

Une méthode simplifiée pour
**LE CONTRÔLE DE
ROUTINE DES RÉSULTATS**
après un programme de réhabilitation
pour la toxicomanie

16 sept. 2013

**Richard D. Lennox, Marie A. Sternquist
et Dr Alfonso Paredes**



Une méthode simplifiée pour
**LE CONTRÔLE DE
ROUTINE DES RÉSULTATS**
après un programme de réhabilitation
pour la toxicomanie



16 Septembre 2013

Richard D. Lennox
Chestnut Health Systems
2404 Western Park Lane, Hillsborough, NC 27278, USA

Marie A. Sternquist
Consultante indépendante pour la recherche
14650 Wildien Drive, Anchorage, AK 99516, USA

Alfonso Paredes
Professeur émérite de psychiatrie
Université de Californie à Los Angeles

Une méthode simplifiée pour **LE CONTRÔLE DE ROUTINE DES RÉSULTATS** après un programme de réhabilitation pour la toxicomanie

Richard D. Marie A. Lennox Sternquist et Dr. Alfonso Paredes
examiné par des pairs et publié par Libertas Academica

RÉSUMÉ

La procédure d'acquisition des résultats d'une cure de détoxication pour gérer la qualité des soins, améliorer la satisfaction des personnes et allouer les ressources au programme est freinée par deux difficultés majeures : (1) les problèmes pour retrouver les personnes une fois leur programme terminé, et (2) le coût démesuré qu'engendre l'obtention de données post-programme significatives et fiables. Cette étude fait le point sur les méthodes précises d'une procédure économique de suivi des résultats (ROM) faite par le personnel et basée sur dix-huit questions essentielles posées par téléphone. Tel qu'il est en usage au Narconon de l'Oklahoma, centre du programme de réhabilitation des drogués basé sur les aptitudes sociales et comportementales, le système s'est montré adéquat psychométriquement pour un rapport global tout en fournissant des informations cliniquement utiles.

Cette étude analyse la procédure développée et en usage au centre Narconon de l'Oklahoma pour le suivi à long terme des résultats obtenus par les diplômés de son programme de réhabilitation des toxicomanes et des alcooliques. Ce document décrit les méthodes précises d'une procédure économique de suivi des résultats faite par le personnel, basée sur 18 questions essentielles posées par téléphone, telle qu'elle est utilisée dans le programme Narconon et les conclusions de cette procédure de suivi des résultats.

Les objectifs de la procédure de suivi des résultats sont simplement de s'assurer d'une efficacité reproductible et constante du programme à un coût raisonnable ; d'améliorer la qualité générale du programme ; et de garantir la responsabilité des fournisseurs de services de santé vis-à-vis de leurs sources de financement par le suivi des résultats obtenus en maintenant un programme de qualité.

Le suivi systématique des personnes une fois leur programme complet terminé et alors qu'elles vivent sous une supervision minimale comme celle d'un membre de leur famille, du monde du travail ou de leur communauté est l'une des méthodes les plus convaincantes pour démontrer au monde réel l'efficacité

des programmes de santé comportementale. En dépit des buts énoncés de rassembler des informations significatives une fois le programme terminé, la plupart des efforts de suivi des performances en sont encore au stade du développement. Les limites à la collecte des données incluent (1) la difficulté à localiser les personnes une fois parties de l'établissement (2) l'utilisation des membres du personnel pour collecter les données de suivi alors que leur fonction principale est d'administrer des services pour dépendance aux substances chimiques et (3) de se fier à des entretiens personnels et autres protocoles chronophages et coûteux qui demandent une importante formation du personnel et peut résulter en informations biaisées ou perdues à cause de la complexité du suivi.

Narconon a développé un processus optimisé pour le suivi des résultats, une procédure basée sur le téléphone et conduite à l'intérieur même du centre de soins continus. Celui-ci utilise une courte enquête des résultats et est suffisamment simple pour faire partie des tâches du membre du personnel des petites structures et a l'avantage de pouvoir être accompli par des individus n'ayant pas été formés aux méthodes de recherche. La procédure permet d'obtenir rapidement les commentaires sur le programme et par là même de localiser et de travailler avec des personnes ayant pu rencontrer des difficultés après leur sortie et en même temps, permet que les données obtenues soient utiles à la supervision de l'efficacité globale du programme de réhabilitation, en permettant aux responsables d'effectuer les ajustements nécessaires à l'amélioration de l'efficacité du programme.

