Who Received Gender-Sensitive Empowerment Counseling. *Journal of International Women's Studies, 22*(1), 330-340.

Rush, B., Tremblay, J. et Brown, D. (2019). Development of a needs-based planning model to estimate required capacity of a substance use treatment system. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement*(s18), 51-63.

Sahker, E., Ali, S. R. et Arndt, S. (2019). Employment recovery capital in the treatment of substance use disorders: Six-month follow-up observations. *Drug and Alcohol Dependence, 205*, 1-8.

Salter, M. et Breckenridge, J. (2014). Women, trauma and substance abuse: Understanding the experiences of female survivors of childhood abuse in alcohol and drug treatment. *International Journal of Social Welfare, 23*(2), 165-173.

SAMHSA. (2012). *Working definition of samhsa's recovery : 10 guiding principles of recovery*. https://store.samhsa.gov/system/files/pep12-recdef.pdf

SAMHSA. (2014). *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services.* https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma14-4816.pdf

SAMHSA. (2016). *America's need for and receipt of substance use treatement in 2015*. https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/report_2716/ShortReport-2716.html

SAMHSA. (2019). *Treatment Episode Data Set (TEDS) 2017 Admissions to and Discharges from Publicly-Funded Substance Use Treatment*. Rockville, MD: Departement of health and human services.

Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health, 23*(4), 334-340.

Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in nursing & health, 33*(1), 77-84.

Schellekens, A., De Jong, C., Buitelaar, J. et Verkes, R. (2015). Co-morbid anxiety disorders predict early relapse after inpatient alcohol treatment. *European Psychiatry, 30*(1), 128-136.

Schmidt, R., Poole, N., Greaves, L. et Hemsing, N. (2018). *New Terrain: Tools to integrate trauma and gender informed responses into substance use practice and policy*. https://cewh.ca/wp-content/uploads/2018/06/NewTerrain_FinalOnlinePDF.pdf

Schoenbaum, G., Chang, C.-Y., Lucantonio, F. et Takahashi, Y. K. (2016). Thinking outside the box: Orbitofrontal cortex, imagination, and how we can treat addiction. *Neuropsychopharmacology, 41*(13), 2966-2976.

Schoenberger, S. F., Park, T. W., dellaBitta, V., Hadland, S. E. et Bagley, S. M. (2022). "My Life Isn't Defined by Substance Use": Recovery Perspectives Among Young Adults with Substance Use Disorder. *Journal of general internal medicine, 37*(4), 816-822.

Schroots, J. J. et Assink, M. H. (2005). Portraits of life: Patterns of events over the lifespan. *Journal of Adult Development, 12*(4), 183-198.

Scott, C. et Dennis, M. (2003). Recovery Management Checkups: An early re-intervention model. *Chicago, IL: Chestnut Health Systems*.

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 Suppl 1*, S63-S72.

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., Dennis, M. L. et Lurigio, A. J. (2017). The effects of specialized probation and recovery management checkups (RMCs) on treatment participation, substance use, HIV risk behaviors, and recidivism among female offenders: main findings of a 3-year experiment using subject by intervention interaction analysis. *Journal of Experimental Criminology, 13*(1), 53-77.

Schulte, M. H. J., Cousijn, J., den Uyl, T. E., Goudriaan, A. E., van den Brink, W., Veltman, D. J., Schilt, T. et Wiers, R. W. (2014). Recovery of neurocognitive functions following sustained abstinence after substance dependence and implications for treatment. *Clinical Psychology Review, 34*(7), 531-550.

Schultz, W. (1998). Predictive reward signal of dopamine neurons. *Journal of neurophysiology, 80*(1), 1-27.

Seeley, J. R., Farmer, R. F., Kosty, D. B. et Gau, J. M. (2019). Prevalence, incidence, recovery, and recurrence of alcohol use disorders from childhood to age 30. *Drug and alcohol dependence, 194*, 45-50.

Shepherd, Geoff, Boardman, Jed et Slade, Mike (2008) Faire du rétablissement une réalité, Sainsbury Centre for Mental Health, London.

Shirley-Beavan, S., Roig, A., Burke-Shyne, N., Daniels, C. et Csak, R. (2020). Women and barriers to harm reduction services: a literature review and initial findings from a qualitative study in Barcelona, Spain. *Harm Reduction Journal, 17*(1), 1-13.

Simpson, D. (1981). Treatment for drug abuse: Follow-up outcomes and length of time spent. *Archives of General Psychiatry, 38*(8), 875-880. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1981.01780330033003

Simpson, D. D. et Sells, S. B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse. *Advances in Alcohol & Substance Abuse, 2*(1), 7-29. https://doi.org/10.1300/J251v02n01_02

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.

Simpson, D. D., Joe, G. W., Fletcher, B. W., Hubbard, R. L. et Anglin, M. D. (1999). A National Evaluation of Treatment Outcomes for Cocaine Dependence. *Archives of General Psychiatry, 56*(6), 507-514. https://doi.org/10-1001/pubs.Arch Gen Psychiatry-ISSN-0003-990x-56-6-yoa8260

Simoneau, H., Kamgang, E., Tremblay, J., Bertrand, K., Brochu, S. et Fleury, M. J. (2018). Efficacy of extensive intervention models for substance use disorders: A systematic review. *Drug and Alcohol Review, 37*, S246-S262.

Sirois, F. M., Molnar, D. S. et Hirsch, J. K. (2015). Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity, 14*(3), 334-347.

Skogens, L. et von Greiff, N. (2014). Recovery capital in the process of change—differences and similarities between groups of clients treated for alcohol or drug problems. *European Journal of Social Work, 17*(1), 58-73.

Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research, 10*(1), 1-14.

Sliedrecht, W., de Waart, R., Witkiewitz, K. et Roozen, H. G. (2019). Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry research*.

Snoek, A. (2017). How to recover from a brain disease: Is addiction a disease, or is there a disease-like stage in addiction? *Neuroethics, 10*(1), 185-194.

Sobell, L., Cunningham, J. et Sobell, M. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health, 86*(7), 966-972.

Sofaer, S. (1999). Qualitative methods: what are they and why use them? *Health Services Research, 34*(5), 1101-1118.

Solinas, M., Belujon, P., Fernagut, P. O., Jaber, M. et Thiriet, N. (2019). Dopamine and addiction: What have we learned from 40 years of research? *Journal of Neural Transmission, 126*(4), 481-516.

Sridharan, S., Kawata, J. H., Campbell, B. et Tseng, C.-W. M. (2005). Contemporaneous relationship between substance abuse treatment and poly-substance use: evidence from the Persistent Effect of Treatment Studies. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*(2), S83-S90.

Stavro, K., Pelletier, J. et Potvin, S. (2013). Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: A meta-analysis. *Addiction Biology, 18*(2), 203-213.

Stevens, E., Jason, L. A., Ram, D. et Light, J. (2015). Investigating social support and network relationships in substance use disorder recovery. *Substance Abuse, 36*(4), 396-399.

Stinson, F. S., Grant, B. F., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Huang, B. et Saha, T. (2006). Comorbidity between dsm–iv alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Alcohol Research & Health, 29*(2), 94.

Storbjörk, J. et Room, R. (2008). The two worlds of alcohol problems: Who is in treatment and who is not? *Addiction Research & Theory, 16*(1), 67-84.

Stout, R. L., Kelly, J. F., Magill, M. et Pagano, M. E. (2012). Association between social influences and drinking outcomes across three years. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 73*(3), 489-497. https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.489

Sutton, A. J., Duval, S., Tweedie, R., Abrams, K. R. et Jones, D. R. (2000). Empirical assessment of effect of publication bias on meta-analyses. *BMJ, 320*(7249), 1574-1577.

Tai, B. et Volkow, N. (2013). Treatment for substance use disorder: Opportunities and challenges under the affordable care act. *Social Work in Public Health, 28*(3/4), 165-174.

Talmage, J. B. (2012). Listening to, and for, the research interview. Dans J. F. Gubrium, J. A Holstein, A. B. Marvasti et K. D. McKinney (dir.), *The SAGE handbook of interview research: The complexity of the craft* (p. 295-304). Sage Publications.

