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

La rédaction de ce document a été réalisée par :

Pierre Desrosiers
Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec

Avec la collaboration de :

Jean-Marc Ménard
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

La recension des écrits a été réalisée par :

Joël Tremblay
Université du Québec à Trois-Rivières

Karine Bertrand
Université de Sherbrooke

Michel Landry
Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

Jean-Marc Ménard
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec est une association d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Ses membres sont des centres de réadaptation ou des organismes apparentés qui offrent des services spécialisés aux personnes, jeunes ou adultes, aux prises avec des problèmes d'alcoolisme, de toxicomanie ou de jeu pathologique.

Les centres de réadaptation en dépendance (CRD), présents dans toutes les régions du Québec, offrent leurs services sur une base externe ou en hébergement. Il s'agit de services d'accueil, d'évaluation, de désintoxication, de réadaptation, de réinsertion sociale et professionnelle, de traitements de substitution, de services médicaux et de services de soutien à l'entourage.

L'Association offre des services de soutien à ses membres autant sur le plan clinique que sur le plan de la gestion et leur fournit une tribune de partage de leur expertise, de leurs connaissances, de leurs réalités. De plus, l'Association représente ses membres auprès des instances gouvernementales et auprès d'un vaste réseau de partenaires avec qui ils sont en relation.

ACRDQ

TABLE DES MATIÈRES

Contributions 7

1. Introduction 9

2. Recension des écrits sur les meilleures pratiques en réadaptation auprès des adultes alcooliques ou toxicomanes 11

2.1 Introduction 11

2.2 Notions d'ensemble 13

2.2.1 Conception de la toxicomanie : problème chronique ou problème ponctuel 13

2.2.2 Le courant des « meilleures pratiques » 15

2.3 Meilleures pratiques 18

2.3.1 Accessibilité 18

2.3.2 Évaluation 21

2.3.3 Planification de l'intervention 24

2.3.4 Facteurs communs à considérer dans l'intervention 28

2.3.5 Modèles d'intervention 36

2.3.6 Durée, intensité et continuité 65

2.3.7 Dimensions organisationnelles reliées à l'efficacité des traitements 77

2.3.8 Analyse des coûts des traitements en comparaison des coûts divers liés à l'absence de traitement 86

2.4 Conclusion 87

3. Services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les CRD 89

3.1 Déploiement, en 2010, de l'offre de services en toxicomanie auprès des adultes dans les CRD 89

3.2 Analyse des programmations 90

3.3 Point de vue des CRD sur les défis actuels de la réadaptation en toxicomanie, les pistes d'amélioration et les pratiques éprouvées et prometteuses en CRD 93

4. Recommandations 101

4.1 Intervention clinique 101

4.2 Organisation de services 104

4.3 Formation 105

4.4 Recherche 106

5. Conclusion 107

6. Annexes

Annexe 1

Résultats du déploiement, en 2010, de l'offre de services en toxicomanie auprès des adultes dans les CRD 109

Annexe 2

Résultats de l'analyse des programmations 119

Annexe 3

Approche par étapes et par niveau de soins (stepped care) 121

7. Références 123

CONTRIBUTIONS

L'ACRDQ souhaite remercier pour leur contribution au présent document les membres du comité :

- **Jean-Marc Ménard,** président, Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec
- **Suzanne Bouré,** Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
- **Martin Camiré,** Centre André-Boudreau
- **Rachel Charbonneau,** Centre Dollard-Cormier – IUD
- **Pierre Desrosiers,** ACRDQ
- **Morris Kokin,** Pavillon Foster
- **Karine Landry,** Centre Le Canal
- **Michel Landry,** Centre Dollard-Cormier – IUD
- **Jennifer Mascitto,** Pavillon Foster
- **Rachel Perreault,** Centre de réadaptation en dépendance Le Virage

et pour la révision de la recension des écrits :

- **Serge Brochu,** Université de Montréal

Autres contributions :

- Secrétariat : **Renée Auger**, ACRDQ
- Révision linguistique : **Jacinthe Rouisse**, ACRDQ
- Communications : **Lucie Mongrain**, ACRDQ
- Conception et mise en page : **Gilles Drouin**, INFO TYPO GRAPHIE

À toutes ces personnes, un grand merci.

Ce document est disponible en version PDF à l'adresse : **www.acrdq.qc.ca**

DÉPÔT LÉGAL 2010
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010
ISBN 978-2-921628-11-2 (version imprimée)
ISBN 978-2-921628-12-9 (version PDF)

Toute reproduction partielle ou totale de ce document est autorisée avec mention de la source.

ACRDQ

1 INTRODUCTION

Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes représentent la composante principale de l'offre de service des centres de réadaptation en dépendance du Québec (CRD). Depuis la mise en place des centres de traitement au Québec, bien des choses ont changé. À l'origine dans les années 1960, l'alcoolisme est perçu comme une maladie et les premiers établissements dédiés à son traitement sont de petits hôpitaux qui offrent principalement des services internes. À partir des années 1970, on assiste au Québec à un élargissement de la conception de l'alcoolisme et de la toxicomanie et au développement d'un modèle psychosocial. Par ailleurs, la recherche démontrant que le traitement ambulatoire est aussi efficace et moins coûteux que le traitement en interne, les centres ont progressivement fait une place prédominante aux services externes dans leur programmation.

Dans l'offre de service des CRD publiée en 2004 (Tremblay, Allaire, Dufresne, Lecavalier, Neveu, 2004), on ne présentait que sommairement les différents services de réadaptation en toxicomanie ainsi que les diverses composantes ou modalités d'intervention et d'organisation de services. Aussi, en mai 2008, dans le cadre de la démarche de normalisation de l'offre de service des CRD, la Table des responsables cliniques et la Table des directeurs généraux de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) ciblaient la nécessité d'élaborer un guide de pratique et une offre de services de base de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les CRD afin de rendre compte de l'évolution et de dégager des perspectives d'avenir de ce volet principal de l'offre de service des CRD. Pour ce faire, le comité directeur de la démarche de normalisation de l'offre de service des CRD a confié, à un comité d'experts, le mandat de documenter les pratiques exemplaires, de définir un certain nombre de standards de qualité ainsi que de déterminer une offre de services de base de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les CRD.

Ainsi l'ACRDQ propose, dans ce document, une offre de services de base qui porte spécifiquement sur les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les CRD. La réadaptation en toxicomanie étant un sujet vaste ayant des ramifications avec d'autres volets de l'offre de service des CRD, le comité a voulu que ce document soit complémentaire aux autres guides de pratique existants ou en production de l'ACRDQ ou du MSSS, ne souhaitant pas reproduire une information contenue dans d'autres documents. Ces guides de pratique traitent notamment des troubles concomitants, de l'intervention auprès des jeunes, des services en désintoxication, en jeu pathologique et auprès de l'entourage, du programme régional d'évaluation spécialisée ainsi que de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution.

Cette offre de services de base est élaborée en cohérence avec les orientations du ministère relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience contenues dans l'offre de service 2007-2012 pour le programme-services Dépendances du MSSS (gouvernement du Québec, 2007) et elle s'inscrit dans le mouvement de modernisation du réseau caractérisé par la responsabilité populationnelle, la hiérarchisation des services, le partenariat et l'intégration des services.

Le document se divise en trois grandes parties.

La première partie porte sur les meilleures pratiques recensées dans la littérature, et elles sont examinées sous l'angle de l'efficacité reliée à différentes dimensions du traitement.

La deuxième partie s'attarde à l'état du déploiement des services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les CRD, à l'analyse des programmations écrites des établissements, aux défis actuels que pose la réadaptation de la clientèle adulte toxicomane ainsi qu'aux pratiques éprouvées et prometteuses en CRD.

Enfin, la dernière partie présente une série de recommandations touchant à la fois l'intervention clinique, l'organisation de services, la formation et la recherche propres aux services en toxicomanie auprès des adultes.

Pour la réalisation de ce document, le comité d'experts a bénéficié de la collaboration et de l'expertise des intervenants et des gestionnaires des CRD des diverses régions du Québec et de celles du Comité directeur de la démarche de normalisation de l'offre de service des CRD. Les membres de l'ACRDQ ont contribué à la mise à jour des données concernant l'état de déploiement des services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes tout en soumettant leur programmation à l'analyse et en participant activement à des groupes de discussion en vue d'établir des consensus sur des pratiques efficaces ou prometteuses. Enfin, l'ACRDQ a obtenu le soutien du ministère de la santé et des services sociaux ainsi que de l'équipe de recherche du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances pour la réalisation de la recension des écrits.

2 RECENSION DES ÉCRITS SUR LES MEILLEURES PRATIQUES EN RÉADAPTATION AUPRÈS DES ADULTES ALCOOLIQUES OU TOXICOMANES

Joël Tremblay[1], Karine Bertrand[2], Michel Landry[3] et Jean-Marc Ménard[4]

2.1 INTRODUCTION

Ce chapitre se consacre à l'examen critique des écrits sur les meilleures pratiques dans le domaine du traitement de la toxicomanie chez les adultes. Il importe d'abord d'insister sur l'importance de cet exercice et la nécessité de s'appuyer sur les données issues de la recherche comme fondement de nos choix en ce qui concerne les méthodes d'intervention utilisées dans nos centres et l'organisation des services qui y sont offerts. Rappelons que c'est au cours des années 1980 qu'est apparu au Québec un intérêt pour évaluer l'impact des services offerts aux personnes alcooliques et toxicomanes. Une des sources de cette préoccupation s'explique par la compétition qui prévalait à l'époque entre les diverses approches. Chacun avait tendance à prétendre que sa méthode présentait de meilleurs résultats que les autres, qu'il s'agisse des tenants de l'approche psychosociale, de l'approche médicale, des communautés thérapeutiques ou des centres qui se réclamaient des Alcooliques Anonymes. Les chiffres les plus fantaisistes étaient parfois avancés à cet égard. Une des questions les plus souvent posées aux responsables des centres de traitement était « quel est votre taux de succès ? ».

Fort heureusement, au cours de la même période, les études sur l'impact des traitements en toxicomanie se multipliaient aux États-Unis et en Angleterre. L'intérêt que ces travaux ont suscité au Québec a permis de situer dans une perspective plus réaliste la nature et la portée des résultats pouvant être attendus des traitements offerts dans ce domaine tout en rendant disponibles d'autres données illustrant la nature complexe du processus de changement. Certaines d'entre elles suscitaient la controverse en s'attaquant à des dogmes bien établis : on y apprenait que des interventions relativement brèves pouvaient être efficaces (Edwards *et al.*, 1977 ; Sells et Simpson, 1980), que le traitement ambulatoire donnait des résultats aussi prometteurs que le traitement résidentiel (Annis, 1988), qu'il était difficile de démontrer qu'une forme de traitement est plus efficace qu'une autre (Polich, Armor et Braiker, 1981 ; Sells et Simpson, 1980) et que des personnes alcooliques pouvaient réussir à revenir à une consommation non problématique d'alcool (Polich *et al.*, 1981 ; Vaillant, 1983). Au Québec, c'est grâce à ces études qu'il a été possible, notamment, d'adopter une vision plus réaliste sur les taux de succès attendus d'une démarche de réadaptation ou de traitement, de mettre de plus en plus l'accent sur les services de réadaptation en externe et de développer une conception de la réadaptation qui ne s'appuie pas uniquement sur l'abstinence. À la fin des années 1980, la mise en évidence des dommages causés par le SIDA et de l'injection de drogues comme vecteur de la progression de cette maladie de même que le développement des traitements de substitution ont conduit à l'adoption de l'approche de la réduction des méfaits. L'impact de cette approche a été considérable dans les centres de réadaptation (CRD) du Québec (Landry et Lecavalier, 2003). Il demeure toujours aussi pertinent pour les CRD du Québec de se tenir à jour sur l'évolution des connaissances concernant le traitement des personnes toxicomanes. C'est de cette façon qu'il nous sera possible de faire évoluer notre offre de service dans le meilleur intérêt des personnes qui en ont besoin.

Pour cette recension des écrits, un ensemble de sources ont été consultées : les méta-analyses, les essais contrôlés, les autres types d'études évaluatives sur les traitements ainsi que les recensions

1 Université du Québec à Trois-Rivières
2 Université de Sherbrooke
3 Centre Dollard-Cormier — Institut universitaire sur les dépendances
4 Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

des écrits et les guides de meilleures pratiques. Un regard critique sera posé sur le poids de la preuve associé aux différentes pratiques recensées, selon l'état des connaissances actuelles.

On peut retenir que les *pratiques basées sur des données probantes* sont celles « qui ont démontré leur efficacité à travers des études rigoureusement menées et répétées » (Lundgren, Schilling et Peloquin, 2005). Les *pratiques prometteuses* sont celles pour lesquelles il existe un certain appui empirique, mais pour lesquelles il faut mener davantage d'études pour conclure plus fermement à leur efficacité (Bertrand, Beaumont, Durand et Massicotte, 2006). Enfin, les *pratiques novatrices*, dans ce chapitre, se réfèrent à celles qui découlent d'un raisonnement pertinent basé sur un ensemble d'éléments, comme des consensus cliniques et des théories, mais pour lesquelles des études permettant d'évaluer leur efficacité sont nécessaires avant de recommander leur application ou leur diffusion.

Pour tenir compte de la complexité du processus de réadaptation de la personne en traitement de la toxicomanie, cette recension des écrits s'attarde non seulement aux approches de traitement, mais aussi à l'ensemble des pratiques cliniques et organisationnelles susceptibles de favoriser la qualité de l'intervention, l'accessibilité au traitement et la persévérance dans celui-ci ainsi que le changement chez les adultes toxicomanes. Dans le même sens, les facteurs communs aux différentes approches ainsi que les facteurs non déterminés pour des traitements particuliers qui sont associés au succès thérapeutique seront également abordés. Aussi, pour tenir compte du défi de l'applicabilité des « meilleures pratiques », l'efficacité de certaines stratégies organisationnelles pour optimiser le transfert des connaissances scientifiques dans les pratiques cliniques sera examinée. À la fin de chacune des parties du texte concernant ces différentes dimensions, le lecteur trouvera des faits saillants résumant les principales pistes de réflexion relativement aux meilleures pratiques selon l'état actuel des connaissances scientifiques disponibles. En conclusion, quelques grands principes de base découlant de la littérature et utiles pour guider les services en toxicomanie auprès des adultes seront énoncés et des pistes d'avenir pour la recherche seront dégagées.

2.2 NOTIONS D'ENSEMBLE

2.2.1 Conception de la toxicomanie : problème chronique ou problème ponctuel

Il est clair que les études portant sur l'efficacité des traitements reposent sur une conceptualisation du problème et de son traitement. Entre autres, elles posent la question de la chronicité ou non de la toxicomanie. La toxicomanie est-elle conçue comme un problème transitoire, telle une jambe cassée, ou comme un trouble chronique, tel le diabète ? Sans répondre à cette question de façon explicite, la structuration de nos services de même que la plupart des études d'efficacité y répondent en s'appuyant sur la prémisse que la toxicomanie est un problème transitoire. Un problème transitoire a un début et une fin. L'efficacité de son traitement sera jaugée en fonction de la capacité à accélérer le processus de guérison, c'est-à-dire de terminaison de la toxicomanie. L'indicateur principal d'efficacité sera donc le nombre de personnes abstinentes ou ayant atteint une consommation contrôlée et modérée, à 12 mois post-traitement, et cela après un certain nombre d'heures ou de jours de traitement. Un grand nombre d'études d'efficacité se situent à l'intérieur de cette définition de la toxicomanie.

Si, par contre, on conçoit la toxicomanie comme un problème chronique, on conclut qu'elle ne se guérit pas, du moins pas à court ou moyen terme. Dès lors, on cherche à la stabiliser. Elle nécessite des soins continus non intensifs avec des épisodes de soins aigus. On prévoit des suivis sur de nombreuses années. L'efficacité est quant à elle mesurée par la capacité à stabiliser la condition sur une période à long terme sans attendre qu'un seul épisode de soins « règle » le problème. L'équipe clinique n'éprouve par conséquent pas d'impatience envers le client en « rechute », pas plus que le médecin ne se choque devant une glycémie inadéquate chez le diabétique. La durée optimale des traitements ne se compte donc pas en semaines mais plutôt en termes de capacité d'assurer la continuité. De nombreux auteurs appuient l'idée qu'une portion importante des personnes demandant de l'aide au sein des services spécialisés en dépendance présentent des problèmes chroniques avec les substances psychoactives (SPA) et que, par conséquent, l'organisation des services doit s'orienter vers un modèle de soins à long terme (Dennis, Scott, Funk et Foss, 2005a ; Grella, Hser et Hsieh, 2003 ; McLellan, Lewis, O'Brien et Kleber, 2000 ; McLellan, McKay, Forman, Cacciola et Kemp, 2005a ; Scott et Dennis, 2009).

Comment trancher la question ? Certains faits peuvent nous éclairer quelque peu. Tout d'abord, des données viennent appuyer l'idée que la toxicomanie est un phénomène transitoire. D'une étude à l'autre, on note que de 35 à 55 % des usagers « guérissent », c'est-à-dire sont abstinents, à 6 – 12 mois post-traitement (Coviello *et al.*, 2001). De plus, des taux de rémission spontanée significatifs sont rapportés, soulignant que ce trouble n'est pas chronique pour tous (Cunningham, 2000 ; Klingemann, 1991). On sait que, parmi les personnes ayant été dépendantes à une SPA au cours de leur vie et ayant atteint un rétablissement stable (c'est-à-dire une absence de diagnostic d'abus ou de dépendance à toute SPA au cours des derniers 12 mois), certaines y sont arrivées sans recourir au traitement, les proportions variant de 56 % pour une dépendance passée au cannabis, à 8 % pour une dépendance passée à l'héroïne (Cunningham, 2000). Ces observations appuient l'idée que la dépendance à une SPA n'est pas un problème chronique pour tous, certains se rétablissant après un épisode de soins, voire d'autres sans intervention.

D'autres informations viennent plutôt favoriser le point de vue que la toxicomanie est un problème chronique. Il faut certainement noter comment la toxicomanie est, pour plusieurs, un problème au long cours. Par le suivi d'une cohorte de toxicomanes entrant en traitement, recrutés dans la région de Chicago, on a observé que le temps médian entre la première consommation de SPA et la première année complète d'abstinence est de 27 ans (appuyant l'idée d'une « carrière » de toxicomanie) et que le délai médian entre la première admission en traitement à vie et la première année complète d'abstinence est de 9 ans, traversant en moyenne de 3 à 4 épisodes de soins, appuyant ainsi l'idée de « carrière » de traitement pour certains (Dennis *et al.*, 2005a). Ainsi, parmi les usagers se présentant au sein des services spécialisés en toxicomanie, il

semble que les multiples épisodes de soins soient plutôt la norme que l'exception (Dennis, Scott, Funk et Foss, 2005b). Près des deux tiers des personnes commençant un traitement dans les centres publics spécialisés en toxicomanie ont déjà eu un ou plusieurs épisodes de soins par le passé, dont 22 % avec trois admissions et plus et 19 % avec cinq et plus (SAMHSA, 2006). Il en va de même pour les personnes quittant le traitement. Entre 25 % et 35 % des personnes quittant un traitement de la dépendance aux SPA seront réadmises en traitement à l'intérieur d'une année, et près de la moitié sera réadmise à l'intérieur de deux à cinq ans (Grella *et al.*, 2003 ; Simpson, Joe et Broome, 2002). À titre d'exemple, on remarque qu'un peu moins de la moitié des patients traités pour la dépendance à la cocaïne reviendront en traitement après une durée moyenne de 2,6 ans (Grella *et al.*, 2003). Plus de la moitié des personnes qui se rétablissent d'une dépendance sévère et persistante envers les SPA le font après de multiples épisodes de traitement s'échelonnant sur plusieurs années (Anglin, Hser et Grella, 1997 ; Dennis *et al.*, 2005a).

Les traitements actuels sont efficaces, mais pas pour tous et certainement pas uniquement dans une perspective de problèmes transitoires. Les résultats d'un suivi auprès de 1 271 patients dépendants à une ou plusieurs SPA et commençant un traitement illustrent qu'après trois ans postadmission près de la moitié d'entre eux ont atteint une période de 12 mois d'abstinence, soulignant par le fait même que l'autre moitié des participants ne l'a pas atteinte (Dennis *et al.*, 2005b). Une portion des personnes ayant cumulé trois épisodes de soins ou plus ne s'améliore toujours pas à l'aide des soins offerts (Dennis *et al.*, 2005a ; Zhang, Friedmann et Gerstein, 2003).