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'une procédure d'après un programme pour le suivi des résultats (ROM) en tant qu'outil de mesure et d'amélioration des résultats obtenus par les services de réhabilitation des toxicomanes. Pour y parvenir, Narconon International et la société de Technologies Psychométriques ont développé une méthode scientifique éprouvée pour obtenir des données de suivi utiles et utilisées de manière coordonnée durant les inscriptions, la supervision des cas et le suivi des personnes déjà en place à Narconon. Initialement, un questionnaire en dix points fut développé mais il a été étendu pendant la phase de consultation en se basant sur les recommandations du personnel de postcure et de supervision des cas. Au final, l'enquête consiste en six questions portant sur une auto-évaluation de la consommation de drogues et d'alcool durant les trente derniers jours, deux questions sur l'usage général de drogues depuis la fin du programme, cinq sur la qualité de vie depuis les trente derniers jours, et plusieurs autres questions utiles à la mesure du succès de l'individu lors de sa réintégration dans la communauté.

Pour satisfaire les objectifs de développer et d'évaluer cet outil et la méthodologie ROM nous avons limité ce projet à l'étude de ceux ayant terminé le programme complet de Narconon (les « diplômés »). Les membres du personnel de Narconon ont établi une liste d'individus ayant terminé le programme entre 2004 et 2007.

Des spécialistes de postcure ont alors fait les enquêtes ROM par téléphone. Au départ, en plus des enquêtes téléphoniques faites auprès des diplômés, des enquêtes ont été menées auprès de leurs proches dans le but de déterminer si les informations fournies par le diplômé étaient fiables. Une fois constaté une corrélation statistique élevée entre les données fournies par les proches et celles du diplômé, nous avons interrogé les proches lorsque après trois tentatives les diplômés n'étaient pas joignables directement.

Les informations obtenues ont d'abord été rendues anonymes pour satisfaire aux règles locales et fédérales de confidentialité des données avant d'être transmises pour analyse à la société de Technologies Psychométriques.

Nous avons obtenu les données de 323 sujets sur 419 retournés dans leur milieu, soit 22,9 % de données manquantes. Le premier échantillon avait un taux de suivi inadéquat. En analysant les actions de succès d'autres chercheurs du domaine¹, les améliorations suivantes ont été apportées : (1) Les membres du personnel se sont exercés à utiliser un formulaire d'inscription simple pour récolter plusieurs numéros de téléphone et e-mails de la personne, mais également les adresses et numéros de téléphone de parents ; (2) Toutes les coordonnées ont été vérifiées et actualisées à la fin du programme et, (3) Une check-list a été mise en place pour organiser le processus de suivi. Comme résultat de ces améliorations, le taux de contact après programme a atteint 80 % de manière stable.

Les informations fournies par les diplômés et leurs parents (sources tierces) ont été analysées statistiquement et sont tout à fait cohérentes. À partir de là, la validité des mesures de l'auto-évaluation utilisées dans l'approche ROM a pu être établie. Parmi ces informations, 72,1 % des données utilisées ont été spontanément fournies par les diplômés.

Les données ont été analysées pour déterminer le taux de rechute parmi les diplômés du programme Narconon. Les résultats suivants ont été obtenus en réponse à la question posée aux diplômés (ou aux parents) sur leur consommation de drogue pendant les trente jours précédant l'enquête :

Tableau 5. Récurrence des problèmes liés à la drogue.