Tatarsky, A. et Marlatt, G. A. (2010). State of the art in harm reduction psychotherapy: An emerging treatment for substance misuse. *Journal of Clinical Psychology, 66*(2), 117-122.

Tierney, M. (2016). Improving nurses attitudes toward patients with substance use disorders. *American Nurse Today, 11*(11), 6-9. https://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=119394307&site=ehost-live

Torgerson, C. J. (2006). Publication Bias: The Achilles'heel Of Systematic Reviews? *British Journal of Educational Studies, 54*(1), 89-102.

Tracy, E. M., Munson, M. R., Peterson, L. T. et Floersch, J. E. (2010). Social Support: A Mixed Blessing for Women in Substance Abuse Treatment. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 10*(3), 257-282. https://doi.org/10.1080/1533256X.2010.500970

Tracy, J. M. (2016). *The relationship between executive functioning and substance abuse*. [Thèse de doctorat, Louisiana Tech University] Clinical psychology commons.

Tremblay-Boudreault, V. et Dionne, C. E. (2014). L'approche delphi application dans la conception d'un outil clinique en réadaptation au travail en santé mentale. Dans a. N. L. Marc Corbière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la* santé (p. 283-303). Les presse de l'Université du Québec.

Tremblay, J., Bertrand, K., Blanchette-Martin, N., Rush, B., Savard, A.-C., L'espérance, N., Demers-Lessard, G. & Genois, R. (2019). Estimation of needs for addiction services: A youth model. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement(s18), 64-75.

UNICRI. (2015). Promoting a Gender Responsive Approach to Addiction. https://www.drugsandalcohol.ie/26133/1/Promoting%20a%20Gender%20Responsive.pdf

Vaillant, G. E. (2003). A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction, 98*(8), 1043-1051.

Vakil, N. (2011). Editorial: Consensus guidelines: Method or madness? *The American Journal Of Gastroenterology, 106*(2), 225-227.

Valencia, J., Alvaro-Meca, A., Troya, J., Gutiérrez, J., Ramón, C., Rodríguez, A., Vazquez-Moron, S., Resino, S., Moreno, S. et Ryan, P. (2020). Gender-based vulnerability in women who inject drugs in a harm reduction setting. *PLoS ONE, 15*(3), 1-9.

van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J. et Garretsen, H. F. (2015). Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GPs, mental health and addiction specialists and clients. *International Journal of Social Psychiatry, 61*(6), 539-549.

van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J. et Garretsen, H. F. (2016). Experienced and anticipated discrimination reported by individuals in treatment for substance use disorders within the Netherlands. *Health & social care in the community, 24*(5), e23-e33.

Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., De Maeyer, J. et Van Den Noortgate, W. (2019). A meta-analysis of the efficacy of case management for substance use disorders: a recovery perspective. *Frontiers in Psychiatry, 10*. 1-18.

Van Steenberghe, T., Vanderplasschen, W., Bellaert, L. et De Maeyer, J. (2021). Photovoicing interconnected sources of recovery capital of women with a drug use history. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 1-15.

Verdejo-García, A. et Pérez-García, M. (2007). Profile of executive deficits in cocaine and heroin polysubstance users: Common and differential effects on separate executive components. *Psychopharmacology, 190*(4), 517-530.

Vernon, W. (2009). The Delphi technique: A review. *International Journal of Therapy and Rehabilitation, 16*(2), 69-76.

Vigdal, M. I., Moltu, C., Bjornestad, J. et Selseng, L. B. (2022). Social recovery in substance use disorder: A metasynthesis of qualitative studies. *Drug and Alcohol Review, 41*(4), 974-987. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/dar.13434

Volkow, N. (2015, June 12). Addiction is a disease offree will., *Huffington Post* https://www.huffpost.com/entry/addiction-is-a-disease

Volkow, N. D. et Baler, R. D. (2015). Now vs later brain circuits: Implications for obesity and addiction. *Trends in neurosciences, 38*(6), 345-352.

Volkow, N. D. et Boyle, M. (2018). Neuroscience of addiction: Relevance to prevention and treatment. *American Journal of Psychiatry, 175*(8), 729-740.

Volkow, N. D., Chang, L., Wang, G.-J., Fowler, J. S., Franceschi, D., Sedler, M., Gatley, S.J., Miller, E., Hitzemann, R. et Ding, Y.-S. (2001). Loss of dopamine transporters in methamphetamine abusers recovers with protracted abstinence. *Journal of Neuroscience, 21*(23), 9414-9418.

Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J., Baler, R. et Telang, F. (2009). Imaging dopamine's role in drug abuse and addiction. *Neuropharmacology, 56*, 3-8.

Volkow, N. D., Koob, G. F. et McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine 374*, 363–371.

Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D., Telang, F. et Baler, R. (2010). Addiction: Decreased reward sensitivity and increased expectation sensitivity conspire to overwhelm the brain's control circuit. *Bioessays, 32*(9), 748-755.

von der Gracht, H. A. (2012). Consensus measurement in Delphi studies: Review and implications for future quality assurance. *Technological Forecasting and Social Change, 79*(8), 1525-1536.

Waldorf, D. et Biernacki, P. (1979). Natural recovery from heroin addiction: A review of the incidence literature. *Journal of Drug Issues, 9*(2), 281-289.

Weegmann, M. (2010). Just a story? Narrative approaches to addiction and recovery. Drugs and Alcohol Today.

Weegmann, M. (2017). Narrative identity and change: Addiction and recovery. Dans P. Davis, R. Patton etS. Jackson (dir.), Addiction : Psychology and treatment (p. 144-157). New York, UNITED KINGDOM: John Wiley & Sons.

White, W. et Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. *Counselor, 9*(5), 22-27.

White, W. L. (2000). Addiction as a disease: The birth of a concept. *Addiction, 51*, 73.

White, W. L. (2008). *Recovery management and recovery-oriented systems of care: Scientific rationale and promising practices*. Rockville, MD : Northeast Addiction Technology Transfer Center and the Great Lakes Great Lakes Addiction Technology Transfer Center.

White, W. L. (2012). *Recovery/remission from substance use disorders: An analysis of reported outcomes in 415 scientific reports, 1868-2011*. Chicago, Illinois: Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual disAbility Services and the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center.

White, W. L. et Kelly, J. F. (2011). Recovery management: What if we really believed that addiction was a chronic disorder? Dans J. F. Kelly etW. L. White (dir.), *Addiction recovery management theory, research and practice.* (p. 67-84). New York, NY: Humana Press.

White, W. L. et McClellan, A. T. (2008). Addiction as a chronic disorder. *Counselor: The Magazine for Addiction Professionals, 8*.

Wiens, T. K. et Walker, L. J. (2015). The chronic disease concept of addiction: Helpful or harmful? *Addiction research & theory, 23*(4), 309-321.

Willenbring, M. L. (2014). Treatment of heavy drinking and alcohol use disorder Dans R. K. Ries, D. A. Fiellin, S. C. Miller etR. Saitz (dir.), *The ASAM principles of addiction medicine* (p. 607-625). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Wincup, E. (2016). Gender, recovery and contemporary UK drug policy. *Drugs and Alcohol Today, 16*(1), 39-48.

Wolf, M. E. (2016). Synaptic mechanisms underlying persistent cocaine craving. *Nature Reviews Neuroscience, 17*(6), 351.

Woodbury, G. et Kuhnke, J. L. (2014). Evidence-based practice vs. Evidence-informed practice: What's the difference? *Wound Care Canada, 12*(1), 26-29.

World Health Organization. (1950). Expert committee on mental health (alcoholism) report on the first session. Genève, Suisse: WHO.

Yamashita, A., Yoshioka, S.-I. et Yajima, Y. (2021). Resilience and related factors as predictors of relapse risk in patients with substance use disorder: A cross-sectional study. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 16(1), 40. doi: 10.1186/s13011-021-00377-8

Yang, T., Zhao, X., Zhang, F., Li, X., Zhu, H., Zhang, M. et Shen, M. (2019). Craving-induced effects of different drug cues on persons abstaining from heroin. *Addiction Research & Theory, 27*(3), 235-241.

Yates, R. (2014). Recovery capital, addiction theory, and the development of recovery communities. *The Turkish Journal on Addictions, 1*, 96-112.