On constate également que l'état de certaines personnes se détériore à la suite du traitement. On pense que l'état d'entre 7 % et 15 % des personnes traitées pour une dépendance aux SPA se détériorera à la suite de l'intervention (Moos, 2005). À titre d'exemple, entre 7 % et 10 % des participants au projet MATCH ont rapporté, au suivi trois mois posttraitement, des niveaux de consommation d'alcool supérieurs à ceux notés lors de la phase prétraitement (Ilgen et Moos, 2005). Plusieurs éléments sont liés à la détérioration tels que la confrontation, la critique et d'autres techniques soulevant de fortes réactions émotionnelles chez l'usager, mais aussi le fait que des personnes présentant un haut niveau de sévérité soient orientées vers des soins conçus comme étant à court terme (Moos, 2005). Il semble que le mécanisme induisant cette détérioration soit associé à la démoralisation suivant une augmentation de l'espoir (Moos, 2005).

L'ensemble de ces observations invite à réfléchir à la toxicomanie à titre de problème chronique, du moins pour une portion des usagers, et à remodéliser en partie nos systèmes de soins afin de les faire migrer vers un modèle de gestion à long terme du rétablissement (Dennis *et al.*, 2005b). Ce n'est pas une invitation à simplement allonger les épisodes de soins tels que conçus actuellement ou encore une incitation à les cumuler en ayant espoir qu'ils finissent par faire effet. Le traitement pourrait plutôt être conçu comme un modèle de gestion soutenue du rétablissement (White, 2008). L'utilisation d'une évaluation brève à chaque session, nommée le *Concurrent recovery monitoring*, peut être un exemple de stratégie permettant d'estimer en continu le besoin d'un suivi à plus long terme (McLellan, McKay, Forman, Cacciola et Kemp, 2005b).

Il devient donc intéressant de constater qu'une portion des usagers de nos services sont probablement dans une situation transitoire, alors que d'autres présentent plutôt une trajectoire au long cours. Quelles sont les proportions d'usagers dans chacun des parcours ? Nous manquons nettement de données à ce sujet. Mais cette discussion doit moduler notre interprétation des résultats de recherche concernant les meilleures pratiques. Surtout, elles doivent orienter la structuration des services.

Serait-il possible d'identifier, dès l'accueil, les personnes se situant dans un parcours de chronicité afin de structurer une offre de service qui ne les mettra pas en échec (p. ex., traitement interne de quelques semaines avec attente de rétablissement dans ce délai) mais qui s'adaptera à la réalité de leur situation ? Certaines caractéristiques sont associées à une plus grande probabilité d'une « carrière » de toxicomanie et pourraient nous aider. On s'aperçoit que le fait d'être de sexe masculin, d'avoir commencé en bas âge la consommation de SPA, de cumuler un plus grand nombre d'années de

consommation régulière avant l'admission, de rapporter une histoire « d'échec » de traitements préalables, de présenter une dépendance plus sévère et plus complexe (p. ex. : polytoxicomanie) de même que des troubles psychiatriques concomitants (Dennis *et al.*, 2005a ; Grella *et al.*, 2003 ; Mertens, Weisner et Ray, 2005) sont autant d'éléments associés à une plus grande probabilité d'être devant un parcours de chronicité. En comparaison à ceux qui en sont à leur première admission, les individus réadmis en traitement cinq fois et plus sont plus fréquemment sans emploi, célibataires et présentent des troubles psychiatriques concomitants (White, 2008). Ces divers indicateurs pourraient éclairer la décision d'orientation au cours du processus d'accueil-évaluation et orientation, en fonction d'un parcours perçu comme transitoire ou chronique.

Il est peut-être temps que nous abordions avec franchise la réalité du long cours des problèmes de dépendance, des « carrières addictives » (White, 2008), tout particulièrement lorsqu'on considère la mission des CRD qui vise le traitement des personnes présentant les problématiques les plus lourdes.

2.2.2 Le courant des « meilleures pratiques »

Le courant des « meilleures pratiques », traduction de *Best practices*, est largement répandu dans le domaine du traitement des toxicomanies en Amérique du Nord. Plusieurs guides ont été publiés par différents organismes qui assurent un leadership pour influer sur les pratiques cliniques à adopter auprès de divers sous-groupes de personnes aux prises avec des problèmes d'alcool ou de drogues. À titre d'exemple, notons les guides publiés aux États-Unis, produits, entre autres, par le National Institute on Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAAA, 2007), le National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2009) ou le Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2009). Ici, au Canada, rappelons les différents guides de meilleures pratiques publiés par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT, 2005), Santé Canada (Santé Canada, 2002a ; Santé Canada, 2002b), sans oublier les guides déjà produits par l'ACRDQ (Bertrand *et al.*, 2006 ; Desrosiers, 2008 ; Desrosiers et Jacques, 2009). Il faut souligner aussi que plusieurs chercheurs publient des recensions des écrits et des méta-analyses dont l'objectif est de conclure sur les traitements et les pratiques basés sur des données probantes disponibles pour un sous-groupe clinique donné (Alho, 2002 ; Baker et Lee, 2003 ; Cleary, Hunt, Matheson et Walter, 2008 ; Dutra *et al.*, 2008 ; Horsfall, Cleary, Hunt et Walter, 2009 ; Lee et Rawson, 2008 ; Mann, 2004 ; McGovern et Carroll, 2003 ; Shearer, 2007).

2.2.2.1 Qu'est-ce qu'une meilleure pratique ?

Les définitions du concept de « meilleures pratiques » varient selon les auteurs ainsi que les processus utilisés pour les dégager, sans oublier les différentes terminologies employées. Les termes « pratiques gagnantes » et « traitement » ou encore « pratique » « basé ou basée sur des données probantes », traduction de *evidenced-based treatment* et *evidenced-based practice* en sont des exemples.

Tout de même, de façon générale, il y a un consensus selon lequel les meilleures pratiques doivent s'appuyer sur deux grands types d'information :

1) les données probantes, soit les consensus scientifiques découlant d'un corpus d'études appuyant l'efficacité de protocoles de traitement ou encore de pratiques spécifiques, sur les plans clinique ou organisationnel ;

2) les consensus d'experts.

Le SAMHSA définit de façon opérationnelle et fort pertinente plusieurs des concepts reliés au courant des meilleures pratiques (SAMHSA, 2007). Ainsi, la pratique basée sur des données probantes (*evidence-based*) est celle dont on attend des résultats cliniques spécifiques et mesurables, puisqu'elle est basée sur des résultats de recherche et l'opinion d'experts ou des consensus d'experts. Le SAMHSA précise également que l'application de ces pratiques auprès d'un patient ou d'un sous-groupe de patients spécifique exige que le clinicien expert ou le groupe d'experts synthétise un ensemble de sources d'information (recherche, théorie, principes de pratique, expérience clinique) pertinentes en tenant

compte d'un contexte clinique donné. C'est ce processus de réflexion, ce raisonnement basé sur l'ensemble des connaissances pertinentes et disponibles, qui caractérise l'opinion d'un expert ou encore les consensus d'experts, quant à l'efficacité d'une pratique donnée dans un contexte clinique précis. Les protocoles de traitement dont l'efficacité repose sur des données probantes constituent des outils dans l'ensemble des pratiques disponibles pertinentes pouvant être sélectionnées pour répondre aux besoins d'un client spécifique.

Une autre notion importante à définir est le « poids de la preuve ». Le SAMHSA (2007) précise l'importance de bien situer le « poids de la preuve » disponible concernant l'efficacité de certaines pratiques, c'est-à-dire le degré de certitude avec lequel une pratique spécifique pourra produire un résultat clinique spécifique et attendu. Du niveau de preuve le plus élevé à celui le moins élevé, voici le classement des principales sources de données citées à l'appui des « meilleures pratiques » :

1) Les méta-analyses (menées à partir de plusieurs études contrôlées) ;

2) Les essais contrôlés ;

3) Les études évaluatives menées en milieu naturel (devis quasi expérimental) ;

4) Les consensus d'experts.

Il faut tout de même nuancer ce classement en rappelant que, bien que les essais contrôlés soient caractérisés par leur plus grande validité interne (c'est-à-dire la solidité interne de la preuve, tout ayant été contrôlé), ils démontrent généralement une plus faible validité externe (c'est-à-dire, le potentiel de généralisation de la preuve ou son applicabilité à divers contextes cliniques). En effet, la généralisation des résultats aux contextes réels d'intervention peut être problématique. Ainsi, les études évaluatives en milieu naturel reposant sur un devis quasi expérimental, bien que ne pouvant documenter aussi solidement l'efficacité d'un traitement, ont l'avantage de présenter une validité externe plus élevée. Par ailleurs, soulignons que les études qualitatives peuvent aussi apporter des connaissances pertinentes pour mieux comprendre le phénomène de la réadaptation et le processus de changement en toxicomanie (Valdez et Sifaneck, 2010). Lorsque pertinent, les études qualitatives seront donc considérées dans ce chapitre. Enfin, notons aussi que la pertinence d'accorder une supériorité aux essais contrôlés pour évaluer le niveau de preuve peut être remise en question, particulièrement au regard des meilleures pratiques qui reposent sur la littérature concernant les facteurs communs liés au succès thérapeutique. En ce sens, Wampold (2010) estime que les recherches devraient se centrer sur la compréhension du processus thérapeutique plutôt que sur la recherche de preuve d'efficacité d'une technique en particulier à l'aide des essais contrôlés. Ce faisant, cet auteur critique l'approche médicale appliquée à la recherche dans le domaine de la psychothérapie (Wampold, 2010).

En somme, en cohérence avec les recommandations du SAMHSA, tout en tenant compte des nuances apportées, voici le classement qui permettra dans ce chapitre de se prononcer sur le niveau de preuve des différents faits saillants exposés.

1) Dans ce chapitre, on peut retenir que les ***pratiques basées sur des résultats probants*** sont celles « qui ont démontré leur efficacité à travers des études rigoureusement menées et répétées » (Lundgren *et al.*, 2005). En ce sens, une méta-analyse de plusieurs études contrôlées permet de générer des résultats probants concernant l'efficacité d'une approche. En outre, lorsque plusieurs études rigoureusement menées, incluant les études contrôlées mais non exclusivement, en viennent aux mêmes conclusions, nous pouvons aussi conclure à un résultat probant. Par exemple, dans le domaine des facteurs communs liés au succès thérapeutique, plusieurs recensions des écrits peuvent en venir aux mêmes conclusions, basées sur un examen critique de la littérature.

2) Les pratiques basées sur des ***résultats prometteurs*** sont celles pour lesquelles il existe un certain appui empirique, mais pour lesquelles il faut mener davantage d'études pour conclure plus fermement à leur efficacité (Bertrand *et al.*, 2006). Ainsi, lorsque seulement quelques études rigoureuses, contrôlées ou non, documentent l'efficacité d'une pratique, ou encore lorsque

plusieurs études appuient un constat alors que d'autres études aussi rigoureuses en arrivent à des résultats contradictoires, on peut conclure à une pratique basée sur des résultats prometteurs.

3) Enfin, les pratiques basées sur des ***résultats novateurs*** se rapportent à celles qui découlent d'un raisonnement pertinent basé sur un ensemble d'éléments, comme des consensus cliniques, des théories, quelques constats complémentaires sans être nécessairement répétitifs, découlant d'études basées sur diverses méthodologies et auprès de différentes populations. D'autres études permettant d'évaluer l'efficacité de ces pratiques novatrices sont nécessaires avant de recommander leur application ou leur diffusion à grande échelle. Toutefois, devant certaines situations cliniques spécifiques, compte tenu de l'état des connaissances parfois peu développées, le recours à ces pratiques s'avère tout à fait pertinent.

2.2.2.2 Le défi de l'implantation de meilleures pratiques

Situer le concept de « meilleures pratiques » exige aussi d'en faire une lecture critique. La principale critique est celle de l'applicabilité de ces pratiques dans les situations cliniques réelles. Plusieurs auteurs font des constats pour expliquer ces diverses difficultés d'applicabilité :

- ☐ L'accès aux données probantes, les ressources financières et la supervision clinique sont souvent peu accessibles (Carise *et al.*, 2009) ;
- ☐ L'absence de définition commune de certains termes clés, comme celui de « prévention » et de « traitement » (Brochu, 2006) tend à nuire à la concertation des actions ;
- ☐ L'état de situation des services en toxicomanie est peu documenté, tant au Canada qu'en Europe (CCLAT, 2005 ; Union européenne, 2008) ;
- ☐ La littérature sur les données probantes provient largement des États-Unis (Union européenne, 2008) et ne permet pas de tenir compte des spécificités culturelles des clientèles et des milieux d'intervention impliqués ;
- ☐ L'absence de structure organisationnelle dont le mandat serait le transfert des meilleures pratiques dans les milieux cliniques, comme il en existe aux États-Unis, rend plus difficile au Canada la diffusion des meilleures pratiques (CCLAT, 2005) ;
- ☐ Peu d'études existent sur l'implantation en tant que telle de « meilleures pratiques » en toxicomanie, la recherche en étant à ses premiers balbutiements en ce domaine (Garner, 2009).

2.3 MEILLEURES PRATIQUES

2.3.1 Accessibilité

2.3.1.1 L'accès rapide aux services comme facteur favorable

▶ Liste d'attente et attrition prétraitement

Les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie sont caractérisées par une ambivalence devant les changements et une faible tolérance aux listes d'attente (Chun, Guydish, Silber et Gleghorn, 2008). L'accès rapide aux services prend donc une importance particulière pour ces personnes bien souvent vulnérables, pour ainsi être en mesure de mieux prévenir l'aggravation de leur situation en rapport avec le maintien de leur consommation abusive au cours de la période d'attente (Chun *et al.*, 2008). En outre, plusieurs études documentent que, plus l'attente est longue avant d'avoir accès à un traitement en toxicomanie, plus l'attrition prétraitement est élevée (Donovan, Rosengren, Downey, Cox et Sloan, 2001 ; Festinger, Lamb, Kountz, Kirby et Marlowe, 1995 ; Hser, Maglione, Polinsky et Anglin, 1998 ; Stark, Campbell et Brinkerhoff, 1990). En général, cette attrition prétraitement varie, selon les études, entre 20 et 25 % (Chun *et al.*, 2008). Tenant compte de l'ensemble du processus d'accueil et d'évaluation précédant habituellement la première rencontre de traitement en tant que telle, c'est bien souvent moins de la moitié des personnes qui atteignent le début de leur thérapie avec leur intervenant de suivi (Donovan *et al.*, 2001).

Les seuils « acceptables » de temps d'attente sont difficiles à déterminer et peuvent varier selon les sous-groupes de personnes toxicomanes ciblées. Un temps même très court d'attente peut avoir un effet majeur sur l'attrition prétraitement de sous-groupes plus vulnérables ou ambivalents devant le changement. En effet, à titre d'exemple, une étude auprès de 116 personnes appelant un centre externe de traitement pour l'abus de cocaïne pour obtenir un rendez-vous montre une augmentation draconienne de l'attrition prétraitement chez le sous-groupe ayant attendu trois jours plutôt qu'un seul (Festinger, Lamb, Marlowe et Kirby, 2002). Ainsi, les participants ayant un rendez-vous dans les 24 heures se sont présentés dans 72 % des cas comparativement à 41 % et 38 % pour les participants ayant reçu respectivement leur rendez-vous 3 et 7 jours plus tard (Festinger *et al.*, 2002). Dans une autre étude, l'accès à un rendez-vous initial en moins de sept jours permettait d'augmenter la rétention en traitement (Gariti *et al.*, 1995).

▶ Liste d'attente et aggravation des problèmes

L'aggravation de la situation des personnes toxicomanes sur la liste d'attente pour obtenir un traitement est également préoccupante. Selon une étude québécoise menée dans les Laurentides, les personnes demandant des services dans un centre de réadaptation en toxicomanie subissant des délais d'attente de 15 jours ou plus risquent davantage de vivre un alourdissement de leurs difficultés (problèmes de santé physique, problèmes judiciaires, tentatives de suicide) et de demander de l'aide à divers organismes publics (médecins, centres hospitaliers, CLSC, DPJ) (Cuillerier, Forget et Ducharme, 2002). Dans le même sens, une étude américaine auprès de 170 personnes héroïnomanes montre que ceux ayant attendu moins de 60 jours pour avoir accès à un traitement (méthadone ou traitement résidentiel) diminuent la gravité de leurs problèmes psychiatriques au suivi de 2 mois ; les problèmes psychiatriques de ceux ayant attendu plus de 60 jours, au contraire, s'aggravent (Chun *et al.*, 2008).

Il n'existe pas de consensus sur le seuil à partir duquel l'attente devient trop longue au regard du risque d'aggravation des problèmes, les études s'étant attardées à cette problématique au moyen d'outils et de méthodes variés, auprès de sous-populations toxicomanes différentes. Cependant, les quelques études sur cette problématique tendent à montrer que plus l'attente de services en toxicomanie se prolonge, plus l'état

de la personne toxicomane risque de se détériorer. L'étude menée au Québec suggère que cette détérioration pourrait survenir assez rapidement, au-delà d'une attente de deux semaines, constat qu'il faudra vérifier dans le cadre de futures études.

2.3.1.2 Stratégies pour améliorer la rapidité d'accès au traitement

Pour améliorer la rapidité d'accès au traitement, au premier chef, se trouvent les stratégies de gestion. Un sondage a été mené auprès de 147 centres de traitement de la toxicomanie situés aux États-Unis pour documenter les meilleures pratiques de gestion (McConnell, Hoffman, Quanbeck et McCarty, 2009). Les organisations qui se ciblaient des buts clairs, d'un certain niveau de difficulté à atteindre tout en les communiquant adéquatement à leurs employés, présentaient les plus courtes listes d'attente. En outre, sur le plan clinique, il semble que des mesures simples puissent avoir des effets significatifs pour prévenir l'attrition prétraitement chez les personnes sur une liste d'attente. Par exemple, l'étude de Gariti *et al*. (1995) auprès de 80 personnes en attente de traitement de la toxicomanie montre que le fait de téléphoner la veille du rendez-vous initial pour le confirmer permet d'augmenter les taux d'engagement en traitement.

En somme, il faut retenir que la rapidité d'accès aux services de traitement de la toxicomanie serait déterminante pour augmenter la probabilité d'engager une personne dans un processus thérapeutique et ainsi prévenir la détérioration de son état. La longueur des listes d'attente serait directement associée à l'attrition prétraitement, et il est difficile de cibler un seuil « acceptable » concernant la durée de l'attente. Des stratégies de gestion axées sur l'atteinte de buts clairs et relativement exigeants ainsi que certaines mesures simples pour maintenir un contact avec la clientèle au cours de la période d'attente peuvent améliorer la rapidité d'accès aux services.

2.3.1.3 Qualité de l'accueil

Pour les gestionnaires de centres américains de traitement en toxicomanie, il existe un consensus selon lequel la qualité de l'accueil est une dimension importante pour favoriser l'accessibilité (Ford *et al*., 2007). Ainsi, selon un sondage réalisé auprès de 327 centres de traitement de la toxicomanie américains, il est recommandé d'implanter un processus d'accueil et d'évaluation qui soit centré sur le développement d'un lien de confiance, orienté vers l'engagement de la personne en traitement et favorisant les opportunités de développer de bonnes relations avec l'ensemble du personnel (Ford *et al*., 2007). En outre, une étude menée auprès de 531 intervenants et de 3 475 clients provenant de 163 centres de traitement en toxicomanie montre que la qualité du climat organisationnel est associée à de meilleurs taux de rétention en traitement (Greener, Joe, Simpson, Rowan-Szal et Lehman, 2007). Dans le même sens, ici, au Québec, l'étude de Simoneau montre que le climat organisationnel du centre de réadaptation est associé à la persévérance en traitement dans un centre de réadaptation en dépendance (Simoneau et Bergeron, 2003). Notons que les dimensions organisationnelles pouvant favoriser l'engagement en traitement sont abordées plus en détail à la page 77.