Consommation de drogue et problèmes	Les problèmes de drogue lors du suivi			
	Diplômé (N=238)		Parent (N=94)	
	Aucun	1+ jours	Aucun	1+ jours
1. 30 jours : consommation d'alcool	180 (76)	58 (24)	62 (66)	32 (34)
2. 30 jours : alcool jusqu'à l'intoxication	216 (91)	22 (09)	85 (90)	9 (10)
3. 30 jours : cocaïne	228 (96)	10 (05)	79 (85)	14 (15)
4. 30 jours : cannabis/haschisch	224 (94)	14 (06)	89 (96)	4 (04)
5. 30 jours : héroïne	233 (98)	5 (02)	83 (89)	10 (11)
6. 30 jours : autres drogues illégales	230 (97)	8 (03)	80 (86)	13 (14)
7. Depuis le diplôme : alcool jusqu'à l'intoxication	165 (69)	73 (31)	52 (56)	41 (44)
8. Depuis le diplôme : consommation d'autres drogues illégales	173 (73)	65 (27)	53 (57)	40 (43)
9. 30 jours : arrêté pour infraction relative aux stupéfiants	228 (96)	19 (04)	85 (91)	8 (09)
10. 30 jours : a passé une nuit en prison	231 (97)	7 (03)	82 (88)	11 (12)
11. 30 jours : stressé à cause de la consommation de drogue	119 (90)	14 (11)	43 (80)	11 (20)
12. 30 jours : a diminué ou abandonné des activités importantes	128 (96)	5 (04)	42 (78)	12 (22)
13. 30 jours : a fait l'expérience de problèmes émotionnels	120 (90)	13 (10)	39 (74)	14 (26)

Note : Les nombres entre parenthèses sont les pourcentages de réponses valides

Il est intéressant de souligner la faculté de suivre pendant trente jours le taux d'usage de drogues et d'alcool des anciens participants au programme, dans le but d'établir l'efficacité des procédures du programme. Dans ce cas, comme montré dans le Tableau 5, ci-dessus :

Pas de consommation de cocaïne	92 %
Pas de consommation de cannabis/haschisch	94 %
Pas de consommation d'héroïne	95 %
Pas de consommation d'autres drogues	93 %
Pas de consommation d'alcool jusqu'au point de l'intoxication	90 %
Pas de consommation d'alcool	76 %

Un des objectifs additionnels de la mise en place de la procédure ROM était de déterminer la faisabilité, grâce au programme de suivi des diplômés, d'être capable de les aider dans le cas où ils rencontreraient d'autres difficultés liées à la consommation de drogue ou d'alcool. A cette fin, on a inclus une question pour déterminer si l'individu avait besoin de services de réhabilitation après qu'il ou elle a terminé le programme. On a trouvé que 12 % seulement de ceux qui avaient terminé le programme rapportaient avoir besoin de services complémentaires de réhabilitation.

Ce rapport montre la faisabilité d'une procédure de suivi des résultats (ROM) à mettre en place dans les centres de traitement des toxicomanes. La gestion de la récupération par téléphone peut remédier à plusieurs facteurs dont :

(1) Stabiliser et harmoniser la récupération avec une philosophie de soins personnalisés. (2) La honte associée au fait de retourner dans un centre après avoir terminé le programme. (3) Atteindre des personnes vivant loin du centre et, (4) La charge financière et le besoin de personnel.

Les données obtenues en utilisant le système ROM semblent satisfaire aux exigences de fournir aux agences des rapports sur l'utilisation ou l'octroi de subventions. Excepté le premier suivi, ce projet produit de manière constante un échantillon représentatif de plus de 80 % et demande peu de formation pour le personnel. Les vérifications collatérales faites en début du projet ont montré peu de « témoignages faussement positifs » là où la personne n'avait peut-être pas voulu blesser les sentiments de son conseiller en rapportant un manque de succès³⁹ probablement grâce à l'utilisation de personnel non soignant dans la procédure de suivi.

Le projet faisait partie d'un programme visant à améliorer continuellement les résultats, y compris les résultats auxquels on ne s'attendait pas. L'engagement du personnel soignant dans le processus de suivi de ces résultats et la prise en compte des renseignements obtenus dans les décisions managériales va vraisemblablement amener à une plus grande prise de responsabilité pour améliorer les résultats. Des calculs faits sur l'efficacité du programme pour des objectifs tels que l'octroi de subventions par des tiers pourraient être étendus en incluant une vérification par une procédure ROM indépendante de même nature sur un échantillon aléatoire de 10 %.

Ce projet s'est focalisé uniquement sur les personnes ayant terminé le programme. Les taux de suivi, et particulièrement les informations concernant les résultats, ne peuvent être généralisés qu'à ceux ayant suivi entièrement le cursus de soin. De futurs projets, pour aller plus loin dans ce système ROM,

devraient explorer sa faisabilité avec toutes les catégories de sortants. Pour des objectifs de qualité et d'amélioration du programme, il est important d'obtenir des informations venant de ceux qui ont quitté le programme avant de le terminer.