Young, A. (2017). Uncovery beneath the monolith of addiction there remains a human being Dans E. J.K., Y. A. etN. H. (dir.), *Handbook of strengths-based clinical practices: Finding common factors* (p. 53-69). NY : New York: Routledge.

Yousuf, M. I. (2007). Using experts' opinions through Delphi technique. *Practical assessment, research & evaluation, 12*(4), 1-8.

Zargar, F., Bagheri, N., Tarrahi, M. J. et Salehi, M. (2019). Effectiveness of emotion regulation group therapy on craving, emotion problems, and marital satisfaction in patients with substance use disorders: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Psychiatry, 14*(4), 283-290.

Zisman-Ilani, Y., Roth, R. M. et Mistler, L. A. (2021). Time to support extensive implementation of shared decision making in psychiatry. *JAMA Psychiatry, 78*(11), 1183-1184.

Appendice A. Grille d'extraction basée sur le format PICOS (Population, Intervention, Comparaison, Outcomes, Setting

Identification de l'étude		
Auteurs (année)		
CRITÈRES		
Population		
Santé mentale : ☐ toutes catégories confondues% p. **Sévérité :** ☐ ASI score ☐ADS ☐ indicateurs autres : ☐nb année de conso ☐injection de drogue ☐…. ☐…. ☐…. ☐…. p.	**Dépendance :** ☐ Alcool % ☐ Opioïde% ☐ Cocaïne % ☐ Autres stimulants % ☐ …. p.	☐ Homme% **Clientèle spécifique :** ☐ Itinérance % ☐ Prisonnier % ☐ Délinquant % ☐ ☐ … p. **Âge :**
Setting		
☐ **Hôpital** ☐**Prison**	☐ Centre de tx des dépendances ☐ …	
Intervention		
Tx SM + toxico Intégré : ☐ Oui (1) ☐ Non (0) **Tx de base inclus dans 18 mois** ☐ Oui (1) ☐ Non (0)	**Durée en mois :** **Quantité** : Nb de rencontre : Intensité : Attrition % p.	**Type de modèle :** ☐ monitoring ☐ soutien par les pairs ☐ résidentiel ☐ orientation approche thérapeutique **Autre catégorisation** : ☐ globalité prise en charge ☐ pointu uniquement conso

Résultats		
Dernier temps de mesure N gr N résultats Gr INT Gr CON N gr N résultats Gr INT Gr CON	**Type de résultats :** ☐ Abstinence ☐ Rétablissement	follow-up rates au dernier temps de mesure : p.
Comparaison		
TAU ou tx de base : ☐ **Interne %** ☐ **externe %** ☐**prison %** **Durée** Nb de rencontre : Durée en mois : Différence durée entre les 2 gr:	Randomisation : Oui ☐ Non ☐ ☐ 2 gr ☐ 3 gr	

Appendice B. Tableaux présentant les caractéristiques associées aux paradigmes sous-jacents à l'organisation des services

Caractéristiques se rapportant au modèle de soin à court terme versus à long terme

Caractéristiques	Court terme	Long terme
Durée des services	• Quelques semaines ou quelques mois • Post-traitement ou *aftercare* • Initiation du rétablissement • Fermeture du dossier	• Selon les besoins • Il n'y a pas de fin préétablie • Initiation et maintien du rétablissement • Fermeture du dossier ?
Intensité des services	• Unique et prédéterminée	• Variable selon les périodes de vulnérabilité et le capital de rétablissement • Implique contacts prévus et non prévus
Évaluation	• Généralement une seule fois en début de traitement • Sert à orienter le type de service • Le professionnel réalise l'évaluation	• Évaluation en continu et réajustement des services en conséquence • Patient est impliqué, il apprend à faire sa propre évaluation
Engagement	• Un évènement qui a lieu au début du traitement	• Processus continu tout au long du suivi • Évaluation de la relation thérapeutique, révision de la satisfaction des services et du plan de traitement au besoin
Attentes suite à un épisode de service	• Que le problème se résorbe après une dose *spécifique* de traitement • Traitements antérieurs = mauvais pronostic • «syndrome de la porte tournante»	• Vision à long terme de la progression, un épisode de service n'est qu'une étape dans le long parcours de rétablissement • Traitements antérieurs = indicateur d'engagement dans une démarche au long cours

Caractéristiques	Court terme	Long terme
Accessibilité des services	• Offre de service post-traitement à ceux qui ont «gradué» • Dont la forme est souvent prédéfinie (ex. groupe 1 x / semaine en soirée)	• La notion de post-traitement n'existe pas. Suivis au long cours pour tous les clients • Diminution des barrières à la participation : transport, garde d'enfant, conflit d'horaire, forme du suivi est variable selon les besoins
Responsabilité du contact	• Repose sur : le client • Autant pour le besoin de traitement que pour le suivi	• Repose sur : l'institution et l'équipe traitante et sur le client • Proactif • Intervention de proximité *(outreach)* • Utilisation de la technologie et de stratégies de «*traquage*»
Liaison avec les autres services	• Référence passive • Peu de coordination • Information sur les autres services/ressources limitées •	• Référence proactive • Développe et maintien un réseau • Procédure de liaison établie • Liaison entre équipe spécialisée et équipe de première ligne
Lieu de traitement	• Institution	• Institution et milieu de vie de la personne
Modalité de suivi	• En personne, en individuel ou en groupe	• En personne, en groupe, en individuel, par téléphone, internet

Caractéristiques se rapportant aux paradigmes de soin médical versus celui centré sur les forces et le rétablissement

Caractéristiques	Centré sur la maladie	Centré sur les forces et le rétablissement
Vision de la santé et de la maladie	• Dichotomique de la santé et de la maladie	• Nuancé du rétablissement, non linéaire et personnel
Processus de traitement	• Uniformisé	• Individualisé
Relation patient-professionnel	• Hiérarchique • Le professionnel possède l'expertise • Il sait les objectifs qui doivent être poursuivis et les moyens qui doivent être mis en place pour régler le problème	• Égalitaire • Le patient possède l'expertise (il sait de quoi il a besoin) • Axée sur la collaboration et le partenariat • La relation permet l'expression du pouvoir d'agir du patient • Elle inspire l'espoir
Accueil et accès aux services	• Pour ceux qui acceptent de s'engager dans une démarche de changement • Selon les conditions offertes par le milieu de traitement	• Pour tous peu importe leur niveau de cheminement dans le processus de changement • Adaptation des conditions autant que possible (horaire et modalité)
Évaluation	• Centration sur le problème (quantité, sévérité) • S'intéresse à l'individu qui porte le problème	• Dépasse le problème (holistique) • Considère également le contexte, ses forces, ses aspirations, son bien-être et sa qualité de vie • S'intéresse à l'individu, sa famille et sa communauté
Interprétation de l'expérience passée	• Interprétation de la rechute : recrudescence des symptômes après une amélioration et considérer qu'il a y échec du traitement/personne	• Interprétation de la rechute et du retour en traitement : c'est une nouvelle opportunité de changement • Exploration des forces mobilisées pour passer au travers des périodes difficiles

Caractéristiques	Centré sur la maladie	Centré sur les forces et le rétablissement
	• Explorer les raisons entourant le retour en traitement sous l'angle de la rechute	• Thérapie narrative sous l'angle du courage • Reconnait la nature multidimensionnelle et la complexité des enjeux
Cible de l'intervention	• Réduction ou arrêt de la consommation • Prévention de la rechute • Vision séquentielle de l'intervention • Généralement individuelle	• L'amélioration du bien-être et de la qualité de vie • Réduction ou arrêt de consommation liés à un objectif significatif • Cultive les forces et les ressources • Individu, couple, famille et communauté

Appendice C. Questionnaire diffusé aux participants de la démarche Delphi lors de la phase II