2.3.1.4 Simplicité des procédures

Un autre consensus se dégage du large sondage mené auprès de plusieurs centres de traitement en toxicomanie aux États-Unis : la lourdeur du processus d'accueil et d'évaluation nuit à l'accessibilité au traitement (Ford *et al*., 2007). À partir de ce sondage, plusieurs pistes de solution sont dégagées des analyses qualitatives de contenu :

- ☐ S'assurer qu'il y a toujours une personne pour répondre au téléphone (éviter l'utilisation de boîte vocale) ;
- ☐ Mener des évaluations brèves et ciblées sur les préoccupations propres à chacun des clients rencontrés ;
- ☐ Éviter les répétitions au cours du processus d'évaluation ;

- ☐ Préciser les besoins courants des clients, comme les besoins en garderie, en transport, en services de santé mentale, et développer un système favorisant une réponse rapide et efficace à ces besoins ;
- ☐ Éliminer les délais ;
- ☐ S'assurer de communiquer clairement au client la nature des services offerts.

D'ailleurs, dans une étude en milieu naturel auprès de personnes suivies dans un traitement de maintien à la méthadone, celles qui avaient bénéficié des procédures d'accueil et d'évaluation plus longues et formelles avaient abandonné le traitement deux fois plus souvent que celles qui avaient profité d'un accueil/évaluation simplifié et rapide (Bell, Caplehorn et McNeil, 1994).

2.3.1.5 La gestion de cas (Case management)

Le service de gestion de cas est une stratégie qui a été élaborée pour favoriser notamment l'accessibilité et la continuité des services pour les personnes toxicomanes aux prises avec des besoins multiples (Siegal, 1998). Un gestionnaire de cas en toxicomanie devrait offrir des services : 1) d'accueil/évaluation/orientation ; 2) de soutien au cours de la période intérimaire d'attente de début de traitement ; 3) d'aide circonstancielle à la résolution de problème et de gestion des situations de crise ; 4) d'aide à l'orientation au moment du changement d'établissement et de recours auprès des établissements pour obtenir des soins auxquels il a droit ; 5) de reprise de contact avec le client en cas d'arrêt inopportun du traitement (p. ex. : rechute, expulsion d'un programme, etc.) ; 6) de monitorage pour guider le parcours dans les services (Ballew et Mink, 1996 ; Dembo, Walters et Meyers, 2005). À ces tâches, d'autres ajouteront que le gestionnaire de cas doit encourager la famille à participer au processus de rétablissement et faciliter les liens entre l'usager et le milieu de travail et la communauté tout en l'aidant à répondre à ses obligations légales (Harrington Godley, Godley, Pratt et Wallace, 1994). La tâche de gestionnaire de cas semble plutôt imposante.

La littérature illustre toutefois qu'une intervention du gestionnaire de cas à la suite de l'évaluation en unité centralisée, auprès d'adultes en attente de traitement, augmente considérablement la probabilité que l'usager se rende au traitement qui lui a été prescrit (Rapp *et al.*, 2008). Le gestionnaire de cas est également utile pour augmenter la probabilité de revenir au traitement ou de le poursuivre au moment des transitions ou à la suite d'un abandon ou d'une expulsion d'un programme, que ce soit auprès de patients bénéficiant d'un programme de traitement de substitution (Coviello, Zanis, Wesnoski et Alterman, 2006) ou sortant d'un processus de désintoxication (Shwartz, Baker, Mulvey et Plough, 1997). Ces stratégies de gestion de cas réduisent les délais d'attente postévaluation (Carr *et al.*, 2008). La proximité et l'accessibilité du gestionnaire de cas, particulièrement en milieu rural, semblent être des éléments favorables à l'augmentation de la probabilité que la personne se rende dans un programme de traitement (Vaughan-Sarrazin, Hall et Rick, 2000). L'effet de la gestion de cas sur la probabilité d'entrer en traitement est variable, la taille de l'effet variant de faible à élevé (Hesse *et al.*, 2007 cité dans Rapp *et al.*, 2008).

On note donc que le gestionnaire de cas peut améliorer l'accès aux services aux personnes toxicomanes. La grande variabilité quant à l'ampleur des effets produits par cette pratique peut probablement s'expliquer par le fait que la stratégie de gestion de cas peut prendre des formes multiples, un seul modèle idéal n'ayant pas été tracé. En outre, on peut penser que la gestion de cas convient mieux à certains sous-groupes qu'à d'autres, la recherche ne nous permettant pas de statuer sur ce point, à ce moment-ci.

Faits saillants

- Plus l'attente est longue avant d'avoir accès à un traitement en toxicomanie, plus les personnes tendent à abandonner leur démarche *(résultats prometteurs)*.
- L'état des personnes sur une liste d'attente trop longue tend à s'aggraver *(résultats novateurs)*.
- Il n'existe pas de consensus quant au seuil limite de temps d'attente qui permettrait de prévenir l'attrition prétraitement ou l'aggravation de l'état des personnes qui sont sur cette liste. Une attente relativement courte, soit de plus de trois jours après une demande de services en toxicomanie, pourrait être associée à l'abandon de la démarche chez les cocaïnomanes. L'état des personnes dans les CRD du Québec pourrait s'aggraver au-delà de 15 jours d'attente *(résultats novateurs)*.
- Des stratégies de gestion axées sur l'atteinte de buts clairs et relativement exigeants ainsi que certaines mesures simples pour maintenir un contact avec la clientèle au cours de la période d'attente peuvent améliorer la rapidité d'accès aux services *(résultats novateurs)*.
- Un consensus existe chez les experts pour reconnaître l'importance d'implanter un processus d'accueil et d'évaluation qui soit centré sur le développement d'un lien de confiance, orienté vers l'engagement de la personne en traitement et favorisant les opportunités de développer de bonnes relations avec le personnel du CRD. Dans le même sens, il semblerait que la qualité du climat organisationnel soit liée à la persévérance en traitement *(résultats novateurs)*.
- Les experts constatent que la lourdeur du processus d'accueil et d'évaluation nuit à l'accessibilité au traitement et recommandent diverses mesures visant à simplifier le cheminement des personnes qui demandent de l'aide en toxicomanie *(résultats novateurs)*.
- La gestion de cas (*case management*) est une stratégie qui peut être efficace pour améliorer l'accès au traitement en toxicomanie. Ses modalités peuvent grandement varier, ce qui explique qu'on ne peut encore déterminer les pratiques précises qui sont efficaces avec tel ou tel sous-groupe de consommateurs *(résultats prometteurs)*.

2.3.2 Évaluation

Le processus d'évaluation est souvent la première intervention auprès des personnes consultant dans les centres spécialisés de traitement de la toxicomanie. Il est l'occasion de créer une alliance, d'estimer les besoins de l'usager et de choisir l'orientation la plus adéquate. Pour une certaine proportion d'entre eux, ce sera même la seule intervention puisqu'ils ne se présenteront pas aux rencontres de traitement proposées.

Cette brève section de la recension de littérature porte sur : 1) la nécessité d'évaluer les différentes sphères de vie en plus des comportements de consommation de substances psychoactives (SPA) ; 2) les guichets uniques et centralisés d'évaluation (*Centralized Intake Unit*) ; 3) le rôle de l'entretien motivationnel au sein de l'évaluation.

2.3.2.1 Évaluation des différentes sphères

Il est largement reconnu que la gravité de la situation clinique d'une personne consultant pour des problèmes liés à sa consommation d'alcool ou de drogues ne peut être évaluée uniquement par des questions portant sur le type de substances, la quantité, la fréquence, les conséquences et la sévérité de la dépendance envers les substances psychoactives (SPA). La qualité du fonctionnement de l'individu dans les différentes autres sphères de vie influence grandement le profil général de sévérité, et ce, tant auprès des adultes (McLellan, Cacciola, Alterman, Rikoon et Carise, 2006) que des adolescents (Tims *et al.*, 2002). Cette évaluation multidimensionnelle aide à émettre des hypothèses sur les causes et les conséquences de la consommation de SPA : est-ce la consommation de substances qui est

la cause de telles difficultés médicales, psychologiques ou relationnelles, est-ce plutôt l'inverse ou encore est-ce que la consommation est causée par des problèmes liés à l'environnement social/économique, ou encore une combinaison de ces multiples hypothèses (Meyers, 1986) ?

2.3.2.2 Les guichets uniques et centralisés d'évaluation

Est-il nécessaire ou avantageux de centraliser le processus d'évaluation au sein d'une équipe unique ? Certaines observations permettent de croire qu'une centralisation des services d'évaluation pourrait être bénéfique, tout particulièrement dans les régions où la densité des personnes toxicomanes est élevée et où plusieurs établissements offrent des soins. Dans ces régions, on note diverses difficultés éprouvées, dont : 1) le fait que l'usager doit contacter directement un de ces établissements pour obtenir des soins ; 2) la diversité des procédures d'évaluation et des critères d'admission d'un programme à l'autre ; 3) une absence de politique uniformisée pour répondre aux besoins d'un individu « non admissible » dans un établissement particulier ; 4) aucune certitude que la personne sera orientée vers les soins les plus appropriés à ses besoins (Kraft et Dickinson, 1997).

C'est dans ce contexte que les *Centralized Intake Unit* sont nées aux États-Unis afin d'améliorer l'accès à une qualité d'évaluation et d'orientation et, par ricochet, améliorer l'efficacité de l'intervention globale auprès des toxicomanes d'une région donnée (Kraft et Dickinson, 1997). Ces guichets uniques d'évaluation sont caractérisés par les points suivants : 1) un seul point d'entrée ; 2) l'accès à une évaluation en profondeur, à l'intérieur de délais courts ; 3) un système centralisé de gestion de l'information, système nécessaire pour gérer le parcours dans les services et éviter la duplication des services ; 4) des services intégrés de gestionnaires de cas qui, entre autres tâches, peuvent réévaluer périodiquement la personne (Dembo *et al.*, 2005). Une informatisation des données permet de connaître l'ensemble de la clientèle d'une région, d'obtenir une vision globale de l'offre de service, des délais d'attente, etc. (Woods, Klingemann et Guydish, 2002).

Mais comment évaluer le succès des guichets uniques et centralisés d'évaluation ? Le premier indicateur de succès est certainement la capacité des guichets centralisés à améliorer l'accès aux services. Cette mesure de l'accès peut s'estimer par la proportion d'individus évalués qui commencent réellement un service ciblé, mais aussi par la justesse de l'appariement en fonction des besoins des usagers. Une seconde mesure porterait sur l'amélioration de l'efficacité des traitements offerts à la suite de l'utilisation du guichet unique et centralisé d'évaluation. L'hypothèse sous-jacente est que plus juste est l'appariement besoins – traitement, meilleurs seront les résultats du traitement.

Il faut d'emblée noter qu'il y a très peu d'études mesurant l'efficacité des guichets uniques et centralisés d'évaluation, que ce soit par rapport à leur effet sur l'amélioration de l'accès ou à leur impact sur les résultats du traitement. Ce type de service est en émergence en Amérique (Dembo *et al.*, 2005 ; Rivers et Anwyl, 2000).

▶ Amélioration de l'accès au traitement

Une étude menée dans la région de San Francisco auprès d'adultes toxicomanes a permis d'observer que ce type de service améliore l'accès aux traitements, tout particulièrement pour un sous-groupe de toxicomanes plus sévèrement atteints (Guydish, Woods, Davis, Bostrom et Frazier, 2001). En fait, les auteurs se sont plutôt questionnés sur les conditions qui rendent les guichets uniques et centralisés d'évaluation plus efficaces dans leur capacité à améliorer l'accès au traitement.

Certaines caractéristiques individuelles des adultes ont été relevées comme obstacles à commencer un traitement à la suite d'une évaluation au sein d'un guichet unique et centralisé d'évaluation. Les personnes n'accédant pas aux soins à la suite de leur évaluation sont caractérisées par divers profils. Certaines ont l'impression de ne plus avoir besoin d'aide, soit parce qu'elles sont abstinentes à la suite de l'évaluation et ne ressentent plus le besoin d'être aidées (Rapp *et al.*, 2006), soit parce qu'elles sont largement soutenues par le mouvement d'entraide (Redko, Rapp et Carlson, 2007). Il se peut aussi que leur entourage procure un soutien négatif (Rapp *et al.*, 2006) ou encore qu'ils aient peu d'attirance

envers le traitement proposé (Rapp *et al.*, 2006). Ce manque d'attirance envers le traitement peut être associé à de mauvaises expériences passées ou encore à un manque d'investissement dans une démarche de traitement (Redko *et al.*, 2007). Des conflits d'horaire, le manque de disponibilité des traitements et des difficultés entourant l'admission peuvent tout autant nuire à l'accès au traitement à la suite du guichet unique et centralisé d'évaluation (Rapp *et al.*, 2006). À l'inverse, les personnes poursuivant une démarche thérapeutique sont plus susceptibles d'avoir poursuivi leur consommation de substance psychoactive en attente de traitement à la suite de l'évaluation (donc ne réussissent pas à arrêter et ont un plus fort sentiment qu'elles ont besoin d'aide) (Redko *et al.*, 2007). Aussi, elles démontrent un plus grand intérêt pour le traitement en plus de s'être déjà impliquées dans une démarche d'aide par le passé (Redko *et al.*, 2007).

▶ Amélioration de l'efficacité du traitement

Les rares données sur la question ne permettent pas d'établir de relation directe entre la participation au guichet unique et centralisé d'évaluation et les résultats du traitement subséquent (Guydish *et al.*, 2001; Sears, Davis et Guydish, 2002). Compte tenu de l'aspect novateur de ce type de pratiques d'évaluation, d'autres études sont nécessaires pour mieux documenter leurs impacts potentiels sur les résultats des traitements offerts à la suite de ce guichet unique.

2.3.2.3 Le rôle de l'entretien motivationnel au sein de l'évaluation

Certains se sont intéressés au rôle de l'ajout d'une composante motivationnelle au sein du processus d'évaluation. Quoique difficile à implanter (Carroll *et al.*, 2002), une intervention motivationnelle brève durant la rencontre d'évaluation est associée à une plus grande probabilité de commencer le programme de traitement, tant auprès de parents alcooliques/toxicomanes au sein de services à l'enfance (Carroll, Libby, Sheehan et Hyland, 2001), de personnes alcooliques devant commencer un traitement externe (Connors, Walitzer et Dermen, 2002) qu'auprès de personnes qui se présentent aux urgences avec des signes de problèmes de consommation d'alcool ou de drogues (Krupski, Sears, Joesch, Estee, He, Dunn, Huber, Roy-Byrne et Ries, 2010). De plus, Carroll et son équipe (Carroll, Ball, Nich, Martino, Frankforter, Farentinos, Kundel, Mikulich-Gilbertson, Morgenstern, Obert, Polcin, Snead et Woody, 2006) ont démontré dans le cadre d'une étude multicentrique que l'ajout d'un entretien motivationnel au processus d'évaluation avant le traitement contribuait à accroître de façon significative la rétention de la clientèle en traitement au cours des quatre premières semaines de traitement, en comparaison au processus d'évaluation habituel. Cependant, les résultats d'autres études indiquent que l'intervention motivationnelle en tant qu'adjuvant à l'évaluation n'est pas liée à une augmentation de la probabilité d'entrer en traitement à la suite de l'évaluation (Donovan *et al.*, 2001; Martino, Carroll, Nich et Rounsavile, 2006; Rapp *et al.*, 2008).

Bien que certaines études ne présentent pas de résultats concluants, une tendance se dégage quant à l'impact positif des interventions motivationnelles au cours de l'évaluation initiale sur l'entrée et la rétention en traitement. Les interventions évaluées concernent principalement l'entretien motivationnel (EM), la *motivational enhancement therapy* (MET) (qui s'appuie largement sur les principes de l'entretien motivationnel en y ajoutant une composante de rétroaction personnalisée aux usagers) ou encore l'ajout de l'EM ou de la MET à des rencontres de soutien et d'intervention de crise. Rapp et ses collègues (2008) soulignent que des facteurs tels que le type de dépendance (alcool vs drogue), la présence d'une problématique psychiatrique concomitante, la motivation initiale des usagers ou la durée d'attente avant de pouvoir accéder au traitement peuvent en partie expliquer les résultats non concluants observés dans certaines études (Rapp *et al.* 2008). Pour comprendre plus en détail les impacts des interventions motivationnelles au-delà du processus d'évaluation, nous vous invitons à consulter la section portant spécifiquement sur les approches motivationnelles (page 40).

Faits saillants

- L'expérience clinique appuie largement la nécessité d'évaluer les différentes sphères de vie au cours du processus initial d'évaluation de la gravité de la situation clinique *(consensus d'experts/résultats novateurs)*.

- Les guichets uniques d'évaluation sont peu répandus et ont bénéficié d'un faible nombre d'évaluations. Les quelques études évaluant leur impact sur l'accès aux services pointent vers un effet positif *(résultats novateurs)*, quoiqu'il soit possible que dans certains contextes ils ne soient pas une réponse adéquate. Il semble que de nombreuses composantes déterminent la capacité du guichet unique d'évaluation à améliorer l'accès au traitement et que celles-ci soient jusqu'à ce jour insuffisamment explorées. L'état des connaissances ne permet pas de conclure quant aux impacts des guichets uniques d'évaluation sur l'efficacité des traitements. Il faut conceptualiser son rôle à titre d'adjuvant à l'accès au traitement, permettant ainsi à un plus grand nombre de bénéficier d'une intervention adaptée.

- Malgré certains résultats non concluants, une tendance se dégage selon laquelle les interventions motivationnelles telles que l'EM et la MET, au cours du processus d'évaluation initiale, favorisent l'engagement et la rétention des usagers en traitement *(résultats prometteurs)*.

2.3.3 Planification de l'intervention

La planification de l'intervention auprès de personnes aux prises avec une dépendance à l'alcool ou aux drogues, qui font face bien souvent à de multiples problèmes associés, constitue une étape cruciale et complexe du traitement. D'une part, soulignons la nécessité de cibler les problématiques sur lesquelles intervenir, puisqu'aucune personne ne peut régler tous ses problèmes à la fois. D'autre part, le clinicien doit également orienter son intervention dans un contexte marqué typiquement par l'ambivalence de la personne toxicomane devant le changement de sa consommation ainsi que, bien souvent, une méfiance face à l'aide offerte. Ainsi, plusieurs auteurs ont réfléchi sur l'importance de la hiérarchisation des cibles dans le traitement de la toxicomanie et sur les lignes directrices pouvant guider le clinicien dans la planification de l'intervention.

Les enjeux de sécurité de l'usager sont d'abord à considérer, enjeux dont a particulièrement tenu compte Linehan, qui a formalisé une hiérarchisation des cibles dans son modèle de traitement. En effet, Linehan, dans son modèle de thérapie dialectique du comportement (TDC), développé d'abord pour des patients aux prises avec une problématique suicidaire chronique et un trouble de personnalité limite (Linehan, 1987 ; Linehan, 1993a ; Linehan, 1993b), établit de grands principes de hiérarchisation des cibles. Cette hiérarchisation des cibles a par la suite été précisée dans le modèle de TDC adapté pour les personnes qui abusent des drogues, caractérisées aussi bien souvent par des problèmes chroniques et complexes (Dimeff et Linehan, 2008). Ainsi, pour Linehan, le traitement doit cibler de manière hiérarchique (hiérarchie à réévaluer à chacune des rencontres) les éléments suivants :

1) La diminution des comportements qui mettent la vie en danger de façon imminente (ex. : suicidaires ou homicidaires) ;

2) La diminution des comportements qui interfèrent avec la thérapie (ex. : retard aux rendez-vous, absence, se présenter intoxiqué aux rencontres, etc.) ;

3) La réduction des comportements dont les conséquences dégradent la qualité de vie, tout d'abord l'abus de substances lorsque présent mais aussi le sans-abrisme, les troubles à l'axe I, les problèmes de comportement, etc. ;

4) Le développement des habiletés (Dimeff et Linehan, 2008).