Un programme de qualité devrait changer efficacement le comportement du toxicomane après que la personne a terminé le programme. L'objectif premier de tout système ROM est de fournir des informations en continu sur le long terme avec lesquelles évaluer toute modification des résultats pouvant refléter des changements de la qualité ou des dérives de la méthode.

La version complète de cette étude peut être téléchargée sur :
<http://www.la-press.com/a-simplified-method-for-routine-outcome-monitoring-after-drug-abuse-tr-article-a3885>

RÉFÉRENCES :

1. Glasner-Edwards S, Rawson R. Pratiques documentées du traitement des addictions : revue et recommandations pour une politique publique. *Health Policy*. Oct 2010;97(2-3):93-104.
2. Rosa C, Ghitzia U, Tai B. Sélection et utilisation d'outils de mesure pendant les essais de traitement de la toxicomanie : the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network experience. *Substance Abuse and Rehabilitation*. 17 Juil. 2012;3(1):81-9.
3. 111th Congress of the United States of America. GPRA Modernization Act of 2010. Washington, DC; 2010 <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/BILLS-111hr2142enr/pdf/BILLS-111hr2142enr.pdf>. Accessed Jul 21, 2013.
4. Darby K, Kinnevy SC. GPRA and the development of performance measures. *Journal of evidence-based social work*. Janv. 2010;7(1):5-14.
5. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) Data Collection Tools: Discretionary Services. Disponible à : <https://www.samhsa-gpra.samhsa.gov/CSAT/System.aspx>. Consulté le 22 juil. 2013.
6. McCorry F, Garnick DW, Bartlett J, Cotter F, Chalk M. Developing performance measures for alcohol and other drug services in managed care plans. Washington Circle Group. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*. Nov 2000;26(11):633-43.
7. Harrison PA, Asche SE. Outcomes monitoring in Minnesota: treatment implications, practical limitations. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Dec. 2001;21(4):173-83.
8. Soldz S, Panas L, Rodriguez-Howard M. The reliability of the Massachusetts Substance Abuse Management Information System. *J Clin Psychol* Sept. 2002;58(9):1057-69.
9. Evans E, Hser YI. Pilot-testing a statewide outcome monitoring system: overview of the California Treatment Outcome Project (CALTOP). *Journal of Psychoactive Drugs*. May 2004;Suppl 2:109-14.
10. Minnesota Department of Human Services. DAANES Web User Manual for Chemical Dependency Treatment Programs. Minnesota Department of Human Services, DAANES Data Processing Unit, Performance Measurement and Quality Improvement Division Saint Paul, Minnesota, 2013. http://www.dhs.state.mn.us/main/groups/business_partners/documents/pub/dhs16_152493.pdf. Consulté le 21 juil. 2013.
11. Société : *Minnesota's Statewide Strategy for Drug and Violent Crime Control*. DIANE Publishing Company; 1995.
12. Chi FW, Parthasarathy S, Mertens JR, Weisner CM. Continuing care and long-term substance use outcomes in managed care: early evidence for a primary care-based model. *Psychiatric Services*. Oct. 2011;62(10):1194-200.