Liste des propositions	En pensant aux besoins des personnes présentant un TUS persistant jusqu'à quel point cette proposition est-elle pertinente ?					En pensant au contexte de votre organisation, aux enjeux administratifs et à votre réalité clinique, jusqu'à quel point cette proposition est-elle réalisable d'ici les 5 prochaines années?					Commentaires
	Pas du tout pertinent	Un peu pertinent	Moyennement pertinent	Très pertinent	Extrêmement pertinent	Pas du tout réalisable	Un peu réalisable	Moyennement réalisable	Très réalisable	Extrêmement réalisable	
Organisation de l'offre de service											
1. Développer une offre de service différenciée selon les deux grands profils de clientèle : transitoire et persistant.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
2. Développer une offre de service à long terme pour les personnes présentant un TUS persistant.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
3. Développer une offre de services qui prend en compte la complexité des besoins sociaux et de santé sous-jacents ou associés à la consommation.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
4. Développer une offre de service basée sur un modèle multidisciplinaire (collaboration d'intervenants provenant de plusieurs disciplines).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
5. Dès l'accueil, évaluer le profil de l'usager pour l'orienter à l'une ou l'autre des trajectoires de service (transitoire ou persistant) selon son profil et ses caractéristiques.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
6. Mettre sur pied une équipe spécialisée ayant pour responsabilité l'accompagnement au long cours.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
7. L'équipe spécialisée pour l'accompagnement au long cours serait responsable des relances téléphoniques et de la gestion des retours en phase plus intensive de traitement.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
8. Développer une offre de service occupationnelle pour augmenter l'implication des personnes présentant un TUS persistant dans des activités quotidiennes satisfaisantes.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

Liste des propositions	En pensant aux besoins des personnes présentant un TUS persistant jusqu'à quel point cette proposition est-elle pertinente ?					En pensant au contexte de votre organisation, aux enjeux administratifs et à votre réalité clinique, jusqu'à quel point cette proposition est-elle réalisable d'ici les 5 prochaines années?					Commentaires
	Pas du tout pertinent	Un peu pertinent	Moyennement pertinent	Très pertinent	Extrêmement pertinent	Pas du tout réalisable	Un peu réalisable	Moyennement réalisable	Très réalisable	Extrêmement réalisable	
9. Instaurer des groupes de soutien alternatif aux AA (groupes ouverts, offerts à une fréquence connue et récurrente, mais basés sur l'approche de la réduction des méfaits).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
10. Développer les ressources et une expertise dans la réinsertion sociale.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
11. Développer une offre de service basée sur le *reaching out*, c'est-à-dire qui intègre diverses stratégies pour rejoindre proactivement l'usager, là où il se trouve.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
12. Développer une offre de service mettant en avant-plan les déplacements dans le milieu de vie de la personne.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
13. Créer des postes de médecin généraliste au CRD.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
14. Intervenir en amont avec les personnes à risque de développer une trajectoire au long cours (ex. jeunes adultes ayant un historique d'utilisation de service en dépendance ou santé mentale).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
15. Varier les modalités de contacts selon les besoins et les objectifs poursuivis (ex., courts appels téléphoniques, rencontres individuelles au bureau, rencontres individuelles à domicile, rencontres en groupe présentielle ou à distance, accompagnement dans la communauté, etc.).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
16. Utiliser différentes stratégies de communication avec l'usager: texto, courriel, téléphone, zoom.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
17. Varier les modalités de rencontres en cours de traitement (rencontres de groupe et rencontres individuelles).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

Liste des propositions	En pensant aux besoins des personnes présentant un TUS persistant jusqu'à quel point cette proposition est-elle pertinente ?					En pensant au contexte de votre organisation, aux enjeux administratifs et à votre réalité clinique, jusqu'à quel point cette proposition est-elle réalisable d'ici les 5 prochaines années?					Commentaires
	Pas du tout pertinent	Un peu pertinent	Moyennement pertinent	Très pertinent	Extrêmement pertinent	Pas du tout réalisable	Un peu réalisable	Moyennement réalisable	Très réalisable	Extrêmement réalisable	
18. Ajuster l'intensité des services selon le besoin de la personne : davantage de contacts plus longs en période difficile et des contacts plus courts et moins fréquents lorsque la situation va mieux.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
19. Prendre des appels ou des rencontres à des moments non prévus.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
20. Offrir des services au-delà de 9h à 17h.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
21. Offrir des services de gardiennage et de transport.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
22. Attribuer le bon intervenant au client en fonction des besoins qu'il a lui-même exprimés (ex. attribution d'une infirmière s'il souhaite travailler ses problèmes de santé, un intervenant psychosocial s'il veut travailler des problèmes psychiques ou relationnels).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
23. Revoir les règles de vie des services internes pour s'assurer qu'elles soutiennent la responsabilisation des personnes (soutenir l'autonomie, éviter l'infantilisation).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
24. Intégrer les personnes aux prises avec un TUS persistant dans la réflexion et la mise en place des services qui leur sont destinés.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
25. Développer une offre de service en externe individualisée, mais avec la même intensité que les services à l'interne.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
26. Développer un service permettant à la personne de prendre un temps d'arrêt de quelques jours jusqu'à une semaine au sein d'un service résidentiel.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

Liste des propositions	En pensant aux besoins des personnes présentant un TUS persistant jusqu'à quel point cette proposition est-elle pertinente ?					En pensant au contexte de votre organisation, aux enjeux administratifs et à votre réalité clinique, jusqu'à quel point cette proposition est-elle réalisable d'ici les 5 prochaines années?					Commentaires
	Pas du tout pertinent	Un peu pertinent	Moyennement pertinent	Très pertinent	Extrêmement pertinent	Pas du tout réalisable	Un peu réalisable	Moyennement réalisable	Très réalisable	Extrêmement réalisable	
27. Amener les usagers à développer leur capital de rétablissement à la fois personnel, social et communautaire.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
Continuité des services											
28. Attribuer un intervenant pivot pour le suivi des personnes au long cours.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
29. L'intervenant pivot arrime les différents services du CRD autour de la personne.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
30. L'intervenant pivot assure la continuité entre les différents épisodes de service au sein du CRD.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
31. L'intervenant attitré procède lui-même à l'ouverture de dossier lorsqu'il est recontacté par un client.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
32. Modifier le cadre normatif du MSSS (se retrouvant dans SIC-SRD) pour attribuer le financement des CRD en fonction du nombre d'interventions plutôt que selon le nombre d'ouvertures de dossier.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
33. Pour les clients ayant un suivi au long cours, calculer la charge de cas en attribuant un poids variable aux dossiers en fonction de leur degré d'activité (ex. un dossier en phase calme compterait pour moins qu'un dossier réactivé par un retour intensif dans les services).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
34. Tenir compte des contacts prévus et non prévus dans le calcul de la charge de cas.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

Liste des propositions	En pensant aux besoins des personnes présentant un TUS persistant jusqu'à quel point cette proposition est-elle pertinente ?					En pensant au contexte de votre organisation, aux enjeux administratifs et à votre réalité clinique, jusqu'à quel point cette proposition est-elle réalisable d'ici les 5 prochaines années?					Commentaires
	Pas du tout pertinent	Un peu pertinent	Moyennement pertinent	Très pertinent	Extrêmement pertinent	Pas du tout réalisable	Un peu réalisable	Moyennement réalisable	Très réalisable	Extrêmement réalisable	
35. Intervenir auprès des personnes ayant une trajectoire au long cours aussi à des moments où elles vont bien.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
36. Suite à un épisode de services plus intensif, espacer dans le temps les rencontres suivantes pour donner l'occasion à la personne de mettre en pratique les acquis cliniques.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
37. Utiliser la relation thérapeutique comme une occasion d'apprendre le développement d'une relation positive dans laquelle il y a des limites bienveillantes.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
38. Se baser sur l'auto-évaluation du client pour déterminer la fin de l'épisode de service (ex., questionnaires d'auto-évaluation de la gravité des symptômes d'abus de substances).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
39. Dès l'accueil dans les services, aider la personne à se familiariser avec l'idée que son parcours sera parsemé d'épisodes de service plus intensifs et d'autres moins selon ses besoins.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
40. Nommer à la personne que la fin d'un épisode de services (ex. un séjour à l'interne) est une des étapes dans son processus de rétablissement (et non la fin du cheminement).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
41. Expliquer le concept de syndrome prolongé de sevrage aux patients et aux membres de leur entourage.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