De façon générale, on peut affirmer qu'il existe dans la littérature sur le traitement de la toxicomanie un consensus concernant ces principes de hiérarchisation, bien que les stratégies proposées pour

atteindre ces cibles puissent différer. En effet, plusieurs auteurs du domaine de la toxicomanie mettent l'accent sur l'importance de favoriser l'engagement en traitement en début de démarche et la persistance en traitement (Mee-Lee, McLellan et Miller, 2010), ce qui peut correspondre au deuxième principe de Linehan. Pour ce qui est du premier principe, il fait bien sûr consensus. Notons que les stratégies pour gérer les crises suicidaires et homicidaires chez les personnes toxicomanes ne seront pas traitées ici, des guides ayant déjà été produits sur ce sujet (Duhamel, 2007). Pour ce qui est des principes 3 et 4, ils impliquent de s'attarder d'abord aux comportements associés aux conséquences les plus importantes dans la vie de la personne, pour ensuite pouvoir soutenir la personne dans ses démarches pour améliorer sa qualité de vie et soutenir ses projets. Cette hiérarchisation, réévaluée à chacune des rencontres, n'exclut pas bien sûr un aller-retour fréquent entre les différentes cibles. Par ailleurs, bien que la hiérarchisation des cibles proposée par Dimeff et Linehan (2008) soit très axée sur des dimensions comportementales, il faut rappeler l'importance de s'attarder aux dimensions affectives des problèmes de toxicomanie tout au long du processus thérapeutique (McCrady *et al.*, 2006).

En cohérence avec les principes proposés par Dimeff et Linehan, nous nous attacherons aux différentes visions et stratégies proposées par divers auteurs pour hiérarchiser les cibles de l'intervention. Voyons d'abord la place accordée à l'engagement et à la persistance en traitement, pour ensuite aborder les objectifs de changement en tant que tels, dans le cadre du plan d'intervention et du plan de services individualisé.

2.3.3.1 L'engagement et la persistance en traitement

Il est bien documenté que les personnes toxicomanes tendent à abandonner le traitement, alors que l'engagement et la persistance en traitement est une des principales variables prédictives du succès thérapeutique (Bornovalova et Daughters, 2007) (voir également Mee-Lee *et al.*, 2010, p. 400). Ainsi, comme le soulignent Forman et ses collègues (2007), la persistance en traitement devrait être une cible prioritaire de l'intervention auprès des personnes toxicomanes, non seulement en début de traitement, mais tout au long de celui-ci.

Pour ce faire, trois ingrédients semblent essentiels dès le début du traitement : 1) favoriser l'alliance thérapeutique (Beutler, 2000 ; Dimeff et Linehan, 2008 ; Haaga, McCrady et Lebow, 2006b) ; 2) favoriser la motivation (Beutler, 2000 ; Dimeff et Linehan, 2008 ; Haaga *et al.*, 2006b) ; 3) encourager des succès en début de démarche, susceptibles d'améliorer le sentiment d'efficacité personnelle du client et, donc, son espoir en sa capacité de changer et sa motivation (Miller et Rollnick, 2006).

L'alliance thérapeutique est considérée comme un des principaux facteurs qui favorisent la persistance en traitement (Forman *et al.*, 2007). Comme le soulignent Bornovalova et Daughters (2007), l'alliance thérapeutique développée aussi tôt qu'à la première rencontre est associée à la durée du traitement. Bien sûr, Beutler (2000) rappelle l'importance d'installer un climat de sécurité pour le client, notamment à l'aide des conditions énoncées originalement par Rogers (Rogers, 1951), soit le non-jugement, l'authenticité du thérapeute et l'acceptation inconditionnelle de la personne. Dans le modèle de Linehan (Dimeff et Linehan, 2008), la reconnaissance de la pertinence contextuelle de l'expérience de la personne est une stratégie centrale à la création de cette alliance. McCrady et ses collègues (2006) rappellent aussi qu'il faut développer une alliance de travail, orientée vers des buts. L'alliance sera favorisée lorsque les cibles de l'intervention seront dégagées dans un processus de collaboration au cours duquel le choix du client est placé en priorité (Mee-Lee *et al.*, 2010, p. 405). Ainsi le thérapeute doit aider le client à obtenir ce qu'il veut (ex. : demeurer à l'extérieur de la prison, récupérer la garde de ses enfants, rétablir l'harmonie dans son couple) et non ce qu'il pense que le client a besoin (Mee-Lee *et al.*, 2010, p. 405). Bien sûr, compte tenu du contexte de collaboration, ces recommandations impliquent nécessairement que le thérapeute puisse guider le participant dans ses choix. Compte tenu de l'importance de l'alliance et de la nécessité de la placer en priorité, plusieurs auteurs recommandent le monitorage continu de l'alliance thérapeutique, rétroaction qui permettra au clinicien de s'ajuster aux besoins du client et à la relation avec celui-ci, continuellement en cours de démarche (Forman *et al.*, 2007 ; Mee-Lee *et al.*,

2010). Le recours à cette stratégie de monitorage de l'alliance, selon des données préliminaires, pourrait être associé à une meilleure persévérance en traitement et à de meilleurs résultats thérapeutiques (Forman *et al.*, 2007 ; Mee-Lee *et al.*, 2010, p. 401).

La motivation est également une cible prioritaire de l'intervention en toxicomanie (Beutler, 2000 ; Mee-Lee *et al.*, 2010). Bien sûr, soutenir l'autonomie de la personne et favoriser le fait qu'elle puisse faire ses propres choix d'objectifs encouragent non seulement l'alliance, mais aussi la motivation (Miller et Rollnick, 2006). En outre, Beutler (2000) résume quelques principes d'intervention qui favorisent la motivation : adopter une approche non confrontante et diminuer la directivité en présence de résistance, mettre en place un cadre thérapeutique sécuritaire dans lequel le client pourra exprimer un niveau modéré d'émotivité, condition associée à une plus grande motivation au changement. De fait, peu importe la technique utilisée, l'intervention doit demeurer axée sur la motivation au début et tout au long du traitement (Haaga *et al.*, 2006b).

Tant en ce qui concerne la motivation au début et en cours de traitement que l'importance de faire vivre des succès au client en début de démarche, le monitorage continu des progrès en traitement associé à une rétroaction personnalisée et régulière au client sur ses progrès est recommandé par plusieurs (Forman *et al.*, 2007 ; Mee-Lee *et al.*, 2010). Mee-Lee et ses collègues (2010) soulignent qu'une approche centrée sur le client s'appuie sur les désirs du client, le clinicien devant aider ce dernier à déterminer des cibles qui lui permettront d'atteindre ses objectifs. La rétroaction individualisée et régulière sur les résultats quant à l'atteinte de ses buts permettra au client de bénéficier d'une approche centrée sur ses forces. Dans le même sens, Mee-Lee et ses collègues (2010) mettent en lumière l'importance de s'orienter vers une approche individualisée, axée sur les résultats du traitement. Ainsi, non seulement le type de services mais aussi le choix des cibles de changement seront réévalués régulièrement, en fonction du choix du client éclairé par la rétroaction reçue. Notons d'ailleurs que, dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie, le monitorage continu des progrès et la rétroaction au client sont associés à de meilleurs résultats en traitement (Forman *et al.*, 2007).

Soulignons enfin que le modèle de TDC de Linehan (Dimeff et Linehan, 2008) propose également d'autres stratégies spécifiques pour favoriser l'engagement en traitement, au-delà de l'insistance sur l'alliance, la motivation du client et son sentiment de réussite. En effet, elle suggère de discuter avec le client dès la première session de thérapie de l'importance de l'engagement en traitement, du problème de l'« attachement papillon » à un processus thérapeutique et de discuter d'un plan d'action au cas où des problèmes sur ce plan surviendraient. Bref, le fait de s'investir dans la thérapie devient en soi un objectif prioritaire à discuter avec le client dès le début. Elle recommande aussi que le thérapeute recherche activement à réengager un client en traitement en début de démarche (ex. : lorsqu'il y a retards, absences, etc.) tant que celui-ci n'aura pas atteint une étape où il se sent en sécurité dans le cadre thérapeutique et tant qu'un risque important de rechute n'aura pas été écarté.

2.3.3.2 Choix des cibles de changement

Une fois la personne engagée en traitement, la démarche, selon un consensus relevé dans la littérature, doit initialement cibler le symptôme, notamment la toxicomanie (Beutler, 2000 ; Dimeff et Linehan, 2008), et ce, même chez certains tenants d'approches psychodynamiques qui ont soumis leur modèle de traitement à la rigueur des études d'efficacité (Barber *et al.*, 2008). En présence de troubles mentaux concomitants, différentes priorisations sont suggérées (Santé Canada, 2002), mais l'importance de cibler la toxicomanie et ses conséquences demeure une priorité. Tout en rappelant que le choix du client quant aux cibles de changement doit toujours être privilégié, le modèle de TDC de Linehan (Dimeff et Linehan, 2008) permet d'aider le clinicien à guider son client sur le choix des objectifs reliés à la consommation. Ainsi, dans ce modèle, il est suggéré de cibler la substance psychoactive d'abus primaire, c'est-à-dire celle qui cause le plus de problèmes dans la vie du client. Aussi, il est conseillé de cibler la ou les autres substances dont la consommation déclenche la consommation de la drogue d'abus primaire. Puis, en accord avec l'importance de favoriser la réussite chez le client, il faut s'assurer de le guider dans l'établissement de buts réalistes et atteignables.

En outre, il faut rappeler que les cibles de changement retenues dans le plan d'intervention doivent tenir compte de l'évaluation de l'ensemble des besoins du client et non seulement de ses problèmes de toxicomanie. Outre le fait que ce plan d'intervention devrait être centré sur les besoins du client et de son évolution en cours de traitement, Mee-Lee *et al*. (2010) notent qu'une approche centrée sur le client implique aussi de tenir compte de la théorie personnelle du client quant au changement. Ainsi, le respect des croyances du client quant aux causes de son problème de toxicomanie serait associé à de meilleurs résultats thérapeutiques. Ainsi, une autre forme de priorisation des cibles du traitement est de s'adapter à l'opinion du client sur ce qui est prioritaire pour lui, le client étant le premier expert à consulter.

Compte tenu de la complexité des difficultés vécues par les personnes toxicomanes, les experts s'entendent qu'il faut offrir des services intégrés à la personne pour répondre à ses multiples besoins (National Treatment Strategy Working Group, 2008 ; NIDA, 2009). Pour ce faire, au Québec, le plan de services individualisés (PSI) a été particulièrement privilégié comme un outil pertinent pour améliorer l'intégration des services auprès des personnes alcooliques et toxicomanes (Tremblay, Allaire, Dufresne, Lecavalier et Neveu, 2004). Ainsi, ce PSI devrait correspondre aux caractéristiques suivantes (ASSS-Estrie, 2009) :

1) Le plan devrait être individualisé pour tenir compte de l'ensemble des besoins spécifiques de la personne ;

2) Le plan devrait inclure des modalités de rétroaction formelle et rapide sur le processus de réadaptation et les résultats du traitement ainsi que sur le plan en lui-même et les adaptations nécessaires ;

3) Tant le PSI que les modalités de rétroaction devraient s'inscrire dans un continuum de services adaptés aux besoins du client.

Le recours au PSI s'intègre bien à l'utilisation de la gestion des cas, méthode ayant été davantage privilégiée aux États-Unis au regard de la problématique de toxicomanie. Toutefois, tout comme c'est le cas pour la gestion des cas, l'état actuel des connaissances ne permet pas de documenter empiriquement les effets du PSI sur les résultats du traitement.

En somme, la planification de l'intervention nécessite une hiérarchisation des cibles d'intervention non seulement en début de démarche, mais tout au long du processus thérapeutique. Cette hiérarchisation des cibles est donc un processus dynamique, centré sur le client, qui doit s'appuyer sur une rétroaction régulière au client basée sur un monitorage continu de l'alliance thérapeutique et des résultats du traitement. L'alliance thérapeutique, la motivation et le développement de l'efficacité personnelle sont des cibles prioritaires de changement particulièrement en début de démarche, mais aussi tout au long du suivi, de manière à favoriser l'engagement et la persistance en traitement. Une approche centrée sur le client nécessite aussi bien souvent le recours à des PSI pour tenir compte de la variété de ses besoins. Il demeure que la consommation et ses conséquences sur la vie de la personne constituent une cible prioritaire tout au long du suivi. Enfin, la sécurité du client demeure un enjeu majeur qui peut à tout moment modifier les cibles à prioriser, particulièrement en ce qui a trait à la problématique suicidaire.

Faits saillants

- Les experts s'entendent pour privilégier le principe de sécurité pour guider l'exercice de priorisation des cibles d'intervention. Le modèle de hiérarchisation proposé par Dimeff et Linehan (2008) illustre bien comment se traduit ce principe pour la clientèle en traitement de la toxicomanie :
  - La diminution des comportements qui mettent la vie en danger de façon imminente (ex. : suicide ou homicide) ;
  - La diminution des comportements qui interfèrent avec la thérapie (ex. : retards aux rendez-vous, absences, se présenter intoxiqué aux rencontres, etc.) ;
  - La réduction des comportements dont les conséquences dégradent la qualité de vie, l'abus de substances lorsque présent, en priorité (autres ex. : sans-abrisme, troubles à l'axe I, problèmes de comportement, etc.) ;
  - Le développement des habiletés *(résultats notateurs)*.
- Le développement de l'alliance thérapeutique, de la motivation et du sentiment d'efficacité personnelle du client ainsi que la persistance en traitement devraient être des cibles prioritaires dès le début et tout au long du traitement *(résultats prometteurs)*.
- Il est recommandé d'utiliser des outils permettant de faire le monitorage continu du progrès des clients et de l'alliance thérapeutique ainsi que de fournir des rétroactions personnalisées régulières au client facilitant un processus de planification de l'intervention dynamique, souple et adapté *(résultats prometteurs)*.

2.3.4 Facteurs communs à considérer dans l'intervention

2.3.4.1 L'efficacité des traitements spécifiques versus les facteurs communs à l'ensemble des traitements

Il y a actuellement un large consensus selon lequel les traitements offerts en toxicomanie ont un impact (Gossop, 2006 ; Imel, Wampold, Miller et Fleming, 2008 ; Miller, Walters et Bennett, 2001 ; Prendergast, Podus, Chang et Urada, 2002 ; UKATT Research Team, 2005b), de telle sorte que l'on a pu affirmer que la question est maintenant moins d'étudier si le traitement est efficace que d'étudier comment il peut être amélioré et adapté aux besoins des diverses clientèles (Prendergast *et al.*, 2002). Il en est de même de l'impact des traitements dispensés au Québec selon les études menées par plusieurs chercheurs, notamment ceux du RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec) au cours des 15 dernières années (Landry *et al.*, 2010 ; Landry, Guyon et Brochu, 2001).

Par ailleurs, au cours des quarante dernières années, on n'a pas pu démontrer la supériorité d'une forme de traitement sur une autre (Babor, 2008 ; Clark, 2009 ; Imel *et al.*, 2008 ; Mee-Lee *et al.*, 2010 ; Morgenstern et McKay, 2007 ; Prendergast *et al.*, 2002 ; Wampold *et al.*, 1997 ; Wampold, 2010). L'assertion concernant l'équivalence des traitements en toxicomanie quant à leur efficacité doit être comprise avec un certain nombre de précisions. On parle de traitements évalués comme efficaces lorsque comparés à un traitement minimal ou à une absence de traitement (Anderson, Ogles, Patterson, Lambert et Vermeersch, 2009 ; Imel *et al.*, 2008). On a aussi recours à l'expression *bona fide* ou à l'adjectif « spécifiques » pour qualifier les traitements dont le but explicite est d'avoir un effet thérapeutique et qui répondent aux critères d'inclusion des traitements jugés efficaces, par opposition à des traitements non spécifiques ou à une condition de contrôle comme une liste d'attente ou un placebo. Cette notion de traitement *bona fide* ou « spécifique » (Imel *et al.*, 2008 ; Wampold *et al.*, 1997)

inclut les critères suivants : il a une base théorique sur le plan psychologique, il est guidé par un manuel comportant des composantes spécifiques, il est dispensé par des thérapeutes qui ont une formation adéquate pour prodiguer ce traitement.

Puisque l'ensemble des études sur l'efficacité relative des diverses approches ou techniques en psychothérapie n'étaient pas propres au champ de la toxicomanie, Imel, Wampold, Miller et Fleming (2008), dans leur méta-analyse sur la question, ont pris soin d'adapter les critères d'inclusion des traitements *bona fide* de la façon suivante :

1) Les traitements doivent avoir impliqué plusieurs sessions au cours desquelles le thérapeute développe une relation avec le patient et dans lesquelles le traitement est ajusté au patient ;

2) Le traitement a satisfait à au moins deux des quatre critères suivants : a) il se réfère à une approche établie (p. ex. : cognitif comportemental) ; b) il inclut une description de la thérapie qui mentionne des processus psychologiques et des ingrédients spécifiques d'une nature quelconque ; c) il utilise un manuel pour guider la thérapie ; d) il contient une description des composantes nécessaires pour que le changement survienne (ingrédients actifs) ;

3) De plus, on n'a pas exigé comme critère de sélection le fait que le thérapeute ait une formation de niveau maîtrise, compte tenu des pratiques dans ce champ.

Il est intéressant de retenir que, parmi les trente études retenues finalement comme répondant aux critères d'inclusion, on trouve un large éventail d'approches incluant l'approche cognitive comportementale, l'entretien motivationnel, le *Twelve steps Facilitation*, le *Behavioral self-control training* (BSCT), la thérapie aversive et l'approche psychodynamique. On peut donc en conclure que l'équivalence entre les traitements quant à leur efficacité, telle que constatée dans cette méta-analyse, ne peut pas être attribuée simplement au fait que les traitements comparés étaient similaires et qu'elle demeure vraie même en incluant des approches très diverses quant à leur fondement théorique et aux techniques utilisées.

2.3.4.2 Les facteurs communs à l'ensemble des traitements

Ces études sur l'efficacité relative des approches ou techniques en psychothérapie ont provoqué une remise en question de plus en plus importante du modèle « technologique » des psychothérapies (Babor, 2008 ; McCrady et Nathan, 2006 ; Mee-Lee *et al.*, 2010 ; Morgenstern et McKay, 2007). Le temps serait donc venu de se tourner vers d'autres sources d'explication pour rendre compte de l'efficacité des traitements, c'est-à-dire un ensemble de « facteurs communs » à toutes les approches et dont l'impact sur le changement des personnes en traitement serait plus important que les techniques propres à chaque approche. Cette idée n'est ni nouvelle ni particulière au champ des toxicomanies. Elle a été adoptée dans l'ensemble du domaine de la psychothérapie et des livres complets, émanant notamment de l'American Psychological Association (APA) (Castonguay et Beutler, 2006 ; Duncan, Miller, Wampold et Hubble, 2010 ; Hubble, Duncan et Miller, 1999) y ont été consacrés. C'est ainsi que Asay et Lambert (1999) proposaient, à partir des données empiriques disponibles, une répartition des facteurs responsables du changement en psychothérapie de la façon suivante :

1) Environ 40 % du changement serait attribuable à des facteurs extrathérapeutiques tels que les caractéristiques du client, son environnement, ses conditions de vie ;

2) Une proportion de 30 % serait attribuable à la relation thérapeutique entre le thérapeute et son client ;

3) Les espoirs et les attentes du client (effet placebo) seraient responsables de 15 % du changement ;

4) Une proportion de 15 % serait attribuable aux traitements spécifiques utilisés.

Notons que cette répartition résulte d'une estimation par les auteurs à partir des données de recherche sur chacun des facteurs énumérés et non d'une analyse statistique (Asay et Lambert, 1999).

Il devient donc important, voire essentiel, d'accorder une attention à ces facteurs communs pour mieux en comprendre la portée, de quelle façon ils peuvent avoir un impact sur le changement, l'interaction qu'ils peuvent avoir les uns avec les autres et les moyens dont nous disposons pour les exploiter dans le traitement des personnes toxicomanes (Hubble, Duncan, Miller et Wampold, 2010 ; Imel *et al.*, 2008).

2.3.4.3 Les facteurs « extrathérapeutiques » : les caractéristiques du client qui se présente en traitement

Les facteurs extrathérapeutiques peuvent englober un ensemble de dimensions, au nombre desquelles on trouve l'environnement du client, l'organisation des services et les caractéristiques mêmes du client au moment où il entreprend une démarche thérapeutique. Nous nous concentrons d'abord sur cette dernière dimension puisque les aspects liés à l'organisation des services et l'environnement du client sont traités ailleurs dans ce texte. Cette dimension peut présenter un double intérêt : elle permet d'établir un pronostic sur l'issue du traitement, mais aussi et surtout de déterminer des cibles d'intervention dans la mesure où nous pouvons avoir un impact sur certaines de ces caractéristiques.