13. Wilkerson D, Migas N, Slaven T. Outcome-oriented standards and performance indicators for substance dependency rehabilitation programs. *Substance Use and Misuse*. Oct–Dec 2000;35(12–14):1679–703.
14. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Alcohol and Drug Services Study (ADSS): The National Substance Abuse Treatment System: Facilities, Clients, Services, and Staffing. Office of Applied Studies. Rockville, MD, 2003. <http://www.samhsa.gov/data/ADSS/ADSSOrg.pdf>. consulté le 21 juil. 2013.
15. McKay JR, Van Horn DH, Oslin DW, et al. A randomized trial of extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: within-treatment substance use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Dec 2010;78(6):912–23.
16. McKay JR, Lynch KG, Shepard DS, Pettinati HM. The effectiveness of telephone-based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24-month outcomes. *Arch Gen Psychiatry*. Feb 2005;62(2):199–207.
17. Godley MD, Godley SH, Dennis ML, Funk R, Passeti LL. Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Juil. 2002;23(1):21–32.
18. Paredes A. The Narconon Drug Rehabilitation Program: A descriptive overview. http://www.narconon.org/Narconon_program_overview_DrParedes.pdf. consulté le 6 Août 2013.
19. Schnare DW, Denk G, Shields M, Brunton S. Evaluation of a detoxification regimen for fat stored xenobiotics. *Medical Hypotheses*. Sept. 1982;9(3):265–82.
20. Cecchini M, LoPresti V. Drug residues store in the body following cessation of use: impacts on neuroendocrine balance and behavior—use of the Hubbard sauna regimen to remove toxins and restore health. *Medical Hypotheses*. 2007;68(4):868–79.
21. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, et al. The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1992;9(3):199–213.
22. Moos RH, King MJ. Participation in community residential treatment and substance abuse patients' outcomes at discharge. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Jan–Feb 1997;14(1):71–80.
23. Prendergast ML, Podus D, Chang E. Program factors and treatment outcomes in drug dependence treatment: an examination using meta-analysis. *Substance Use and Misuse*. Oct–Dec 2000;35(12–14):1931–65.
24. Moos RH. Theory-based processes that promote the remission of substance use disorders. *Clin Psychol Rev*. Jun 2007;27(5):537–51.

25. Weisz JR, Weiss B, Donenberg GR. The lab versus the clinic. Effects of child and adolescent psychotherapy. *The American Psychologist*. Dec 1992;47(12):1578–85.
26. Centre de traitement de la toxicomanie (CSAT). CSAT GPRA Client Outcome Measures for Discretionary Programs. http://www.samhsa.gov/Grantso6/downloads/CSAT_GPRA_ClientOutcome2006.pdf. Consulté le 6 août, 2013.
27. McLellan AT, McKay JR, Forman R, Cacciola J, Kemp J. Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*. Avr. 2005;100(4):447–58.
28. Laudet AB, White W. What are your priorities right now? Identifying service needs across recovery stages to inform service development. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Jan 2010;38(1):51–9.
29. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'Brien CP, Kron R. Are the “addiction-related” problems of substance abusers really related? *J Nerv Ment Dis*. Apr 1981;169(4):232–9.
30. McLellan AT, Cacciola JC, Alterman AI, Rikoon SH, Carise D. The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *The American Journal on Addictions/American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*. Mar–Apr 2006;15(2):113–24.
31. Desmond DP, Maddux JF, Johnson TH, Confer BA. Obtaining follow-up interviews for treatment evaluation. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Mar–Apr 1995;12(2):95–102.
32. Carroll ME, Anker JJ, Perry JL. Modeling risk factors for nicotine and other drug abuse in the preclinical laboratory. *Drug and Alcohol Dependence*. Oct 1, 2009;104 Suppl 1:S70–8.
33. Gerstein DR, Green LW, editors. *Preventing Drug Abuse: What Do We Know?* Washington, DC: National Academy Press; 1993.
34. Greenfield L, Burgdorf K, Chen X, Porowski A, Roberts T, Herrell J. Effectiveness of long-term residential substance abuse treatment for women: findings from three national studies. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. Aug 2004;30(3):537–50.
35. Oudejans SC, Schippers GM, Merckx MJ, Schramme MH, Koeter MW, van den Brink W. Feasibility and validity of low-budget telephonic follow-up interviews in routine outcome monitoring of substance abuse treatment. *Addiction*. Jul 2009;104(7):1138–46.
36. Tiet QQ, Byrnes HF, Barnett P, Finney JW. A practical system for monitoring the outcomes of substance use disorder patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Jun 2006;30(4):337–347.
37. Stanford M, Banerjee K, Garner R. Chronic care and addictions treatment: a feasibility study on the implementation of posttreatment continuing recovery monitoring. *Journal of Psychoactive Drugs*. Sep 2010;Suppl 6:295–302.

38. American Society for Addiction Medicine (ASAM). *American Society of Addiction Medicine Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-related Disorders, Second Edition Revised*. Second Edition, Revised ed. Chevy Chase, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
39. Campbell DT. Reforms as experiments. *Amer Psychol*. 1969;24:409-29.