Liste des propositions	En pensant aux besoins des personnes présentant un TUS persistant jusqu'à quel point cette proposition est-elle pertinente ?					En pensant au contexte de votre organisation, aux enjeux administratifs et à votre réalité clinique, jusqu'à quel point cette proposition est-elle réalisable d'ici les 5 prochaines années?					Commentaires
	Pas du tout pertinent	Un peu pertinent	Moyennement pertinent	Très pertinent	Extrêmement pertinent	Pas du tout réalisable	Un peu réalisable	Moyennement réalisable	Très réalisable	Extrêmement réalisable	
42. Aider la personne à voir ses ressources personnelles au travers son histoire de consommation plutôt que ses difficultés ou limites.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
43. Suite à un épisode de services plus intensif, espacer dans le temps les rencontres suivantes pour donner l'occasion à la personne de mettre en pratique les acquis cliniques.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
Retour dans les services											
44. Simplifier le processus administratif menant au retour dans les services pour favoriser la rapidité de la réponse à la demande d'aide.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
45. Amorcer le suivi le plus rapidement possible à chacune des demandes d'aide.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
46. Permettre à la personne de recontacter directement son intervenant plutôt que lui demander de repasser par l'accueil.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
47. Maintien du même intervenant lors d'un retour de service (autant que possible).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
48. Offrir le choix au client qui ne peut retourner avec son intervenant immédiatement, d'attendre qu'une place se libère avec son intervenant ou d'aller vers un nouvel intervenant pour avoir un suivi immédiat.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
49. Clore des épisodes de service plutôt que de fermer un dossier afin de permettre à la personne de revenir facilement si elle a en besoin.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

Liste des propositions	En pensant aux besoins des personnes présentant un TUS persistant jusqu'à quel point cette proposition est-elle pertinente ?					En pensant au contexte de votre organisation, aux enjeux administratifs et à votre réalité clinique, jusqu'à quel point cette proposition est-elle réalisable d'ici les 5 prochaines années?					Commentaires
	Pas du tout pertinent	Un peu pertinent	Moyennement pertinent	Très pertinent	Extrêmement pertinent	Pas du tout réalisable	Un peu réalisable	Moyennement réalisable	Très réalisable	Extrêmement réalisable	
50. Offrir une réponse téléphonique 24 h/24h pour les services en dépendance.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
51. Dans les cas particulièrement complexes, convier les clients à une rencontre d'équipe pour qu'ils participent à la discussion d'orientation de leur dossier.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
52. Considérer le client comme une partie prenante dans la planification des services en utilisant leur auto-évaluation pour déterminer l'orientation de leur dossier.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
53. Lors d'un retour, resituer la personne dans son parcours pour l'amener à voir les progrès réalisés selon les objectifs qu'elle s'était fixés.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
54. Dans les activités de groupe, transformer les ateliers de façon à ce qu'ils soient moins des périodes d'enseignement (éviter que le client nous dise qu'il connaît par cœur le contenu ciblé) et plus des occasions de progresser sur la thématique abordée.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
55. Adopter une approche qui situe d'emblée la personne dans un long processus où chaque étape lui permet de faire des pas de plus pour améliorer sa situation (par opposition à une vision où un épisode de soins devrait apporter de grands changements).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
56. Réinterpréter la rechute et le retour en traitement comme une nouvelle opportunité de changement.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

Liste des propositions	En pensant aux besoins des personnes présentant un TUS persistant jusqu'à quel point cette proposition est-elle pertinente ?					En pensant au contexte de votre organisation, aux enjeux administratifs et à votre réalité clinique, jusqu'à quel point cette proposition est-elle réalisable d'ici les 5 prochaines années?					Commentaires
	Pas du tout pertinent	Un peu pertinent	Moyennement pertinent	Très pertinent	Extrêmement pertinent	Pas du tout réalisable	Un peu réalisable	Moyennement réalisable	Très réalisable	Extrêmement réalisable	
57. Aider la personne à revoir son histoire de demande d'aide et d'utilisation de service comme un parcours de succès et non d'échecs.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
58. Réinterpréter le parcours de vie en aidant la personne à se percevoir comme un combattant ou un guerrier.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
Relances téléphoniques											
59. Pour les clients identifiés comme ayant un profil persistant, faire des relances après un épisode de soin plus intensif (fréquence des appels de relance à intensité variable selon les besoins).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
60. Dès le début du traitement, informer la personne qu'à la fin de la période plus intensive de services suivront des relances téléphoniques.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
61. Garder les dossiers ouverts même si le client est absent à une relance téléphonique.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
62. Varier les modalités de relances (téléphone, lettre, carte, courriel, texto).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
63. Considérer que la responsabilité de la prise de contact repose sur l'institution et l'équipe traitante.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
Besoins spécifiques											
64. Intégrer la question des traumas au sein de la programmation en dépendance.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
65. Former les intervenants pour développer leur acuité à dépister les traumas.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

Liste des propositions	En pensant aux besoins des personnes présentant un TUS persistant jusqu'à quel point cette proposition est-elle pertinente ?					En pensant au contexte de votre organisation, aux enjeux administratifs et à votre réalité clinique, jusqu'à quel point cette proposition est-elle réalisable d'ici les 5 prochaines années?					Commentaires
	Pas du tout pertinent	Un peu pertinent	Moyennement pertinent	Très pertinent	Extrêmement pertinent	Pas du tout réalisable	Un peu réalisable	Moyennement réalisable	Très réalisable	Extrêmement réalisable	
66. Outiller les intervenants quant aux spécificités de l'intervention auprès de personnes victimes de traumas.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
67. Instaurer un milieu de traitement sécuritaire (ex. maintien d'un environnement calme; contrôler les entrées et les sorties, accès à un lieu où il est possible de se réfugier pour être au calme, etc.).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
68. Développer une vaste gamme d'outils et de ressources pour répondre de façon individualisée aux problèmes associés au TUS.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
69. Intégrer la question des traumas au sein de la programmation en dépendance.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
70. Donner de l'information à propos des symptômes les plus couramment associés au trauma.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
71. Développer un réseau de service pouvant assurer la prise en charge des personnes présentant des traumas.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
72. Accompagner la personne dans la recherche de stratégies pour faire face aux symptômes de trauma.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
73. Développer une offre de service d'hébergement spécifique aux femmes permettant d'assurer la transition avant une thérapie ou après une thérapie.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
74. Intégrer la question de la sexualité et des liens avec la consommation au sein de la programmation en dépendance.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

Liste des propositions	En pensant aux besoins des personnes présentant un TUS persistant jusqu'à quel point cette proposition est-elle pertinente ?					En pensant au contexte de votre organisation, aux enjeux administratifs et à votre réalité clinique, jusqu'à quel point cette proposition est-elle réalisable d'ici les 5 prochaines années?					Commentaires
	Pas du tout pertinent	Un peu pertinent	Moyennement pertinent	Très pertinent	Extrêmement pertinent	Pas du tout réalisable	Un peu réalisable	Moyennement réalisable	Très réalisable	Extrêmement réalisable	
75. Développer une offre de service intégrant la question de la consommation sexualisée.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
Évaluation											
76. Développer un outil d'évaluation abrégé utilisé lors de l'accueil des personnes qui reviennent dans les services et qui prendrait en compte les modifications dans les comportements de consommation et les évènements marquants qui se sont produits depuis le dernier épisode de service.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
77. Faire une mise à jour de la situation (évaluation) sous forme de discussion plutôt que d'une fiche technique à remplir.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
78. Développer une gamme d'outils de monitoring simples pour que les clients puissent s'autoévaluer régulièrement (consommation, autres objectifs liés au traitement, etc.).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
79. Offrir certains de ces outils de monitoring sur un support technologique, comme une application de téléphone.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
80. Considérer les besoins des personnes qui ont des difficultés sur le plan de la lecture dans le développement des outils de monitoring.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
81. Ajuster l'intensité des services selon les résultats de l'auto-monitoring.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