Plusieurs études se sont intéressées aux caractéristiques des clients arrivant en traitement. Un certain nombre de ces caractéristiques pourraient se relier aux vulnérabilités de ces personnes :

- La gravité de la dépendance aux substances est un facteur qui entrave le succès de l'intervention (Adamson, Sellman et Frampton, 2009 ; Haaga, Hall et Haas, 2006a ; Haaga *et al.*, 2006b). Le type de substances consommées serait aussi un déterminant, les polytoxicomanes ayant moins de chances de succès que les monoconsommateurs, alors que ceux dont la consommation problématique d'alcool a commencé plus tard (*late onset*) seraient plus favorisés (Haaga *et al.*, 2006b). Selon Adamson et ses collègues (2009), ce serait la conscience des risques associés à la consommation d'alcool qui a un impact plutôt que les problèmes associés à cette consommation ;
- La présence de troubles mentaux concomitants est fréquemment mentionnée comme un facteur affectant l'issue du traitement (Adamson *et al.*, 2009 ; Castonguay et Beutler, 2006 ; Haaga *et al.*, 2006a ; Wilbourne et Miller, 2002). On mentionne les troubles de la personnalité, la dépression, la psychopathologie en général. En ce qui concerne la dépression, on dispose de données contradictoires : sa présence serait associée à une issue favorable ou défavorable (Adamson *et al.*, 2009 ; Haaga *et al.*, 2006a). Il en va de même en ce qui concerne la personnalité antisociale, dont l'effet est difficile à établir à plus long terme (Haaga *et al.*, 2006a). Selon Adamson et ses collègues (2009), l'impact de la présence de problèmes de santé mentale concomitants serait mieux démontré par une mesure générale de la psychopathologie que des troubles spécifiques tels que la dépression ou l'anxiété. De plus, les études ne permettent pas d'établir s'il est possible d'apparier le traitement en fonction de la concomitance de troubles mentaux spécifiques et de troubles liés aux substances (Haaga *et al.*, 2006a).

On relève également des facteurs de caractère social ou socioéconomique :

- De façon générale, les clients plus handicapés ou défavorisés (*impairment*) ont une probabilité moins grande de profiter de la psychothérapie. Ceci serait particulièrement vrai dans le domaine des dépendances (Castonguay et Beutler, 2006) ;
- Si la pauvreté et le non-emploi sont associés à un impact défavorable de la thérapie, un niveau socioéconomique plus élevé et le fait d'avoir un emploi, au contraire, sont des facteurs de succès (Castonguay et Beutler, 2006 ; Haaga *et al.*, 2006a) ;
- Le statut marital en tant que tel serait moins important que le soutien social ou le bon fonctionnement conjugal (Adamson *et al.*, 2009) comme adjuvant à une issue favorable du traitement. Ce facteur serait plus important, cependant, pour la population masculine. On mentionne aussi, dans le même sens, le faible soutien social à consommer comme un facteur de succès (Babor, 2008) ;
- L'âge ne semble pas être un facteur important (Haaga *et al.*, 2006a) ;

- En ce qui concerne le sexe, si les femmes ont moins tendance à entreprendre un traitement, elles persévèrent autant que les hommes, une fois qu'elles ont commencé (Haaga *et al.*, 2006a) ;

- On a très peu de données en ce qui concerne l'appartenance ethnique ou religieuse (Adamson *et al.*, 2009 ; Haaga *et al.*, 2006a), ce qui ne nous permet pas de conclure sur le rôle de ces variables.

Plusieurs facteurs mentionnés relèvent des dispositions du client par rapport au changement :

- Le stade de motivation ou la disposition au changement sont parmi les facteurs les plus souvent mentionnés (Adamson *et al.*, 2009 ; Babor, 2008 ; Haaga *et al.*, 2006a ; Haaga *et al.*, 2006b ; Wilbourne et Miller, 2002) comme associés à l'issue du traitement ;

- Le sentiment d'autoefficacité par rapport à la capacité de changer a un impact favorable (Adamson *et al.*, 2009 ; Babor, 2008) ;

- De même, les clients ayant la capacité d'utiliser des stratégies pour faire face à la tentation de consommer ont plus de chances de succès (Haaga *et al.*, 2006a).

Ces facteurs relatifs à la motivation sont évidemment ceux qui se prêtent le plus à une intervention. Il importe donc de voir comment nous pourrons agir sur ces facteurs pour favoriser le changement chez les personnes qui ont recours à nos services.

Mentionnons enfin un dernier groupe de facteurs reliés aux caractéristiques du client qui entreprend une démarche thérapeutique. Deux dimensions sont mentionnées à cet égard.

La première dimension concerne les attentes du client quant aux substances psychoactives (Adamson *et al.*, 2009 ; Haaga *et al.*, 2006a). Ainsi, 1) les attentes concernant l'effet de la consommation d'alcool auraient un impact sur le résultat du traitement. Il faut distinguer entre attentes positives (l'alcool produit des effets positifs, diminution de la tension, amélioration de la performance sexuelle) et attentes négatives (l'alcool rend malade ou produit des conséquences négatives). Les attentes positives seraient négativement reliées à l'abstinence post-traitement ainsi qu'à la rétention en traitement. Les attentes négatives seraient associées à un délai plus long avant la première rechute ; 2) il serait plus difficile pour les personnes qui croient que l'abstinence est nécessaire pour la rémission de bénéficier d'une approche de consommation contrôlée.

La deuxième dimension concerne les attentes sur le traitement en général. Dans cette perspective, il s'agit d'offrir aux gens l'espoir que quelque chose peut être fait pour les aider (Hubble *et al.*, 1999). La façon de susciter l'espoir relève particulièrement du développement de l'alliance thérapeutique, notamment à travers le recours à des techniques éprouvées et l'offre d'une explication rationnelle de leurs problèmes, comme on le verra plus loin.

L'étude la plus récente que nous avons consultée sur les caractéristiques des clients qui prédisent l'issue du traitement est celle d'Adamson, Sellman et Frampton (2009), qui ont fait une méta-analyse à partir de 51 études sur les facteurs de changement reliés aux caractéristiques des clients. Selon cette étude, les facteurs de prédiction les plus puissants du succès thérapeutique sont les suivants : 1) la gravité de la dépendance ; 2) le score global de psychopathologie ; 3) le sentiment d'autoefficacité par rapport à la consommation d'alcool ; 4) la motivation et l'objectif de traitement (abstinence).

2.3.4.4 Les facteurs liés au thérapeute et à l'alliance thérapeutique[5]

Le thérapeute est une source négligée de variabilité dans l'efficacité des traitements. La variabilité entre les thérapeutes serait un facteur plus important que les différences entre les traitements dans l'étude de leur efficacité (Luborsky *et al.*, 1986). En fait, le thérapeute serait le facteur de prédiction le plus puissant du succès thérapeutique, de cinq à dix fois plus puissant que les techniques spécifiques (Hubble *et al.*, 2010 ; Mee-Lee *et al.*, 2010). Par ailleurs, des analyses secondaires des données de MATCH ont également montré des différences significatives entre les thérapeutes en ce qui concerne leur efficacité (Project Match Research Group, 1998c). La question est alors de savoir quels sont les facteurs responsables de ces différences.

Les recherches portant sur les variables sociodémographiques sont peu concluantes. Ces différences n'ont pu être attribuées ni à l'âge, ni au sexe, ni au fait d'avoir une expérience personnelle d'abus d'alcool (Anderson *et al.*, 2009 ; Haaga *et al.*, 2006a ; Project Match Research Group, 1998c ; Wilbourne et Miller, 2002). Un des facteurs serait la compétence et la formation de l'intervenant. Ainsi, des spécialistes en toxicomanie et des cliniciens en santé mentale seraient plus en mesure de faire face à des problématiques complexes (Moos, 2003, cité dans McCraddy, Haaga et Lebow, 2006). Selon Seligman (1996), plus le cas est complexe, plus la formation et l'expérience du thérapeute peuvent augmenter le résultat du traitement. Ce dernier fait une mise en garde concernant la tendance des Managed Care Organizations (organismes de gestion intégrée des soins) à vouloir utiliser les études d'efficacité pour réduire le temps payé pour le traitement et la compétence des thérapeutes (Seligman, 1996). Le traitement des problèmes d'abus de substances est un de ceux qui nécessitent une expertise spécialisée (Kraus, 2010). Cependant, les facteurs de succès les mieux démontrés se rattachent à l'alliance thérapeutique et à la capacité du thérapeute à créer une telle alliance.

En psychothérapie, les recherches des quarante dernières années ont largement démontré que les clients avec un thérapeute empathique, authentique et qui expérimentent un lien soutenant avec leur thérapeute ont plus de chances de succès (Lebow, Kelly, Knobloch-Fedders et Moos, 2006 ; Mee-Lee *et al.*, 2010 ; Wilbourne et Miller, 2002). Cela demeure vrai, quelle que soit la forme de thérapie (Ackerman et Hilsenroth, 2003). La qualité de la relation thérapeutique expliquerait 10 % de la variance dans le résultat du traitement (Bohart, Elliott, Greenberg et Watson, 2002, cité dans Lebow, Kelly, Knobloch-Fedders, Moos, 2006), voire 30 % selon certains (Asay et Lambert, 1999). Selon Lebow et ses collègues (2006), l'alliance est importante pour engager le client en traitement dès l'entrevue initiale et l'évaluation et, par la suite, pour le garder en traitement. Elle favorise l'exploration des problèmes (contrairement à une attitude de confrontation) ainsi que la diminution de la détresse éprouvée par le client et le fait qu'il expérimente la thérapie comme plus agréable. Elle favorise un meilleur succès de l'intervention (tant en ce qui concerne la consommation que les autres domaines de sa vie). Selon ces mêmes auteurs, l'alliance serait bénéfique tout spécialement pour certains sous-groupes : les personnalités antisociales et celles qui ont des niveaux élevés d'agressivité.

Selon McCrady et ses collègues (2006), à partir de leur recension des données de recherche sur la question, plusieurs éléments contribuent à une bonne alliance thérapeutique : 1) l'empathie, le respect de l'expérience du client en thérapie et l'évitement de la confrontation agressive ; 2) la chaleur, l'acceptation et la prise en charge globale (*caring*) ; 3) la congruence et l'authenticité ; 4) la capacité de proposer une direction à travers des objectifs avec un niveau modéré de structure ; 5) l'aide apportée au client pour se donner des buts personnels, des moyens pour y parvenir et la capacité de lui communiquer l'espoir qu'il peut y arriver ; 6) l'aide apportée pour maintenir cette structure dans le temps, devant le chaos qu'il éprouve souvent dans sa vie courante.

5 Bien que l'alliance thérapeutique implique le client et le thérapeute, elle est traitée ici à cause du rôle déterminant du thérapeute dans le développement et la sauvegarde de cette alliance.

Ackerman et Hilsenroth (2003) vont dans le même sens. Les thérapeutes capables de créer une alliance forte sont flexibles, expérimentés, respectueux, dignes de confiance, confiants, intéressés, alertes, amicaux, chaleureux et ouverts. Leurs techniques sont : le reflet, le soutien, la capacité de donner des interprétations correctes, de faciliter l'expression des émotions.

Anderson et ses collègues (2009), à partir d'une analyse secondaire des données de 1 141 clients suivis par 25 thérapeutes, ont confirmé l'existence d'une différence entre les thérapeutes. Ces différences n'étaient liées ni au sexe ni à l'orientation théorique des thérapeutes. Les seuls résultats significatifs concernent les habiletés interpersonnelles des thérapeutes. Ils ont aussi observé une corrélation positive entre ces habiletés et l'âge des thérapeutes, qu'ils interprètent comme une capacité accrue acquise par ces derniers à exercer ces habiletés dans des situations cliniques complexes.

Partant du constat que l'alliance expliquerait de 5 à 10 % de la variance relative à l'efficacité des traitements, Baldwin et ses collègues (2007), à partir d'analyses secondaires d'une base de données de 331 clients vus par 80 thérapeutes, ont cherché à départager le rôle du client, celui du thérapeute, celui de l'interaction entre ces derniers et des résultats positifs perçus en cours de traitement sur la variabilité de cette alliance. Ils observent que ce sont d'abord et avant tout les thérapeutes qui contribuent à la formation d'une bonne alliance thérapeutique (Baldwin, Wampold et Imel, 2007). Ils mentionnent que la capacité de former une meilleure alliance de la part du thérapeute pourrait être attribuable aux facteurs suivants : 1) la capacité de gérer et de réparer les ruptures dans l'alliance ; 2) celle de développer chez leur client l'espoir que le traitement peut les aider en leur donnant des explications pertinentes concernant leurs problèmes et en leur offrant un traitement congruent avec ces explications. Ils recommandent donc d'évaluer régulièrement la capacité des intervenants de développer une alliance thérapeutique et de leur donner une supervision pour les aider à développer cette capacité.

Mee-Lee et ses collègues (2010) insistent sur l'importance capitale de l'alliance thérapeutique et du rôle déterminant du thérapeute dans le développement et le maintien de cette alliance. Ils croient que ce devrait être l'enjeu majeur pour augmenter l'efficacité des traitements en toxicomanie. Un écueil qui guette le processus thérapeutique à cet égard est la rupture de l'alliance (Asay et Lambert, 1999 ; Baldwin *et al.*, 2007). Certains se sont intéressés à cette question et ont développé un modèle permettant d'analyser les éléments du processus thérapeutique qui peuvent contribuer à résoudre les ruptures de l'alliance thérapeutique (Safran et Muran, 2000).

Par ailleurs, il est intéressant de savoir que, selon certaines études, la différence observée entre les thérapeutes en ce qui concerne leur efficacité serait attribuable à une minorité de thérapeutes peu performants (Anderson *et al.*, 2009 ; Project Match Research Group, 1998c). Kraus (2010), pour sa part, rapporte une étude de son laboratoire qui montrerait que les thérapeutes peuvent être efficaces pour certains types de problèmes (fonctionnement sexuel, fonctionnement professionnel, violence, panique/anxiété, abus de substances psychoactives, etc.) et inefficaces ou même nuisibles pour d'autres catégories. Ainsi, dans le domaine de l'abus de substances psychoactives, 50 % des thérapeutes se seraient montrés efficaces, 34 % inefficaces et 16 % nuisibles. Il devient donc important d'aider les thérapeutes inefficaces, et encore plus ceux qui sont nuisibles, à développer ou à améliorer leur capacité à créer une alliance avec leurs clients ou encore, à reconnaître les clientèles avec lesquelles ils n'arrivent pas à travailler adéquatement et concentrer leurs efforts auprès des usagers avec qui ils ont du succès.

2.3.4.5 Les approches thérapeutiques

Il ne s'agit pas ici de traiter des mérites respectifs des diverses approches thérapeutiques dans le domaine de l'intervention en toxicomanie, ce qui sera fait plus loin, mais d'aborder les principes ou techniques communs à toutes ces approches. Castonguay et Beutler (2006) relèvent un certain nombre de principes communs à plusieurs formes de thérapie : 1) le changement positif est lié à l'application d'une intervention structurée par le

thérapeute, qui doit demeurer fidèle à l'application de son intervention (voir aussi Hubble, Duncan, et Miller, 1999) ; 2) le thérapeute pourrait être plus efficace s'il ne se restreint pas à la seule intervention individuelle : travailler avec d'autres ressources (thérapeutes ou organismes) pendant le traitement peut être bénéfique pour certains clients ; 3) le résultat de la thérapie sera amélioré si elle traite les enjeux interpersonnels liés aux problèmes présentés.

Dans le champ plus spécifique de la dépendance aux substances, McCrady et ses collègues (2006), en se fondant sur les données empiriques disponibles, apportent les précisions suivantes : 1) il n'y a pas d'évidence concernant une efficacité différentielle d'une intervention individuelle par rapport à une intervention de groupe ; 2) néanmoins, l'implication d'une personne proche semble utile ; 3) il est pertinent d'aider le client à restructurer son environnement social pour qu'il apporte un soutien à l'abstinence ; 4) il importe de se centrer sur la motivation du client ; 5) il est utile de l'aider le client à déceler les schèmes de pensée et de comportement qui perpétuent l'usage d'alcool ou de drogues ; 6) on doit porter attention à l'expérience affective du client liée aux émotions reliées à la consommation dans le but de l'aider à accepter un registre normal d'émotions et à faire face aux émotions négatives sans consommer ; 7) il est pertinent de porter attention aux réponses « conditionnées » à la consommation et de développer la capacité du client de changer ces réponses ; 8) on doit favoriser le développement d'attentes positives relativement au traitement chez le client.

Une autre façon d'aborder les études sur l'efficacité des traitements pour les troubles liés aux substances est de considérer les ingrédients thérapeutiques communs à toutes les méthodes démontrées efficaces. McCrady et Nathan (2006) énumèrent une liste de tels ingrédients ou principes communs, qui pourraient former la base ou le tronc commun de l'ensemble des dimensions à développer dans un programme donné. Une telle approche est susceptible de nous permettre de dresser la liste d'un ensemble de compétences à promouvoir chez les intervenants. En analysant plusieurs approches bien évaluées (motivationnelle, cognitive-comportementale, la *community reinforcement approach*, la thérapie de couple comportementale, le *Twelve steps facilitation*), ces auteurs en arrivent à dégager plusieurs dimensions de l'intervention qui, tout en étant associées *a priori* à l'une ou l'autre de ces approches sont aussi traitées par plusieurs autres, chacune à sa façon. Mentionnons l'augmentation ou le maintien de la motivation, l'enseignement des habiletés à composer avec des situations à risque, la restructuration de l'environnement social des toxicomanes, la modification des réponses conditionnées aux substances, le changement des normes sociales en ce qui concerne le rôle des substances dans leur vie, l'augmentation du sentiment d'auto-efficacité envers le changement.

Ils recommandent donc de regrouper les ingrédients d'un traitement dont l'efficacité a été démontrée empiriquement dans un ensemble transcendant les diverses approches et qui pourrait être proposé comme le tronc commun à l'ensemble des programmes d'intervention.

Notons enfin que le recours à un traitement structuré et fondé empiriquement auquel le thérapeute adhère contribue à susciter l'espoir chez le client et à lui donner confiance dans l'intervention qui lui est proposée. Par le fait même, il procure un terrain favorable au développement d'une alliance thérapeutique entre le thérapeute et son client (Hubble *et al.*, 2010 ; Wampold, 2010). Cet exemple illustre bien comment les facteurs communs agissent en interaction les uns avec les autres.

En somme, notons que ce qui semble ressortir le plus clairement des travaux des dernières années sur les facteurs communs, est de concevoir ces facteurs (client, thérapeute, approches) non plus comme des entités isolées mais comme interagissant les uns avec les autres (Hubble *et al.*, 2010). Il en est de même de l'alliance, qui doit être de plus en plus vue comme une co-construction dynamique entre le client et le thérapeute (Mee-Lee *et al.*, 2010). Dans cette perspective, selon ces mêmes auteurs, l'exigence d'une rétroaction systématique et structurée, idéalement à l'aide d'outils conçus spécifiquement à cette fin et permettant au clinicien d'avoir régulièrement de l'information sur l'état de l'alliance thérapeutique telle que perçue par le client et les progrès de la thérapie, apparaît de plus en plus incontournable. À un point tel que, dans

leur conclusion, les auteurs du livre *The Hearth and Soul of Change* sur les derniers développements des connaissances concernant la psychothérapie (Duncan *et al.*, 2010) affirment : « Using formal client feedback to inform, guide, and evaluate treatment is the strongest recommendation coming from this volume » (p. 424).

Des outils pour obtenir une telle rétroaction ont été développés aux États-Unis (Baldwin *et al.*, 2007 ; Lambert, 2010 ; Miller, Duncan, Brown, Sorrell et Chalk, 2006) et au Québec (Mercier, Landry, Corbière et Perreault, 2004 ; Perreault *et al.*, 2010) et pourraient être utilisés dans les CRD du Québec.

Finalement, il importe de rappeler que la relation thérapeutique elle-même doit se comprendre dans le contexte plus large de la relation du client avec le programme de traitement dans lequel est dispensée cette intervention et du réseau des autres services disponibles qui peuvent lui être offerts, d'une part, et de sa relation avec son entourage (familial, conjugal, social et professionnel) d'autre part (Haaga *et al.*, 2006b ; Lebow *et al.*, 2006). Cette dimension est traitée ailleurs dans ce document.

Faits saillants

- Si les résultats des recherches des quarante dernières années montrent que les traitements offerts aux personnes toxicomanes sont efficaces, il a été impossible de démontrer, au cours de la même période, la supériorité d'une approche sur une autre. Cette équivalence des approches s'applique à des traitements structurés, avec une intention thérapeutique, et qualifiés de *bona fide (résultats probants)*.

- Un corpus important de recherches, non seulement dans le champ des psychothérapies en général mais également dans le domaine de la toxicomanie, a permis de démontrer que l'efficacité des traitements, y compris en toxicomanie, est attribuable en majeure partie à des facteurs communs à tous les processus de changement impliqués dans une démarche de traitement *(résultats probants)*.

- On a pu classer ces facteurs communs de la façon suivante : 1) des facteurs extrathérapeutiques tels que les caractéristiques des clients qui entreprennent une démarche, leur environnement et leurs conditions de vie ; 2) la relation thérapeutique entre le thérapeute et son client ; 3) les espoirs et les attentes du client ; 4) les techniques ou approches spécifiques utilisées.

- Les caractéristiques des personnes toxicomanes qui prédisent le mieux l'issue du traitement sont les suivantes : la gravité de la dépendance et la présence de troubles mentaux associés affectent négativement le résultat, alors que le sentiment d'autoefficacité, la disposition au changement et l'espoir que le traitement peut les aider ainsi qu'un environnement social et professionnel favorable prédisent le succès de l'intervention. Les attentes du client quant à l'effet des substances ont également un impact, différent selon la nature de ces attentes *(résultats prometteurs)*.

- Le thérapeute a une influence déterminante, sinon la plus déterminante, dans l'issue de l'intervention *(résultats probants)*.

- Le facteur le mieux connu pour expliquer l'impact du thérapeute sur le succès du traitement est sa contribution au développement d'une alliance thérapeutique avec son client. Plusieurs caractéristiques des intervenants susceptibles de favoriser le développement et le maintien d'une alliance thérapeutique entre l'intervenant et le client ont été relevées, notamment : l'empathie, l'acceptation, la flexibilité, le respect, la capacité d'aider le client à se donner des buts personnels (*résultats prometteurs*).

- Le développement et le maintien de l'alliance thérapeutique reposent sur une interaction continue entre le clinicien et le client tant en ce qui concerne la satisfaction de ce dernier face à la démarche qui lui est proposée que son évolution par rapport à l'atteinte des objectifs de l'intervention *(résultats prometteurs)*.

- Même si aucune approche n'est supérieure à l'autre, il importe que l'intervention soit dispensée de façon structurée par l'application d'une approche reconnue efficace ou de principes thérapeutiques démontrés efficaces. L'allégeance du clinicien à son approche est un facteur important pour communiquer l'espoir à son client *(résultats prometteurs)*.

- Enfin, les travaux les plus récents sur les facteurs communs font ressortir l'importance de les considérer non plus comme des identités isolées mais comme interagissant de façon dynamique les uns avec les autres *(résultats novateurs)*.

2.3.5 Modèles d'intervention

2.3.5.1 Approches reconnues les plus efficaces

Dans cette section seront recensées différentes approches de traitement qui se sont démontrées efficaces, le plus souvent toutes aussi efficaces les unes que les autres. Quelques exceptions demeurent : les approches incluant les membres de l'entourage ont fréquemment démontré une efficacité supérieure à des interventions qui ne les impliquaient pas. Les approches ne seront décrites que très brièvement, le lecteur étant fréquemment renvoyé à des textes plus complets concernant chaque approche. L'équipe de rédaction a voulu plutôt bien documenter les études d'efficacité des approches.

▶ Approche cognitive-comportementale

D'entrée de jeu, soulignons que l'efficacité des « thérapies cognitives-comportementales » (TCC) a été largement démontrée pour le traitement de la toxicomanie, tant pour l'alcool que pour les drogues illicites, grâce à un grand nombre d'études contrôlées rigoureuses auprès d'échantillons très variés (Baker et Lee, 2003 ; Lee et Rawson, 2008 ; Magill et Ray, 2009 ; Range et Marlatt, 2008 ; Waldron et Kaminer, 2004). Voyons la description des TCC avant d'aborder les résultats des études d'efficacité sur cette approche.

• Description des thérapies cognitives-comportementales (TCC)

Le terme « thérapies cognitives-comportementales » (TCC) est un terme parapluie qui englobe un ensemble de types d'intervention qui peuvent être très différents en termes d'application, d'intensité et de focalisation (Lee et Rawson, 2008). Parmi ce qui rassemble les TCC, notons les théories sur lesquelles ces thérapies s'appuient : les théories de l'apprentissage social, incluant le conditionnement classique et opérant, ainsi que les théories cognitives (Silva et Serra, 2004). Un ensemble de techniques caractérisent aussi les TCC : 1) l'identification des déclencheurs de la rechute ; 2) l'entraînement aux habiletés d'ajustement (*coping*) ; 3) l'entraînement aux habiletés de refus de la consommation ; 4) l'analyse fonctionnelle de la consommation de substances, c'est-à-dire de ses déclencheurs et de ses conséquences positives et négatives ; 5) l'augmentation d'activités alternatives à la consommation (Magill et Ray, 2009). Outre ces techniques, le monitorage des pensées reliées à la consommation et la pratique d'habiletés au cours des sessions et à l'extérieur sous forme de *devoirs thérapeutiques* sont également largement utilisés dans les TCC (Shearer, 2007). Enfin, les TCC sont habituellement des approches structurées et manualisées (Shearer, 2007).

• L'efficacité des thérapies cognitives-comportementales (TCC)

Magill et Ray (2009) ont mené une méta-analyse récente qui confirme l'efficacité des TCC chez les adultes consommateurs d'alcool et de drogues illicites, à partir de 53 études contrôlées. L'effet des TCC tend à diminuer à partir des suivis de 6 à 9 mois, puis continue de diminuer au suivi de 12 mois. Cette méta-analyse met également en lumière que les TCC ont des effets plus larges chez les consommateurs de cannabis comparativement aux autres substances étudiées, par exemple l'alcool et les stimulants. Ce dernier constat est appuyé par une méta-analyse d'un ensemble d'interventions psychosociales, incluant les TCC et d'autres types d'intervention (Dutra *et al.*, 2008).

Notons aussi que la TCC est l'un des modèles dont l'efficacité a été montrée dans l'une des plus grandes études contrôlées auprès de personnes dépendantes à l'alcool, le projet MATCH (Project Match Research Group, 1997). En effet, dans le projet MATCH, la TCC, qui se déroule sur 12 semaines dans le cadre de 12 sessions hebdomadaires, est efficace de façon équivalente au modèle *12-steps facilitation*, de même durée et intensité, et à la *Motivational Enhancement Therapy* (MET), qui comprend 4 sessions en 12 semaines. Le seul avantage de la TCC et de la thérapie des 12 étapes sur la MET est de produire plus rapidement des effets au cours de la période de traitement en elle-même.

• Les combinaisons d'intervention et la thérapie cognitive-comportementale (TCC)

La TCC constitue un des modèles d'intervention intégrés à l'approche psychosociale comportementale combinée montrée efficace par le projet COMBINE (Anton *et al.*, 2006 ; Donovan *et al.*, 2008). Cette approche combinée intègre la TCC, le modèle *12-steps facilitation*, l'entretien motivationnel (EM) et différents systèmes de soutien externes à l'étude. Le style de l'EM est utilisé tout au long du suivi. Le projet COMBINE est un autre des quelques essais contrôlés dans le domaine de la toxicomanie reconnus pour leur rigueur. Le projet COMBINE montre que la TCC est efficace un an après le traitement pour diminuer la gravité des problèmes d'alcool chez les personnes alcooliques. En outre, dans cette étude, les diverses combinaisons d'interventions incluant la TCC, seule ou en combinaison avec une médication, sont plus efficaces que les combinaisons d'approches sans TCC.

Plus récemment, la TCC, compte tenu de son efficacité démontrée, a été utilisée en combinaison à d'autres approches d'intervention, dans le but d'évaluer si ces combinaisons pouvaient améliorer les effets du traitement. Les traitements les plus couramment utilisés en combinaison à la TCC sont : le *Contingency management* (CM), la pharmacothérapie et l'entretien motivationnel. En outre, les approches de prévention de la rechute, comme nous le verrons plus loin, pourraient favoriser le maintien des gains à la suite de la TCC (Project Match Research Group, 1997 ; Shearer, 2007).

La méta-analyse de Magill *et al.* (2009) montre que la TCC combinée à un autre traitement psychosocial produit des effets plus importants que la TCC combinée à un traitement pharmacologique et que la TCC seule. Ce résultat serait possiblement attribuable, selon les auteurs, à la combinaison de la TCC au *Contingency management* (CM) (Magill et Ray, 2009). Cependant ce constat doit être nuancé par le fait que, dans cette méta-analyse, seulement quatre études portent sur cette combinaison TCC-CM. Tout de même, une autre méta-analyse sur un ensemble d'interventions psychosociales en arrive aussi à conclure à des effets plus importants pour la combinaison TCC-CM que pour les autres traitements utilisés seuls, mais sur la seule base de deux études (Dutra *et al.*, 2008).

Pour ce qui est de l'avantage de la combinaison de la pharmacothérapie à la TCC, il semble se limiter aux suivis à court terme durant le traitement, mais ne se maintient pas dans le temps un an plus tard (Donovan *et al.*, 2008).

Enfin, pour ce qui est de la combinaison de la TCC à quelques séances d'entretien motivationnel (EM), Magill *et al*. (2009) relèvent trois études comparant la TCC seule à cette combinaison (Budney, Higgins, Radonovich et Novy, 2000 ; Marijuana Treatment Project Research Group, 2004 ; Stephens, Roffman et Curtin, 2000). Dans l'état actuel des connaissances, il ne semble pas que cette combinaison ajoute à l'efficacité de la TCC. Toutefois, rappelons que la combinaison de la TCC à l'approche motivationnelle ainsi qu'à une approche basée sur les 12 étapes, dans le projet COMBINE, s'est montrée plus efficace à un an que les approches de prise en charge médicale et/ou de pharmacothérapie. Devant ces résultats, plusieurs auteurs recommandent l'EM comme approche pouvant être combinée à la TCC (Anton *et al.*, 2006 ; Hettema, Steele et Miller, 2005 ; Lundahl, Kunz, Tollefson et Burke, 2010). Il va sans dire que cette recommandation pourrait s'avérer possiblement plus adaptée à des populations plus réfractaires au changement, comme par exemple des personnes ayant commis des délits (McMurran, 2009) ou d'autres consultant sous forte pression de l'entourage.

Faits saillants

- L'efficacité des « thérapies cognitives comportementales » (TCC) a été largement démontrée pour le traitement de la toxicomanie, tant pour l'alcool que pour les drogues illicites, grâce à un grand nombre d'études contrôlées rigoureuses auprès d'échantillons très variés *(résultats probants)*.
- La TCC combinée à un autre traitement psychosocial produit des effets plus importants que la TCC combinée à un traitement pharmacologique et que la TCC seule *(résultats probants)*
- Quelques études permettent de suggérer de combiner à la TCC d'autres interventions psychosociales, comme le *contingency management* et l'entretien motivationnel, ce qui permettrait de favoriser le maintien des gains à plus long terme *(résultats prometteurs)*.

▶ Community Reinforcement Approach (CRA)

L'approche de renforcement par la communauté (*Community Reinforcement Approach*, CRA) est une approche comportementale cognitive s'appuyant sur la prémisse que les renforcements environnementaux jouent un rôle crucial dans le développement/maintien ou la réduction des habitudes de consommation de substances psychoactives (SPA) (Hunt et Azrin, 1973). La CRA utilise donc les renforcements issus de la communauté environnant la personne abusant de SPA, tels que les renforcements sociaux, familiaux, récréatifs et occupationnels afin de favoriser les changements de consommation de SPA (Meyers, Villanueva et Smith, 2005). En somme, le but du traitement est de réarranger les contingences environnementales de manière à ce que les comportements de sobriété soient plus récompensés que les comportements de consommation de SPA (Meyers *et al.*, 2005). La CRA débute par une analyse fonctionnelle des comportements de consommation mettant en évidence les facteurs responsables du renforcement et du maintien de la consommation de SPA (Azrin, 1976). Ensuite, un « échantillon » de sobriété est demandé à l'usager de manière à ne pas susciter les résistances (versus demander l'abstinence pour toujours), à pratiquer les habiletés nécessaires à l'arrêt de consommation et à mettre l'accent sur les aspects renforçants de la vie quotidienne sans SPA (Azrin, Sisson, Meyers et Godley, 1982). Un plan de traitement est mis sur pied en s'appuyant sur une analyse de la satisfaction de vie de la personne dans dix sphères de vie (p. ex. : emploi, habitudes de vie, relations interpersonnelles) et en sélectionnant celles pour lesquelles des améliorations sont souhaitées (Smith, Meyers et Miller, 2001). Dans ce plan de traitement sont inclus, de façon routinière, l'apprentissage d'habiletés à la résolution de problèmes, à la communication et au refus de consommation (Meyers et Smith, 1995). Si nécessaire, des ateliers reliés à la sphère occupationnelle sont offerts, dont la recherche d'emploi, mais aussi l'acquisition d'habiletés nécessaires au maintien du travail (Azrin et Besalel, 1980). Un volet de counseling social/récréatif est disponible afin de favoriser la prise de conscience que la vie peut être plaisante sans consommation de SPA

et permettre la pratique de nouvelles habiletés sociales dans un environnement non menaçant (participation à un regroupement social pour personnes en arrêt de consommation) (Mallams, Godley, Hall et Meyers, 1982). Un certain nombre de rencontres sont consacrées à la prévention de la rechute (Meyers et Smith, 1995). Des rencontres avec le partenaire sont planifiées vers la fin du processus afin d'améliorer la qualité de la relation amoureuse (Smith *et al.*, 2001).

Diverses études d'origine, menées par le fondateur de l'approche auprès toutefois de très petits échantillons de participants, ont établi la valeur de la CRA auprès de personnes alcooliques, bonifiant l'approche d'une étude à l'autre (Azrin *et al.*, 1982 ; Hunt et Azrin, 1973). Une étude à plus grand déploiement (n = 237 personnes alcooliques) a confirmé les résultats originaux, favorisant la CRA en comparaison à du counseling s'appuyant sur une philosophie des 12 étapes, tel que mesuré lors des suivis jusqu'à 6 mois post-traitement (Miller, Meyers, Tonigan et Grant, 2001), quoique cet avantage n'a pas été maintenu lors des suivis à plus long terme (12 et 18 mois). La CRA semble avantageuse pour favoriser la persistance en traitement (Miller *et al.*, 2001). L'efficacité de la CRA a aussi été évaluée auprès de personnes sans domicile fixe, la CRA se montrant plus efficace à court terme (9 mois) qu'une intervention s'appuyant à nouveau sur la philosophie des 12 étapes, les écarts entre les deux modalités s'estompant à nouveau par la suite (Smith, Meyers et Delaney, 1998). Des études ont porté sur des composantes de la CRA. En comparaison à une intervention minimale, l'orientation/accompagnement des usagers vers un « club social » ciblant les activités sans alcool les jours les plus à risque favorise la réduction de la consommation d'alcool (Mallams *et al.*, 1982). Il en va de même pour des activités axées sur l'emploi et qui améliorent les probabilités d'obtenir un emploi plus payant et dans un meilleur délai que les individus n'ayant pas ce service (Azrin et Philip, 1979 ; Azrin, Philip, Thienes-Hontos et Besalel, 1980). La CRA fait également la promotion de l'inclusion d'une intervention conjugale, mais aucune étude n'a porté spécifiquement sur cette composante de la CRA auprès des personnes dépendantes aux SPA (Meyers *et al.*, 2005).

Dans une étude de distribution au hasard auprès de 38 cocaïnomanes, il semble que la CRA, avec ajout d'incitatifs sous forme de bons d'achats, est plus efficace que le counseling s'appuyant sur les 12 étapes, et ce, jusqu'à une année post-traitement (Higgins, Budney, Bickel et Hugues, 1993). Par la suite, la même équipe a comparé la CRA avec ou sans renforcement monétaire auprès de 80 cocaïnomanes (Higgins *et al.*, 1994). Durant la période de traitement (24 semaines), la présence d'incitatifs monétaires est associée à de plus longues périodes d'abstinence pour plus de participants (Higgins *et al.*, 1994), mais ces différences s'estompent par la suite (Higgins *et al.*, 1995). Il semble que dans l'ensemble, l'ajout d'incitatifs monétaires associés à l'abstinence, soit plus efficace que la CRA seule (Roozen *et al.*, 2004) et que l'augmentation de la valeur des incitatifs soit associée à un meilleur succès clinique auprès des cocaïnomanes, quoique à long terme l'effet s'estompe à nouveau (Garcia-Rodriguez *et al.*, 2009 ; Higgins *et al.*, 2007). Les incitatifs monétaires semblent avoir un effet favorable sur le taux de rétention à 6 mois après le début du traitement de cocaïnomanes, celui-ci passant du tiers dans le traitement standard à la moitié dans la CRA avec faibles incitatifs et aux deux-tiers dans la CRA avec forts incitatifs (Garcia-Rodriguez *et al.*, 2009). Selon Roozen et ses collègues (2004), c'est particulièrement auprès des cocaïnomanes que la CRA, avec renforcements monétaires liés à la sobriété, s'est démontrée plus efficace que les traitements habituels.

Faits saillants

- La CRA est un traitement comportemental cognitif incluant une action sur l'environnement de la personne et ciblant l'accroissement de nombreuses habiletés tout en incluant les membres de l'entourage. Son efficacité est reconnue en comparaison à un traitement habituellement donné dans les centres (traitement passablement variable d'une étude à l'autre (*résultats prometteurs*).
- La CRA n'a pas été comparée à un traitement *bona fide*.
- L'utilisation des renforcements monétaires a été fréquemment incluse dans la CRA, mais des études devraient documenter leur rôle spécifique, indépendamment de la CRA.
- L'utilisation des renforcements monétaires (ou équivalents, p. ex. les bons d'achats) semble avoir un potentiel pour fidéliser les usagers, tout particulièrement en début de traitement des cocaïnomanes (*résultats novateurs*).

▶ Approches motivationnelles

Parmi l'ensemble des approches motivationnelles en toxicomanie, l'entretien motivationnel (EM), forme d'intervention élaborée par Miller et Rollnick (Miller et Rollnick, 2002 ; Miller et Rollnick, 2006), constitue certainement l'un des types d'intervention les plus largement étudiés et diffusés. De nombreuses études confirment l'efficacité de l'EM pour les personnes aux prises avec des troubles liés à l'alcool ou aux drogues (Burke, Arkowitz et Menchola, 2003 ; Dunn, Deroo et Rivara, 2001 ; Lundahl *et al.*, 2010 ; Vasilaki, Hosier et Cox, 2006). Malgré son efficacité bien documentée, l'EM manque d'un modèle théorique sous-jacent de la motivation qui viendrait expliquer l'efficacité observée. C'est pourquoi des théories générales de la motivation telles que la théorie de l'autodétermination (Ryan et Deci, 2000) ou encore la théorie des préoccupations actuelle (Klinger et Cox, 2004) viennent enrichir notre compréhension du rôle des processus sous-jacents aux mouvements de la motivation au changement, mais aussi au *statu quo*. Ces deux modèles sont bien décrits dans un article récent (Tremblay et Simoneau, 2010) et ne seront pas détaillés ici.

Après avoir fait le point sur la littérature scientifique portant spécifiquement sur l'EM, nous discuterons du *Motivational Enhancement Therapy*, protocole d'intervention s'inspirant des principes de l'EM dont l'efficacité a également été montrée, notamment dans le cadre d'une étude contrôlée, reconnue pour sa rigueur et sa grande validité interne, le projet MATCH (Project Match Research Group, 1997 ; Project Match Research Group, 1998b).