Liste des propositions	En pensant aux besoins des personnes présentant un TUS persistant jusqu'à quel point cette proposition est-elle pertinente ?					En pensant au contexte de votre organisation, aux enjeux administratifs et à votre réalité clinique, jusqu'à quel point cette proposition est-elle réalisable d'ici les 5 prochaines années?					Commentaires
	Pas du tout pertinent	Un peu pertinent	Moyennement pertinent	Très pertinent	Extrêmement pertinent	Pas du tout réalisable	Un peu réalisable	Moyennement réalisable	Très réalisable	Extrêmement réalisable	
82. Demander fréquemment au client d'évaluer la relation thérapeutique (ex. à toutes les 5 rencontres).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
83. La mesure du succès ne devrait pas se faire uniquement au regard des progrès sur la consommation, mais également quant aux progrès dans les autres sphères de vie.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
84. Explorer les forces mobilisées pour passer au travers des périodes difficiles.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
La collaboration avec les partenaires du réseau											
85. Mise en place d'équipes composées d'intervenants en santé mentale et en toxicomanie.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
86. Développer une offre de service intégré dans laquelle les différents services sont coordonnés par un gestionnaire de cas.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
87. Utiliser le PSI pour coordonner les services des personnes présentant des besoins complexes.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
88. Développer des ententes de partenariat entre les différents services du réseau pour les usagers présentant des problèmes au long cours.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
89. Utiliser un système d'information unique permettant un accès partagé à l'information entre les différents services du réseau.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
90. Intégrer des intervenants en dépendance dans les réunions cliniques d'équipe de santé mentale.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

Liste des propositions	En pensant aux besoins des personnes présentant un TUS persistant jusqu'à quel point cette proposition est-elle pertinente ?					En pensant au contexte de votre organisation, aux enjeux administratifs et à votre réalité clinique, jusqu'à quel point cette proposition est-elle réalisable d'ici les 5 prochaines années?					Commentaires
	Pas du tout pertinent	Un peu pertinent	Moyennement pertinent	Très pertinent	Extrêmement pertinent	Pas du tout réalisable	Un peu réalisable	Moyennement réalisable	Très réalisable	Extrêmement réalisable	
91. Mise en place des espaces de travail qui regroupent des professionnels provenant de différents domaines (ex. santé mentale et dépendance).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
92. Instaurer des partenariats avec des groupes de médecine familiale.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
93. Favoriser l'accès simple et rapide à un psychiatre pour les usagers.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
94. Instaurer des partenariats avec des psychiatres pour que les intervenants en dépendance puissent les consulter facilement.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
95. Mise en place de stratégies telles que la formation croisée par rotation pour favoriser un réel partage des savoirs entre les équipes.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
96. Développer une campagne d'éducation destinée aux partenaires du réseau pour présenter les caractéristiques et les besoins des personnes présentant un TUS au long cours	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
97. Prendre garde d'étiqueter les personnes présentant un TUS au long cours en présentant leur problématique aux partenaires.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
98. Proposer une formation de base en dépendance dans les universités et les cégeps qui offrent des programmes dans le domaine psychosocial/ soin infirmier.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
99. Outiller les intervenants en dépendance sur les autres concomitances que la santé mentale (problèmes judiciaires/délinquance, DI-TSA).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

Liste des propositions	En pensant aux besoins des personnes présentant un TUS persistant jusqu'à quel point cette proposition est-elle pertinente ?					En pensant au contexte de votre organisation, aux enjeux administratifs et à votre réalité clinique, jusqu'à quel point cette proposition est-elle réalisable d'ici les 5 prochaines années?					Commentaires
	Pas du tout pertinent	Un peu pertinent	Moyennement pertinent	Très pertinent	Extrêmement pertinent	Pas du tout réalisable	Un peu réalisable	Moyennement réalisable	Très réalisable	Extrêmement réalisable	
100. Développer des ententes de service réciproques, notamment avec les services hospitaliers pour établir des lignes directrices claires de prise en charge.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
Implication des membres de l'entourage											
101. Intégrer l'entourage dans le processus d'évaluation des besoins des personnes ayant un TUS persistant.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
102. Intégrer l'entourage dans le suivi de la personne ayant un TUS persistant.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
103. Intervenir auprès de l'entourage dès l'accueil de la demande afin de les soutenir et favoriser leur bien-être.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
104. Élargir la définition de l'entourage pour considérer l'ensemble des personnes investies auprès d'un client lorsque sa famille est absente ou désinvestie.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
105. Éduquer les membres de l'entourage sur la durée du processus de rétablissement.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
Documenter le besoin de services au long cours											
106. Documenter le pourcentage de personnes présentant un profil persistant dans les services en dépendance.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
107. Établir le portrait des personnes qui nécessiteraient un suivi au long cours en définissant leurs caractéristiques.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

Commentaires généraux :

Appendice D. Formulaire d'information et de consentement pour les participants de la démarche Delphi

Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches Québec

Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches

UQTR Université du Québec à Trois-Rivières Savoir. Surprendre.

FORMULAIRE D'INFORMATION ET **DE CONSENTEMENT**

Titre du projet de recherche : Aménagements des services spécialisés en dépendance pour mieux répondre aux besoins de traitement au long cours des personnes présentant un trouble d'usage de substance chronique

Mené par : Myriam Beaulieu, étudiante au doctorat en psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières, 418. 659-2170 au poste 2807

Sous la direction de : Joël Tremblay, professeur au département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières
et de Karine Bertrand, professeure à la faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

Responsable du projet de recherche au CISSS de Chaudière-Appalaches : Joël Tremblay, professeur au département de psychoéducation, Université du Québec à Trois-Rivières

---

Vous êtes invités à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, il est important de prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Nous vous invitons à communiquer avec le responsable du projet de recherche pour obtenir des explications supplémentaires ou pour toute autre information que vous jugerez utile. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie.

A. DESCRIPTION ET BUT DU PROJET DE RECHERCHE

Plusieurs chercheurs s'entendent sur le fait que les personnes présentant un trouble d'usage de substance chronique doivent recevoir des services au long cours. De plus, plusieurs résultats de recherche tendent à démontrer qu'une offre à long terme (18 mois et plus) permet de réduire plus efficacement la consommation de substance psychoactive que les traitements habituels de plus courte durée. Toutefois, plusieurs aspects demeurent à valider, notamment les composantes cliniques et organisationnelles dont les services à long terme devraient être composés pour soutenir le rétablissement de cette clientèle.

S'inscrivant dans le cadre d'une thèse de doctorat, l'objectif général de ce projet est de déterminer les aménagements qui peuvent être apportés à l'organisation des services spécialisés en dépendance en vue d'adapter l'offre de service actuelle aux besoins des personnes présentant un trouble d'usage de substance chronique. C'est à titre de gestionnaire ou de clinicien œuvrant dans un centre spécialisé en dépendance que vous êtes invités à participer à cette démarche de consultation qui se déroulera dans

six centres de réadaptation au Québec. Si vous acceptez de participer, vous serez amenés à donner votre opinion quant aux aménagements organisationnels et cliniques dans une offre de service au long cours.

B. NATURE ET DUREE DE LA PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Cette démarche de consultation s'échelonnera sur une durée d'environ 2 mois. Si vous acceptez d'y participer elle se déroulera en trois temps :

1) Vous serez invités à participer à une discussion de groupe (entre 6 et 12 personnes), d'une durée de 3h30, animée par les responsables de la recherche. La rencontre aura lieu sur votre milieu de travail. La discussion sera enregistrée pour faciliter le travail de synthèse. La rencontre débutera par la présentation du projet, ce sera l'occasion de poser vos questions si vous en avez. Ensuite, une brève présentation sera faite à propos : des modèles de traitement au long cours tant dans le champ de la toxicomanie que dans celui des maladies physiques chroniques, de même que différentes philosophies d'intervention (ex. l'approche centrée sur le rétablissement, la réduction des méfaits, etc.). Par la suite, vous aurez une courte période pour réfléchir à différentes propositions de stratégies cliniques et des organisationnelles pour adapter l'offre de service aux personnes présentant une problématique de trouble d'usage de substance chronique. Ces propositions seront ensuite discutées en grand groupe pour les clarifier et les développer de façon à ce qu'à la fin de la rencontre un consensus émerge quant aux propositions d'aménagements à retenir.

2) Environ deux semaines après cette rencontre, vous recevrez par courriel un questionnaire issu de la discussion de groupe quant aux propositions d'aménagements organisationnels et cliniques. Il vous sera demandé de qualifier la faisabilité et la pertinence de chaque proposition d'aménagement à l'aide d'une échelle allant de 1 à 5. La complétion du questionnaire ne devrait pas excéder 30 minutes. Des instructions vous seront également transmises concernant la troisième ronde de consultation.

3) Le processus de consultation prendra fin lors d'une conférence téléphonique (ou par visioconférence selon les moyens de votre milieu) d'une durée d'environ 1h30 minutes. Vous serez alors informés des résultats du questionnaire et vous aurez l'occasion d'apporter vos derniers commentaires. Une fois le projet terminé, vous recevrez, si vous le souhaitez, un rapport de recherche résumant les résultats de la démarche de consultation auprès de l'ensemble des centres de réadaptation en dépendance participants.

C. AVANTAGES POUVANT DECOULER DE LA PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Sur le plan professionnel, vous pourriez acquérir de nouvelles connaissances à propos d'une variété de modèles de traitement offerts dans une perspective à long terme, vous amenant à être plus sensible à la réalité et aux besoins cliniques des personnes présentant un trouble d'usage de substance chronique. Vous pourriez ainsi vous sentir un peu plus outillé pour intervenir auprès de cette clientèle.

Finalement, votre apport pourrait contribuer à l'amélioration de l'offre de service pour les personnes présentant un trouble d'usage de substance chronique en menant à des recommandations concrètes, réalistes, contextualisées et acceptables quant aux aménagements organisationnels et cliniques à mettre en place pour offrir des services à long terme répondant à la réalité de cette clientèle.

D. INCONVENIENTS POUVANT DECOULER DE LA PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Outre le temps que vous prendrez pendant vos heures de travail pour participer à cette démarche de consultation, vous serez amenés à exprimer votre point de vue concernant les aménagements à mettre en place pour adapter l'offre de services aux personnes présentant un trouble d'usage de substance chronique. Vous devrez exprimer votre opinion devant vos collègues et gestionnaires, comme vous le feriez dans le cadre d'une réunion clinique. Pour s'assurer que le climat de la discussion demeure cordial, l'animateur rappellera aux participants de demeurer respectueux et courtois dans leurs commentaires au début de la rencontre.

De plus, les données recueillies par cette démarche de consultation sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Les synthèses des discussions en groupe et par téléphone seront faites de façon à ce qu'il ne soit pas possible de vous identifier. Vos réponses au questionnaire que vous recevrez par courriel seront également gardées confidentielles.

E. COMPENSATION

Comme votre participation se déroulera pendant vos heures de travail, vous serez rémunérés de la façon habituelle. Aucune autre compensation financière n'est prévue dans le cadre de ce projet de recherche.

F. RETRAIT DE LA PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à cette démarche de consultation est volontaire. Vous êtes donc entièrement libre de participer ou non et de refuser de répondre à certaines questions. Vous pouvez également mettre fin à votre participation à n'importe quel moment en avisant le chercheur, et ce, sans préjudice et sans avoir à fournir d'explication. Si vous vous retirez du projet ou êtes retirés du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

G. ACCES AU DOSSIER DE RECHERCHE

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches ou par l'établissement, par une personne nommée par un organisme autorisé. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

H. CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, les responsables du projet de recherche recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par les responsables du projet.

Les données recueillies dans le cadre de cette démarche de consultation sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Les données recueillies à chaque ronde de consultation seront synthétisées, puis analysées de façon à guider la ronde de consultation suivante. Chacune de ces synthèses sera faite de façon à ce qu'il ne soit pas possible d'identifier les participants. De plus, aucune donnée recueillie dans le cadre de cette recherche ne sera consignée dans votre dossier d'employé.

Le contenu des discussions de groupe et téléphonique sera enregistré afin de faciliter le travail de synthèse et ne rien perdre du contenu de la discussion. Les enregistrements ne seront accessibles que par les responsables du projet et seront conservés dans un classeur barré dans les locaux de l'Université du Québec à Trois-Rivières campus de Québec. En tant que participant à ce projet de recherche, vous êtes tenus de garder confidentielle l'information que vous entendrez concernant les autres participants durant les rencontres de groupe.

Les données de recherche (enregistrements audio, synthèses des rondes de consultation, questionnaire) seront conservées dans un classeur barré dans les locaux de l'UQTR-campus Québec, pendant cinq ans. Les informations personnelles (formulaire de consentement) seront également conservées de manière sécuritaire pendant la même période, mais séparément des données de recherches. Seuls les responsables du projet auront accès à l'ensemble des renseignements recueillis.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

I. IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions, que vous éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche, ou que vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec Myriam Beaulieu au 418 659-2170 au poste 2807.

En cas de plainte : Pour tout problème concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de Chaudière-Appalaches, ou un membre de son équipe, au numéro suivant : 1 877 986-3587.

Surveillance éthique du projet de recherche : Le comité d'éthique de la recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches a approuvé ce projet de recherche et assurera le suivi du projet. Pour toute information, vous pouvez joindre le coordonnateur du comité d'éthique de la recherche, ou son représentant, au 418 835-7121, poste 11256.

Déclaration du chercheur ou de la personne qui obtient le consentement

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

_____

Nom de la personne qui obtient le consentement Signature Date

Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

_____ _____

Nom du participant Signature du participant

Fait à _____, le _____.

Je souhaite recevoir un bref rapport de recherche présentant les résultats de la démarche de consultation.	Oui ☐ →	Inscrivez l'adresse courriel à laquelle vous souhaitez que nous vous transmettions le rapport :
	Non ☐	

Appendice E.

Formulaire d'information et de consentement pour les participants des entrevues individuelles

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Projet de recherche *GENDER-ARP*

Addiction, pratiques à risque et rétablissement en contexte de précarité sociale : comment mieux intervenir tenant compte du genre et des stades de la vie

Numéro du projet : 2020-3294

Chercheurs principaux

Karine Bertrand, Professeure titulaire, Programme d'études et de recherche en toxicomanie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.

Marie Jauffret Roustide, Chargée de recherche, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Paris, France.

André Lemaître, Directeur, Group of Research and Applications in Statistical Physics (GRASP), Université de Liège, Liège, Belgique.

Pour information	
Laura Désilets *Professionnelle de recherche*	***(450) 463-1835 poste 61823,*** Laura.Desilets@USherbrooke.ca
Karine Bertrand *Professeure titulaire*	***(450) 463-1835 poste 61604,*** Karine.Bertrand@USherbrooke.ca
Myriam Beaulieu *Étudiante au doctorat*	***(418)* 659-2170 au poste 2807** Myriam.beaulieu@uqtr.ca

Nous sollicitons votre participation à réaliser une entrevue de recherche dans le cadre du projet de recherche Gender-ARP. Veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires à la chercheure principale ou aux autres personnes affectées au projet de recherche. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie.

A. NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet de recherche international (Canada, France et Belgique) vise ultimement l'élaboration de lignes directrices pour des services à long terme, intégrés et sensibles au genre qui répondent aux besoins sociaux et de soins de santé complexes des utilisateurs de d'alcool et autres drogues. L'objectif principal de ce projet est de mieux comprendre comment le genre et les stades de la vie influencent la dépendance à l'alcool et autres drogues, les risques pour la santé et les stratégies pour se sentir mieux. Pour ce faire, nous aimerions connaître votre point de vue et votre expérience en lien avec différentes thématiques associées à la consommation d'alcool et autres drogues, par exemple le bien-être et la santé, les services et traitements reçus, l'identité de genre et sexuelle, la sexualité, la violence et les perspectives d'avenir.

B. DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE ET COLLABORATION DU PARTICIPANT

Si vous acceptez de participer à une entrevue de recherche:

1) Vous serez invité-e à participer à une entrevue individuelle, d'une durée de 90 à 120 minutes, menée par un membre de notre équipe de recherche.
2) L'entrevue individuelle aura lieu dans les locaux du centre de réadaptation en dépendance du CISSS de Chaudière-Appalaches Si vous vivez dans une région éloignée ou s'il est impossible pour vous de vous déplacer, l'entrevue individuelle aura lieu par téléphone ou sur la plateforme Zoom.
3) L'entrevue sera audio-enregistrée et retranscrite à des fins d'analyse.
4) Avant l'entrevue individuelle, nous vous demanderons de compléter un court questionnaire sociodémographique anonyme en vue de mieux connaître votre situation actuelle (âge, sexe, genre, orientation sexuelle, appartenance ethnique, scolarité, utilisation de tabac, drogues et d'alcool, etc).
5) Pendant l'entrevue individuelle, des questions vous seront posées sur des thématiques associées à votre consommation d'alcool et autres drogues (bien-être et santé, services et traitements reçus, l'identité de genre et sexuelle, sexualité, violence et perspectives d'avenir).
6) Nous pourrions vous proposer de participer à une deuxième entrevue, si cela s'avère nécessaire, pour approfondir certains thèmes ou pour valider les résultats de la première entrevue. Vous serez alors libre d'accepter ou non de nous rencontrer à une deuxième reprise.
7) Nous pourrions également vous informer de la tenue d'événements et de la disponibilité de documents qui vous permettront, si vous êtes intéressé-e, de participer à des activités d'échange et délibération visant à dégager un consensus sur les lignes directrices en matière de services à long terme, intégrés et sensibles au genre ou d'être mis au courant des principaux résultats du projet.

C. RISQUES, INCONVÉNIENTS ET BÉNÉFICES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION

Le projet comporte certains risques minimaux. Il est possible que vous ressentiez une certaine gêne liée à l'enregistrement de l'entrevue ou un inconfort face à certaines questions. Si tel est le cas, vous serez libre de demander que l'enregistrement soit arrêté et libre de ne pas répondre aux questions que vous jugerez gênantes. Le projet vise à documenter votre perspective et votre expérience personnelle, et aucun jugement de valeur n'est porté sur les informations partagées lors des entrevues. Une liste de références où obtenir de l'aide vous sera remise à la fin de l'entrevue. Comme prévu par la loi, la confidentialité pourrait être brisée par l'équipe de recherche uniquement si votre propre sécurité ou celle des autres était en danger de façon imminente, auquel cas vous seriez mis au courant des préoccupations et des démarches à mettre en place. Votre participation comportera également l'inconvénient de devoir prendre de votre temps pour participer à l'entrevue individuelle. Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons pas le garantir. Votre participation pourrait vous donner l'occasion de faire un bilan personnel, d'être entendu et de partager votre perspective et votre expérience. Par ailleurs, les informations découlant de ce projet de recherche contribueront ultimement à l'amélioration des services et des traitements au long cours offerts aux personnes vivant avec une problématique de SPA.

D. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'agent-e de recherche. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur votre relation avec l'équipe de recherche. À moins d'avis contraire de votre part, si vous vous retirez du projet ou êtes retiré-e, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet (enregistrements) seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité scientifique du projet.

E. CONFIDENTIALITÉ

Tous les renseignements recueillis, c'est-à-dire le formulaire de consentement, l'enregistrement, la transcription de l'entrevue et le questionnaire sociodémographique demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Les renseignements qui seront utilisés à des fins d'analyse seront anonymisés : un code et un nom fictif vous seront attribués. L'information reliant le code et le nom fictif à votre identité sera conservée de manière sécuritaire avec les documents d'origine. Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier, au besoin. Les données de recherche seront conservées de manière sécuritaire pendant 5 ans après la fin du projet par la chercheure principale de ce projet, Pre Karine Bertrand, à l'Université de Sherbrooke. Les informations personnelles (formulaire de consentement) seront également conservées de manière sécuritaire pendant 5 ans, mais séparément des données de recherches (transcription de l'entrevue et questionnaire sociodémographique). Ce seront uniquement la chercheure principale et la coordonnatrice de recherche qui auront accès à l'ensemble des renseignements recueillis. Les membres de l'équipe de recherche pourront avoir accès aux données anonymisées à des fins d'analyse. Les résultats de recherche pourront être publiés ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

F. COMPENSATIONS

En guise de dédommagement pour votre temps et votre déplacement, vous recevrez une compensation monétaire de 20$ pour l'entrevue de recherche. Si l'entrevue individuelle est réalisée à distance, vous recevrez la compensation financière par virement Interac.

G. DROITS DU PARTICIPANT EN CAS DE PRÉJUDICE

Si vous devez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, soyez avisés que vous êtes sous la protection des lois en vigueur au Québec. En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

H. UTILISATION SECONDAIRE DES DONNÉES RECUEILLIES

Les données recueillies dans le cadre du présent projet de recherche pourraient être d'intérêt pour d'autres activités de recherche dans le domaine de la santé et en lien avec la consommation de SPA. Si vous y consentez, vos données pourront être utilisées dans le cadre d'autres projets de recherche sous la responsabilité de Karine Bertrand et des co-chercheur-es du projet. L'utilisation de vos données dans le cadre d'un autre projet de recherche se fera après que ce projet ait été approuvé par un Comité d'éthique de la Recherche (CÉR) et sera soumis aux mêmes règles et normes que pour le présent projet. Il n'est pas nécessaire de consentir à l'utilisation secondaire de vos données pour participer au présent projet de recherche.

I. PERSONNES-RESSOURCES ET SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec la chercheure principale ou avec la coordonnatrice de recherche (Karine Bertrand (450) 463-1835 poste 61604, Laura Desilets (450) 463-1835 poste 61823 ou Myriam Beaulieu, 418 **659-2170 au poste 2807).**

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. Nous nous engageons à lui soumettre pour approbation toute révision ou modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire de consentement. Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité, vous pouvez communiquer avec le Bureau d'autorisation des projets de recherche du CIUSSS de l'Estrie-CHUS via ethique.recherche.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca ou au numéro 819-346-1110, poste 12856.

Pour tout problème concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de Chaudière-Appalaches, ou un membre de son équipe, au numéro suivant: 1 877 986-3587.

J. FINANCEMENT DU PROJET

Ce projet est financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), subvention gérée en collaboration avec GENDER-NET Plus.

CONSENTEMENT
(copie du/de la participant-e)

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

- Je consens à ce que l'agent-e de recherche **me recontacte si nécessaire pour approfondir certains thèmes ou pour valider les résultats** de l'entrevue individuelle.

  Oui ☐ Non ☐

- Je consens à ce que l'agent-e de recherche **m'informe de la tenue d'événements et de la disponibilité de documents** qui me permettront, si je suis intéressé, de participer à des activités d'échange et délibération et d'être mis au courant des principaux résultats du projet.

  Oui ☐ Non ☐

- Je consens à ce que **les données recueillies soient conservées pour une utilisation secondaire** sous la responsabilité de Karine Bertrand.

  Oui ☐ Non ☐

- Je consens à ce que l'agent-e de recherche **me sollicite pour participer à un projet ultérieur** qui s'inscrit dans les mêmes priorités de recherche.

  Oui ☐ Non ☐

Date	Nom du/de la participant-e	Signature du/de la participant-e

J'ai expliqué au/à la participant-e le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il/elle m'a posées.

Date	Nom de l'agent-e de recherche	Signature de l'agent-e de recherche

CONSENTEMENT
(copie de l'agent-e de recherche)

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

- Je consens à ce que l'agent-e de recherche **me recontacte si nécessaire pour approfondir certains thèmes ou pour valider les résultats** de l'entrevue individuelle.

  Oui ☐ Non ☐

- Je consens à ce que l'agent-e de recherche **m'informe de la tenue d'événements et de la disponibilité de documents** qui me permettront, si je suis intéressé, de participer à des activités d'échange et délibération et d'être mis au courant des principaux résultats du projet.

  Oui ☐ Non ☐

- Je consens à ce que **les données recueillies soient conservées pour une utilisation secondaire** sous la responsabilité de Karine Bertrand.

  Oui ☐ Non ☐

- Je consens à ce que l'agent-e de recherche **me sollicite pour participer à un projet ultérieur** qui s'inscrit dans les mêmes priorités de recherche.

  Oui ☐ Non ☐

Date	Nom du/de la participant-e	Nom du/de la participant-e

J'ai expliqué au/à la participant-e le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il/elle m'a posées.

Date	Nom de l'agent-e de recherche	Signature de l'agent-e de recherche