• L'entretien motivationnel (EM)

Voyons maintenant plus en détail ce qu'il en est de l'entretien motivationnel (EM), forme d'intervention élaborée par Miller et Rollnick (Miller et Rollnick, 2002 ; Miller et Rollnick, 2006) qui s'inscrit dans une perspective de réduction des méfaits (Landry et Lecavalier, 2003) et d'humanisme (Rogers, 1959). Brièvement, l'entretien motivationnel (EM) est une approche d'intervention centrée sur l'individu qui vise à augmenter la motivation intrinsèque au changement d'un comportement ciblé en favorisant chez la personne l'exploration et la résolution de son ambivalence (Miller et Rollnick, 2002 ; 2006). En pratique, l'EM repose sur quatre principes d'intervention favorisant le changement : 1) **exprimer de l'empathie** par un style centré sur la personne et une écoute réflective qui favorisent un climat d'acceptation inconditionnelle de l'autre ; 2) **développer la divergence,** c'est-à-dire mettre en lumière et amplifier la divergence entre le comportement du client, ses valeurs de référence et ses objectifs, tout en favorisant la résolution de l'ambivalence en aidant ce dernier à se mobiliser pour le changement ; 3) **« rouler » avec la résistance,** c'est-à-dire éviter la confrontation et reconnaître que le client est la première source de réponse et de solution à ses difficultés, que proposer des idées vaut mieux que de les imposer ;

4) **renforcer le sentiment d'efficacité personnelle** en accordant le crédit au client pour ses possibilités et ses capacités de changement. La rétroaction **personnalisée** étant un autre ingrédient reconnu pour favoriser une prise de conscience et une intention de changement, celle-ci est fréquemment intégrée à l'EM (Burke *et al.*, 2003), sans en être une composante.

Sur le plan de la réduction de la consommation abusive d'alcool, une méta-analyse réalisée par Vasilaki et ses collègues (2006) permet de confirmer l'efficacité de l'EM auprès des personnes qui abusent d'alcool ou qui en sont dépendantes. Premier constat de cette méta-analyse : l'EM est plus efficace que l'absence d'intervention, mais seulement pour les suivis de trois mois ou moins, les effets étant plus marqués pour les participants qui ne sont pas dépendants à l'alcool. L'EM est également plus efficace que les autres traitements variés ayant été utilisés comme groupes de comparaison (Vasilaki *et al.*, 2006). Cependant, cet effet ne s'observe qu'à court terme, les autres approches étant équivalentes en termes d'efficacité à plus long terme. Les auteurs relèvent que l'EM, dans plusieurs des études recensées, permet d'avoir des résultats supérieurs à court terme et équivalents à long terme à d'autres approches qui durent en moyenne plus longtemps. Ainsi, la diminution des effets de l'EM au cours du suivi d'un an est équivalente à ce qui est observé pour les autres approches de comparaison, selon une autre méta-analyse récente (Lundahl *et al.*, 2010). Par ailleurs, les résultats de la méta-analyse d'Hettema (2005), qui porte notamment sur 32 études dans le domaine de l'alcool, permettent aussi de conclure à un effet plus marqué de l'EM chez les clients résistants qui ne sont pas prêts au changement (Hettema *et al.*, 2005).

Ainsi, l'EM permet d'en arriver à des résultats équivalents aux autres types de traitement de la toxicomanie en moins de temps (Miller, 2000 ; Morgenstern et McKay, 2007). Toutefois, on ne sait pas si les autres types de traitement appliqués en quatre séances permettraient d'obtenir des résultats similaires. En outre, compte tenu des études sur l'effet de l'EM à plus long terme, plusieurs auteurs recommandent l'EM combiné à un autre traitement, pour ainsi favoriser le maintien des gains à plus long terme (Chanut, Brown et Donguier, 2005 ; Hettema *et al.*, 2005 ; Morgenstern et McKay, 2007). Pour leur part, Vasilaki et collègues (2006) recommandent d'augmenter la durée de l'intervention basée sur l'EM. Dans le même sens, Hettema et ses collègues (2005) suggèrent aussi d'augmenter l'intensité de l'EM, mais par des sessions de relance.

La méta-analyse la plus récente sur l'EM et la MET apporte quelques nuances pour éclairer le choix des combinaisons possibles (Lundahl *et al.*, 2010). Ainsi, comme dans l'étude COMBINE (Anton *et al.*, 2006), l'ajout de l'EM à la thérapie cognitive comportementale (TCC) est un choix basé sur des données probantes, combinaison associée à de meilleurs résultats au suivi d'un an que des traitements pharmacologiques sans TCC. Dans des situations cliniques qui peuvent requérir le recours à la TCC pour le traitement d'un trouble psychiatrique concomitant, comme la dépression, l'EM s'avère alors un choix tout indiqué comme approche à combiner (Lundahl *et al.*, 2010). Par ailleurs, pour cibler un comportement spécifique comme l'abus de substances, la MET est une option plus efficace comparativement à l'EM (Lundahl *et al.*, 2010). Ce constat est cohérent sur le plan théorique compte tenu que la MET ajoute en fait un ingrédient efficace à l'EM, soit la rétroaction personnalisée, ce qui permet une valeur ajoutée à l'intervention (Lundahl *et al.*, 2010).

Sur le plan de la consommation abusive de drogues, bien que moins d'études aient été menées que dans le domaine de la consommation d'alcool, l'EM est également considéré efficace selon plusieurs méta-analyses (Carruzzo *et al.*, 2008 ; Hettema *et al.*, 2005 ; Lundahl *et al.*, 2010). Dans le même sens, quelques études hasardisées récentes réalisées auprès de consommateurs de cocaïne montrent qu'une approche brève basée sur l'EM est plus efficace que la condition de contrôle pour diminuer la consommation et/ou augmenter la

rétention en traitement (Bernstein *et al.*, 2005 ; McKee *et al.*, 2007 ; Ruback, Sanboeck, Lauritzen et Christensen, 2005 ; Stein, Herman et Anderson, 2009 ; Stotts, Potts, Ingersoll, George et Martin, 2006).

• La Motivational Enhancement Therapy (MET)

Outre l'EM tel que défini par Miller (1983), la *Motivational Enhancement Therapy* (MET) (Miller, 1995 ; Miller, Zweben, DiClemente et Rychtarik, 1992) est la forme d'intervention brève basée sur les principes de l'EM dont l'efficacité a été la mieux démontrée. En effet, la MET est une des modalités d'intervention montrée efficace dans le projet MATCH (Project Match Research Group, 1997), l'une des plus grandes études contrôlées reconnues dans le domaine de l'alcoolisme, notamment pour sa rigueur et sa validité interne. Ce qui distingue la MET de l'EM, c'est que la MET, tout en intégrant les principes de l'EM, constitue un protocole d'intervention manualisé qui intègre en outre la notion de rétroaction personnalisée. Ainsi, dans le projet MATCH, la MET se déroule en 4 sessions offertes sur une durée de 12 semaines.

Les résultats du projet MATCH montrent que la MET est aussi efficace que les autres approches (la TCC et la thérapie 12 étapes) au cours du suivi d'un an, et ce, en 4 sessions plutôt qu'en 12 pour les autres approches (Project Match Research Group, 1998a). En outre, une des rares hypothèses d'appariement qui se trouve vérifiée par cette large étude est la suivante : la MET donne de meilleurs résultats chez les participants qui présentent un niveau élevé d'hostilité. Toutefois, les résultats thérapeutiques sont observés plus rapidement, soit dès la phase initiale de traitement, pour les participants ayant reçu les traitements de comparaison plutôt que la MET (Project Match Research Group, 1998a). Ainsi, la MET, lorsque administrée sur 12 semaines, serait moins optimale dans des situations cliniques où un changement rapide est requis.

• L'entretien motivationnel (EM), la Motivational Enhancement Therapy (MET) et mécanismes de changement

Trop peu d'études ont été consacrées aux mécanismes sous-jacents permettant d'expliquer le changement chez les personnes ayant bénéficié de l'EM (Morgenstern et Mckay, 2007). Tout de même, les résultats de travaux récents sur ces mécanismes de changement vont dans le sens d'une validation du cadre théorique de l'EM. En effet, Apodaca et Longabaugh (2009), à partir d'une revue de littérature ayant ciblé 19 études pertinentes, énoncent ces conclusions : 1) l'engagement, les intentions et la planification du changement dans le discours du client sont reliés à de bons résultats thérapeutiques ; 2) l'expérience du client de malaises et d'affects négatifs est reliée à de bons résultats thérapeutiques ; 3) la présence de comportements du thérapeute incohérents avec l'EM, comme la confrontation et les avertissements, sont reliés à des comportements de résistance du patient et à de moins bons résultats thérapeutiques (Apodaca et Longabaugh, 2009). La technique de rétroaction personnalisée, aussi une composante de la MET, serait associée à de bons résultats, bien que moins d'études aient documenté ce point. En outre, il faut rappeler que l'application de l'EM à l'aide d'un manuel standardisé pourrait diminuer les effets favorables de cette approche qui est d'ailleurs à la base une approche centrée sur l'individu et son propre rythme de changement. D'ailleurs, d'autres auteurs mettent en garde concernant l'application trop rigide de manuels de traitement (Beutler, 2000 ; SAMHSA, 2007). Dans le même sens, les résultats de la méta-analyse de Hettema (2005) sur l'efficacité de l'EM révèlent des tailles d'effet observées pour l'efficacité de l'EM qui sont supérieures dans les études n'utilisant pas de manuel de traitement à celles utilisant un manuel.

Faits saillants

- Les approches motivationnelles, particulièrement l'EM et la MET, constituent des approches de traitement basées sur des données probantes, recommandées pour le traitement de la dépendance à l'alcool et aux drogues *(résultats probants)*.
- Des approches brèves, basées sur l'EM, sont particulièrement recommandées pour les personnes réfractaires au changement ou hostiles, qui peuvent ne pas être intéressées à ce stade de leur vie à s'engager dans une démarche thérapeutique plus longue ou « intrusive » *(résultats prometteurs)*.
- Il est recommandé d'offrir la TCC en combinaison à l'EM ; la MET est à privilégier sur l'EM lorsque la TCC n'est pas offerte en combinaison *(résultats prometteurs)*.

▶ Supportive-Expressive Psychotherapy (SE)

La *Supportive Expressive Psychodynamic Therapy* (SE) a été développée par Lester Luborsky, un des pionniers quant aux efforts d'opérationnalisation et de recherche empirique au sein des approches psychodynamiques (Barber, Crits-Christoph, Grenyer et Diguer, 2010 ; Luborsky, Graff, Pulver et Curtis, 1973) en manualisant son approche (Luborsky, 1984) et en la soumettant ainsi à la lorgnette de la science (Luborsky, Barber et Crits-Christoph, 1990), fait très rare au sein de cette école théorico-clinique. Il a par la suite adapté son modèle pour les clientèles toxicomanes dont les personnes dépendantes à la cocaïne (Mark et Luborsky, 1992) ou au cannabis (Grenyer, 1995). Cette approche, comme l'ensemble des thérapies d'orientation psychodynamique, se démarque des autres modèles par une accentuation plus grande de l'expression de soi comme voie de rémission (Luborsky, Woody, McLellan, O'Brien et Rosenzweig, 1982). Il a voulu opérationnaliser la question du transfert par le concept de *Core Conflictual Relationship Theme* (Luborsky et Crits-Christoph, 1997). Au sein de ce modèle, les difficultés de consommation de substances psychoactives (SPA) sont comprises comme étant associées aux difficultés interpersonnelles et intrapsychiques de la personne. L'analyse des thèmes centraux reliés aux conflits relationnels (Luborsky et Crits-Christoph, 1997) est l'élément central de l'intervention, le soutien de la personne et l'aide à la réflexion étant les techniques privilégiées de ce modèle. L'aide à la réflexion porte évidemment sur les thèmes relationnels centraux entravant la possibilité de cesser la consommation de SPA, entre autres, par l'interprétation du transfert qui y est lié et la mise à jour des mécanismes de défense les plus nuisibles (Crits-Christoph *et al.*, 1997).

Une première étude menée auprès de patients au sein d'un programme de maintien à la méthadone a démontré la supériorité de la SE en comparaison au *Drug counseling* (Woody, McLellan, Luborsky et O'Brien, 1995). Les auteurs ont par la suite mené une étude similaire auprès de consommateurs de cocaïne (*Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study)* (Crits-Christoph *et al.*, 1997). Cette étude majeure a permis la distribution au hasard de 487 cocaïnomanes entre une thérapie cognitive, la SE, et du counseling individuel lié à l'abus de substances (ou D*rug counseling*) centré sur la philosophie des 12 étapes (Crits-Christoph *et al.*, 1999). Le *Drug counseling* se définit ici par 6 composantes, soit le suivi constant des comportements de consommation de SPA et l'encouragement de l'abstinence, la confrontation avec soutien des comportements négatifs, l'incitation à participer aux mouvements des 12 étapes, la prévention de la rechute et diverses activités d'éducation (Crits-Christoph *et al.*, 1998 ; Mercer et Woody, 1992).

On note d'abord que les trois approches thérapeutiques sont efficaces (Crits-Christoph *et al.*, 1999), des analyses récentes démontrant que la SE a produit d'importantes améliorations des participants (Crits-Christoph *et al.*, 2008). On y observe que la thérapie cognitive et la SE apportent des meilleurs taux de rétention que le counseling individuel, mais qu'au bout du compte le counseling individuel procure de meilleurs résultats quant au nombre d'individus abstinents, mais aussi en ce qui a trait à la durée de l'abstinence des participants au suivi à six mois post-traitement (Crits-Christoph *et al.*,

1999). La SE procure toutefois de meilleures améliorations au sein de la sphère familiale/sociale au cours du suivi à 12 mois post-traitement (Crits-Christoph *et al.*, 2008), alors que tous les traitements procurent des résultats similaires dans les autres sphères de vie, incluant la consommation d'alcool (Crits-Christoph *et al.*, 2001).

Des analyses secondaires récentes des résultats de la même étude, mais uniquement auprès des thérapeutes impliqués dans la SE, ont permis de constater que plus les thérapeutes adhèrent et sont habiles à utiliser cette approche, moins les usagers changent (Barber *et al.*, 2008). Dans le même sens, plus les thérapeutes attitrés à cette approche psychodynamique incluent des composantes issues du counseling individuel (ce qu'ils ne devaient pas faire), plus le traitement est efficace (Barber *et al.*, 2008). Les auteurs concluent qu'auprès des patients cocaïnomanes l'utilisation de techniques visant simplement et directement la consommation de substances plutôt que l'aide aux patients à comprendre les raisons de cette utilisation de substances est un meilleur parcours initial vers le rétablissement (Barber *et al.*, 2008).

Quant à la possibilité d'apprentissage de la SE, les auteurs rapportent des difficultés. Les superviseurs estiment qu'il est difficile pour les apprentis thérapeutes d'arriver à maîtriser l'habileté à formuler conceptuellement les patrons relationnels centraux et conflictuels en cours de thérapie, de procéder avec tact à une exploration de ces thèmes relationnels et d'interpréter avec à propos ce matériel clinique dans le contexte de l'anxiété du client (Crits-Christoph *et al.*, 1998).

La SE est aujourd'hui utilisée au sein de divers essais hasardisés, par exemple, pour le traitement du trouble d'anxiété généralisé (Leichsenring *et al.*, 2009) ou les troubles de la personnalité (Vinnars, Thormählen, Gallop, Norén et Barber, 2009).

Fait saillant

- Sur la base des résultats obtenus, à l'aide d'études de distribution au hasard, mais peu nombreuses, la SE peut être qualifiée de traitement prometteur. La concentration des études auprès des patients cocaïnomanes et dépendants des opiacés limite les conclusions. Les études devront être reprises auprès d'autres types de consommateurs de SPA et des comparaisons à d'autres approches devront être menées *(résultats prometteurs)*.

▶ Prévention de la rechute

• La description des modèles

a) La prévention de la rechute (PR): le modèle cognitif-comportemental

La prévention de la rechute (PR) est un modèle de traitement traditionnellement associé à l'approche cognitive-comportementale et dont le but est de préciser et de prévenir des situations à risque élevé de rechute (Witkiewitz et Marlatt, 2004). Les modèles cognitifs-comportementaux de PR sont basés sur la théorie explicative du processus de rechute de Marlatt (Marlatt, 1985), qui découle de la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1977). Dans ce modèle, lorsque l'individu n'a pas la confiance en sa capacité de faire face à une situation à haut risque de rechute (sentiment d'efficacité personnelle) ou qu'il n'a pas développé d'habiletés d'ajustement (*coping*) efficaces pour y faire face, alors il y a une forte probabilité qu'il rechute. La décision de consommer une substance pourra aussi être influencée par l'attente de l'individu quant aux effets qui seront obtenus par la substance ainsi que par l'*abstinence violation effect*, c'est-à-dire le blâme fait à soi-même et le sentiment de perte de contrôle qui s'ensuit chez beaucoup de personnes qui transgressent leurs propres règles (Witkiewitz et Marlatt, 2004). Nous verrons plus loin que c'est ce modèle de PR d'approche cognitive-comportementale qui a été le plus étudié et qui s'est montré plus efficace que l'absence de

traitement, mais équivalent à d'autres types de traitements actifs de comparaison (Brandon, Vidrine et Litvin, 2007 ; Carroll, 1996).

Plus récemment, quelques auteurs ont suggéré des améliorations au modèle de PR plus traditionnel. Ainsi, Wikiewitz et Marlatt ont proposé en 2004 un modèle bonifié du processus de rechute pour mieux prendre en compte la complexité de ce processus vu comme dynamique et non plus statique. Ce nouveau modèle cible les interrelations entre 1) les facteurs individuels, comme l'historique de la personne (durée de la dépendance, histoire familiale, soutien social, troubles psychiatriques concomitants) ; 2) l'état physiologique (p. ex. : symptômes de sevrage) ; 3) les processus cognitifs (p. ex. : efficacité personnelle, attentes de résultats, motivation, *abstinence violation effect*, *craving*) ; 4) les habiletés d'adaptation (*coping*). Contrairement à l'ancien modèle, aucun de ces facteurs n'est hiérarchisé, leur influence pouvant varier beaucoup d'un individu à l'autre. Ainsi, selon ces auteurs, les interventions pour prévenir la rechute doivent prendre en compte cette complexité et considérer la rechute comme un processus dynamique et imprévisible. À notre connaissance, aucun essai hasardisé n'a été mené pour vérifier l'efficacité de modèles de PR tenant compte de ces avancées sur le plan théorique.

Hunter-Reel et ses collègues (2009) ajoutent que ce nouveau modèle devrait aussi être enrichi par une plus grande intégration des facteurs interpersonnels à la compréhension du processus de rechute. Étant donné les nombreux facteurs liés à l'entourage qui influent sur la consommation de substances et les résultats du traitement, ces auteurs suggèrent que les interventions de PR soient basées sur une compréhension davantage systémique de la rechute (Hunter-Reel, McCrady et Hildebrandt, 2009). En ce sens, McCrady et ses collègues (McCrady, Epstein et Kahler, 2004) intègrent les deux membres du couple aux sessions de PR (modèle cognitif-comportemental), à la suite de la thérapie de couple ayant été offerte précédemment aux participants. Bien que ce modèle de PR qui implique le conjoint ou la conjointe du couple soit prometteur, l'état actuel des connaissances ne permet pas de montrer clairement la supériorité d'une modalité de traitement de PR sur une autre (Brandon *et al.*, 2007). En outre, Steinglass (2009) critique ces modèles qui impliquent souvent l'entourage, mais en ciblant l'individu qui consomme plutôt que le système familial en entier qui a besoin de soutien pour se restabiliser et se réorganiser à la suite d'un arrêt de consommation. Il propose donc un modèle de PR qui intègre les approches motivationnelle et systémique, ce modèle n'ayant cependant pas été testé (Steinglass, 2009).

b) La prévention de la rechute (PR) combinée à l'enseignement de la méditation

D'autres auteurs ont suggéré des pistes d'intervention pour bonifier le modèle cognitif-comportemental de PR. Ainsi, l'enseignement d'habiletés à la méditation en combinaison à un programme de PR plus traditionnel, de type cognitif-comportemental, constitue une avenue prometteuse évaluée récemment dans le cadre de quelques études (Bowen *et al.*, 2009 ; Vallejo et Amaro, 2009 ; Zgierska *et al.*, 2008). Il est attendu que l'apprentissage de la méditation puisse aider la personne à mieux gérer son stress et les périodes de *craving*, et ainsi contribuer à prévenir la rechute. Son efficacité a été montrée pour d'autres problèmes psychologiques, comme la dépression et l'anxiété (Brandon *et al.*, 2007), d'où l'intérêt plus récent concernant cette technique dans le domaine de la toxicomanie.

c) *Les programmes de gestion de contingences pour prévenir la rechute*

Des programmes de PR basés sur des interventions qui ciblent la gestion des contingences, particulièrement chez des usagers de cocaïne et des héroïnomanes sous traitement de substitution, ont été développés (Brandon *et al.*, 2007 ; DeFulio, Donlin, Wong et Silverman, 2009). Compte tenu des coûts associés à la mise en place à long terme de ce type de programme qui implique le monitorage régulier de l'abstinence, le recours à l'employeur a été considéré (DeFulio *et al.*, 2009). Ces programmes visent le développement d'habiletés liées à l'emploi, puis donnent accès à un emploi rémunéré. L'accès à cet emploi et la rémunération sont contingentes à l'abstinence, contrôlée par des tests d'urine. Une personne ayant rechuté pourra réintégrer son emploi, une fois qu'elle aura montré à nouveau un épisode d'abstinence par un test d'urine. Compte tenu qu'aux États-Unis la détection de la consommation de substances par l'employeur est une pratique courante, ces programmes sont considérés comme étant relativement faciles à intégrer dans plusieurs contextes de travail (DeFulio *et al.*, 2009). Possiblement que, selon les contextes culturels et les pratiques dans différents milieux de travail, ce modèle pourrait être plus difficile à implanter à certains endroits.

d) *Le modèle des 12 étapes*

Enfin, le modèle Minessota en 12 étapes (*12 steps facilitation*), décrit dans une autre section de ce chapitre, a également été étudié comme une intervention post-traitement de PR. L'efficacité de cette modalité thérapeutique pour prévenir la rechute sera abordée.

• L'efficacité des approches de prévention de la rechute (PR)

a) *Le modèle traditionnel cognitif-comportemental de prévention de la rechute (PR)*

Deux revues récentes de littérature (Brandon *et al.*, 2007 ; Morgenstern et McKay, 2007) ne relèvent qu'une seule méta-analyse ayant été menée sur les modèles de PR pour les personnes qui abusent de substances (Irvin, Bowers, Dunn et Wang, 1999). Cette méta-analyse est basée sur 26 études contrôlées (n = 9 504 participants) qui portent sur le modèle de PR cognitif-comportemental traditionnel, basé sur la théorie de Marlatt et Gordon (1985). Cette méta-analyse permet de documenter l'efficacité de la PR pour une variété de substances (Irvin *et al.*, 1999).

Les effets sont plus marqués pour les personnes qui abusent de l'alcool et pour les polyconsommateurs, comparativement à l'effet obtenu chez ceux qui fument la cigarette. Les effets pour la cocaïne ne sont pas significatifs, mais seulement trois études sur cette substance sont incluses dans la méta-analyse. La revue de littérature de Carroll (1996) montre que dans ces trois études, la PR produit des résultats significatifs, mais équivalents aux traitements de comparaison, soit respectivement la thérapie interpersonnelle, une thérapie de soutien et des groupes d'entraide de type A.A. Morgenstern et Mckay (2007), dans une mise à jour de la littérature plus récente sur les traitements cognitifs-comportementaux, dont la PR chez les usagers de cocaïne, soulignent que les résultats continuent de pointer vers l'efficacité de la PR, mais équivalente à d'autres approches de traitement de comparaison. Enfin, quelques résultats suggèrent que les modèles de PR adaptés spécifiquement à une substance pourraient produire de meilleurs résultats (Irvin *et al.*, 1999).

Au Québec, Brown et ses collègues (Brown, Seraganian, Tremblay et Annis, 2002) ont mené une étude auprès de 131 personnes qui abusent des drogues, en comparant l'efficacité et le processus de changement entre le groupe ayant reçu la PR et l'autre groupe ayant reçu le modèle des 12 étapes. Comme il était attendu, les deux groupes s'améliorent de façon équivalente. Par ailleurs, cette étude permet de documenter que la PR favorise davantage que le groupe de comparaison le développement de l'efficacité personnelle, en cohérence avec le cadre théorique du modèle d'intervention. Toutefois, Morgenstern et Mckay (2007), à partir d'une revue de littérature, montrent que plusieurs résultats incohérents sont trouvés au regard des mécanismes d'action de la thérapie cognitive-comportementale. Aucune conclusion claire ne peut donc être tirée actuellement sur ce plan.

b) L'entraînement à la méditation

L'entraînement à la méditation a été développé à l'origine pour la gestion du stress et le traitement de douleurs chroniques et s'est révélé efficace dans ces domaines (Baer, 2003). Très récemment, trois équipes de chercheurs ont évalué ce modèle d'intervention, combiné à la PR, pour prévenir l'abus de substances (Bowen *et al.*, 2009 ; Vallejo et Amaro, 2009 ; Zgierska *et al.*, 2008). L'étude de Zierska et ses collègues a été menée auprès de 19 adultes dépendants à l'alcool. Cette étude de cas met en évidence la faisabilité de cette approche et la satisfaction des participants qui l'ont considérée utile pour prévenir la rechute. Vallejo et ses collègues ont pour leur part évalué l'implantation de cette approche dans un centre de traitement auprès de femmes toxicomanes marginalisées d'origine latine et afro-américaine et éprouvant des séquelles d'un trauma (n = 262). Cette étude conclut également à une implantation réussie de ce modèle et révèle des taux élevés de satisfaction et d'acceptabilité de l'approche chez ce sous-groupe. La seule étude contrôlée sur ce modèle de PR incorporant l'apprentissage de la méditation a été menée en 2009 par Bowen et ses collègues auprès de 168 personnes en traitement de la toxicomanie. La faisabilité a été une fois de plus montrée, notamment par les forts taux de participation au programme et des taux élevés de satisfaction. En comparaison du traitement habituel, ce programme permet d'obtenir de meilleurs résultats au cours du suivi de quatre mois sur le plan de la consommation de substances et sur le vécu de *craving*. Ces résultats préliminaires indiquent la pertinence de mener davantage d'études sur ce modèle novateur.

c) La gestion des contingences dans le cadre d'une réinsertion à l'emploi

Pour certaines dépendances de nature plus chronique, comme la dépendance à la cocaïne, les traitements à long terme pourraient être requis pour soutenir l'abstinence au long cours (DeFulio *et al.*, 2009). Les approches par gestion des contingences, décrites dans une autre section de ce chapitre, ont été considérées comme des approches efficaces pour le traitement, notamment, de l'abus de cocaïne. Pour prolonger l'efficacité de ce type de modèle, et donc prévenir la rechute, certains ont prolongé la durée de l'intervention jusqu'à trois ans, avec un certain succès (voir Brandon *et al.*, 2007). Toutefois, la capacité de maintenir au long cours un programme de gestion des contingences reposant sur un monitorage continu de l'abstinence peut s'avérer problématique et coûteux (DeFulio *et al.*, 2009). C'est à partir de cet argument que quelques chercheurs ont mené des études évaluant un modèle de PR basé sur la gestion des contingences, dans le cadre d'un emploi rémunéré, en combinaison avec un programme préalable pour développer des habiletés professionnelles. Ce type de modèle, comparé à la condition de contrôle, a permis de meilleurs résultats pour prévenir la rechute chez des personnes dépendantes à la cocaïne sur traitement de substitution à la méthadone (DeFulio *et al.*, 2009), des patients en traitement de méthadone (Donlin, Knealing, Needham, Wong et Siverman, 2008 ; Silverman *et al.*, 2002 ; Silverman, Svikis, Robles, Stitzer et Bigelow, 2001) et chez des utilisateurs de drogues injectables (Silverman *et al.*, 2007).

Cependant, ces études sont caractérisées par de petits échantillons. En outre, l'étude de DeFulio *et al.* (2009) montre le défi que représente l'engagement dans un emploi chez ce sous-groupe. En effet, alors que 128 personnes se sont engagées dans le programme de 6 mois pour développer les habiletés nécessaires pour occuper un emploi, moins de la moitié ont accédé à un emploi, soit 24 pour l'emploi sans renforcement (condition de contrôle) et 27 pour l'emploi avec gestion des contingences.

d) Le modèle des 12 étapes

Enfin, comme nous l'avons vu dans une autre section, le modèle Minnesota des 12 étapes constitue un modèle d'intervention efficace pour le traitement de la dépendance à l'alcool (Kelly, Magill et Stout, 2009 ; Project Match Research Group, 1997). Cette approche a aussi été utilisée à la suite d'un traitement initial pour prévenir la rechute. Plusieurs études évaluatives tendent à documenter les effets bénéfiques de cette approche pour prévenir la rechute, même si ces études sont critiquées puisque peu d'entre elles reposent sur un devis de type « essai contrôlé » (Brown *et al.*, 2002 ; Morgenstern *et al.*, 1997 ; Carroll, 1996).

Faits saillants

- Le modèle cognitif-comportemental de PR est celui qui a été le plus étudié et qui s'est montré efficace pour prévenir la rechute chez les personnes qui abusent de substances. Cependant, quand ce modèle de PR est comparé à d'autres modèles *bona fide*, comme le modèle des 12 étapes par exemple, il se montre équivalent en termes d'efficacité pour maintenir les gains à plus long terme *(résultats probants)*.
- L'ajout de composantes pour améliorer l'efficacité et la pertinence clinique du modèle cognitif-comportemental de PR est suggéré par plusieurs auteurs. Quelques études permettent d'établir des avenues prometteuses : l'ajout de l'entraînement à la méditation ; l'individualisation de la PR aux spécificités de l'individu, notamment à la substance consommée, son histoire de consommation et ses relations interpersonnelles ; le développement de modèles de PR qui tiennent compte de la réinsertion socioprofessionnelle ; la combinaison de la PR et de l'approche de gestion des contingences (*résultats prometteurs*).

▶ Modèles incluant les membres de l'entourage

• Thérapie conjugale comportementale

Depuis le début des années 1980, les théories de l'apprentissage ont été utilisées pour développer des traitements conjugaux comportementaux de l'alcoolisme et de la toxicomanie (Epstein et McCrady, 2002 ; O'Farrell, Cutter et Floyd, 1985).[6]

Un des premiers objectifs des traitements conjugaux comportementaux a trait à l'atteinte de l'abstinence ou à la réduction de la consommation (Epstein et McCrady, 2002). Toutefois, ce qui différencie ce modèle de l'intervention individuelle est son insistance sur les séquences interactionnelles entourant la consommation d'alcool ou de drogues, lesquelles sont évaluées en fonction de leur potentiel à favoriser l'abus de substances psychoactives (SPA) ou l'abstinence (Epstein et McCrady, 2002 ; O'Farrell et Fals-Stewart, 2006 ; Wakefield, Williams, Yost et Patterson, 1996). S'appuyant sur le constat que les personnes alcooliques et toxicomanes sont moins à

6 Les lecteurs désireux d'en savoir davantage sur l'approche conjugale systémique dans le traitement de l'abus de SPA peuvent consulter Rohrbaugh et Shoham, 2002. Il convient cependant de noter que très peu d'études ont examiné l'efficacité des thérapies systémiques dans le traitement de la dépendance à l'alcool ou aux drogues, ce qui n'indique pas qu'elles ne sont pas efficaces, mais plutôt que nous ne le savons pas.

risque de rechute si leur relation amoureuse est satisfaisante, les modélisateurs des traitements conjugaux comportementaux insistent sur la nécessité de développer diverses habiletés relationnelles qui augmenteront le bien-être conjugal (McCrady et Epstein, 1995 ; O'Farrell, 1993).

Trois modèles d'intervention conjugale ont à ce jour été évalués quant à leur efficacité (Epstein et McCrady, 2002 ; Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler et Gorman, 2004 ; Wakefield *et al.*, 1996), et ce, en comparaison à des traitements de type cognitifs-comportementaux individuels ou de groupe (Tremblay, Bouchard et Bertrand, 2009). Un des deux modèles les plus validés est la *Alcohol Behavior Couple Therapy* visant le traitement de l'abus ou de la dépendance aux SPA (Epstein et McCrady, 2002 ; Epstein *et al.*, 2007b) et qui commence le traitement de la dépendance par des rencontres conjugales dès le premier entretien, en plus de montrer une grande flexibilité d'application, ce qui lui confère un potentiel réaliste d'adaptation au contexte clinique des centres de traitement. Il a fait l'objet de diverses études d'évaluation et les résultats sont fort encourageants (Kahler, McCrady et Epstein, 2003 ; McCrady et Epstein, 1995 ; McCrady, Epstein et Hirsch, 1999). L'autre modèle fortement validé se pratique en groupe de couples et est plus structuré, plus bref et conçu comme un ajout à l'intervention habituelle (O'Farrell et Fals-Stewart, 2006). De très nombreuses études en démontrent également l'efficacité (Fals-Stewart, Birchler et O'Farrell, 1996 ; O'Farrell, Murphy, Stephan, Fals-Stewart et Murphy, 2004).

Les traitements conjugaux comportementaux de la dépendance aux SPA semblent avoir deux effets principaux interreliés, soit la diminution de la consommation de SPA et l'amélioration de la relation conjugale (Powers, Vedel et Emmelkamp, 2008). Sur ces deux indices, l'ajout des traitements conjugaux comportementaux au traitement de base est plus efficace que la thérapie individuelle ou de groupe, et ce, pour un nombre équivalent d'heures de service (Fals-Stewart, Klostermann, Yates, O'Farrell et Birchler, 2005 ; Fals-Stewart, O'Farrell et Birchler, 1997 ; Kelley et Fals-Stewart, 2002).

D'une part, les traitements conjugaux comportementaux permettent une réduction significative de la consommation d'alcool (Fals-Stewart *et al.*, 2005 ; McCrady *et al.*, 1999 ; O'Farrell, Choquette et Cutter, 1998) et de drogues (Epstein *et al.*, 2007a ; Fals-Stewart *et al.*, 2000 ; Fals-Stewart *et al.*, 1996). L'utilisation de la thérapie conjugale comportementale auprès de femmes alcooliques (Fals-Stewart, Birchler et Kelley, 2006) ou abusant de diverses SPA (Winters, Fals-Stewart, O'Farrell, Birchler et Kelley, 2002) révèle des résultats similaires.

D'autre part, l'ajout des traitements conjugaux comportementaux au traitement de base permet d'améliorer la satisfaction conjugale des partenaires à court et à long terme, et ce, de façon supérieure à l'intervention individuelle, lorsque l'homme est alcoolique (Fals-Stewart *et al.*, 2005) ou lorsque la femme est alcoolique (Fals-Stewart *et al.*, 2006). Des résultats partiellement différents sont notés auprès de couples dont l'homme abuse de drogues. Les traitements conjugaux comportementaux, ajoutés à l'intervention de base, permettent d'améliorer davantage la satisfaction conjugale que l'intervention individuelle tout en diminuant le nombre de jours de séparation. Cette meilleure performance de l'ajout de l'intervention conjugale ne perdurerait cependant pas au-delà de six mois post-traitement (Fals-Stewart *et al.*, 1996). Certaines indications portent aussi à croire que les conjointes de toxicomanes bénéficient moins de ce type d'intervention que leur partenaire ou que les conjointes d'alcooliques (Epstein *et al.*, 2007a). Dans cette étude, 74 % des hommes toxicomanes ont amélioré leur satisfaction conjugale à la suite de la thérapie conjugale comportementale comparativement à seulement 35 % de leurs conjointes. De plus, 40 % de ces dernières rapportent une détérioration de leur plaisir à être en couple. Les auteures expliquent que les couples dont l'homme est toxicomane présentent plusieurs difficultés, ce qui

rend l'intervention conjugale difficile à mener : les partenaires sont très instables, la conjointe vit de la colère et éprouve une grande difficulté à entendre l'empathie du thérapeute envers les motivations sous-jacentes à la consommation, et la violence conjugale est très fréquente (Epstein *et al.*, 2007a). De plus, un tableau de troubles psychiatriques et de problèmes médicaux concomitants, dont un niveau élevé de dépendance physiologique, viennent compliquer les traitements conjugaux comportementaux (Epstein *et al.*, 2007a).

Un autre effet des traitements conjugaux comportementaux est la réduction de la prévalence des comportements violents sévères (O'Farrell *et al.*, 2004), et ce, de façon plus importante qu'au sein d'une intervention de base individuelle ou de groupe (Fals-Stewart, Kashdan, O'Farrell et Birchler, 2002).

Quelques rares données permettent d'envisager que les traitements conjugaux comportementaux sont plus efficaces que d'autres modalités d'intervention conjugale dans le contexte de la dépendance aux SPA (McCrady, Noel, Abrams et Stout, 1986 ; McCrady, Noel, Abrams et Stout, 1991), quoique ces résultats soient inconstants (O'Farrell *et al.*, 1985 ; O'Farrell, Cutter, Choquette, Floyd et Bayog, 1992). En effet, des modèles d'intervention conjugale non comportementaux tels que la *Emotionally Focused Couples Therapy* (Johnson et Greenman, 2006 ; Johnson, Hunsley, Greenberg et Schindler, 1999) ou la thérapie orientée sur la prise de conscience (Snyder, Wills et Grady-Fletcher, 1991) semblent prometteurs, mais n'ont jamais été appliqués à l'abus de substances. De plus, presque aucune étude comparative entre les traitements conjugaux comportementaux et d'autres modèles d'intervention conjugale en abus de SPA n'a été menée adéquatement (Shoham, Rohrbaugh, Stickle et Jacob, 1998).

Faits saillants

- L'ensemble de ces informations indique que l'ajout de traitements conjugaux comportementaux est plus efficace que l'intervention individuelle ou de groupe seule pour réduire la consommation d'alcool et de drogues, améliorer la satisfaction conjugale et réduire la violence *(résultats probants)*.
- L'ajout de l'expertise en intervention conjugale semble donc incontournable pour les centres spécialisés en dépendance. Un enjeu majeur portera toujours autour de la manière dont le service est offert aux usagers, les personnes alcooliques et toxicomanes étant souvent inquiètes envers ce type d'intervention. Cependant, les bienfaits éprouvés de ce mode d'intervention invitent à la créativité au sujet des manières d'offrir ce service aux usagers pouvant en profiter.

• Community Reinforcement Approach and Family Training (CRAFT)

Diverses approches ont recours aux membres de l'entourage de personnes alcooliques ou toxicomanes ne voulant ni réduire/arrêter leur consommation de substances psychoactives (SPA) ni commencer un traitement, afin d'avoir un impact sur la personne alcoolique ou toxicomane. Le plus ancien modèle est certainement la *Johnston Institute Intervention*, développée par le Dr Vernon E. Johnson, fondateur du Johnson Institute, fondé en 1966 et situé à Minneapolis au Minnesota. Il faut situer cette époque durant laquelle était largement répandue l'idée qu'il n'y avait pas de possibilité de venir en aide à une personne alcoolique avant qu'elle n'ait « frappé le fond du baril » (Johnson Institute, 1987). Le docteur Johnson s'est insurgé contre cette philosophie perçue comme trop passive, argumentant qu'il était possible d'intervenir auprès des personnes alcooliques non volontaires, mais par l'entremise des individus qui lui sont chers. C'est alors qu'il a développé ce qui fut communément appelé par la suite « l'Intervention ».

« L'Intervention » repose principalement sur l'implication des membres de l'entourage d'une personne alcoolique ou toxicomane. Ceux-ci se réunissent, à l'insu de la personne alcoolique ou toxicomane afin de préparer une rencontre de confrontation avec elle. Les objectifs d'un tel programme sont doubles. On souhaite tout d'abord augmenter la probabilité que la personne alcoolique ou toxicomane amorce un changement (principalement commencer une thérapie), devienne et demeure abstinente (Liepman, 1993). On veut également favoriser le rétablissement de la famille. Les clients ciblés sont les personnes alcooliques ou toxicomanes refusant de modifier leurs habitudes de consommation de SPA ou encore ayant commencé une thérapie mais pour qui la motivation est nettement mitigée (Liepman, 1993). Le levier principal d'intervention est constitué des membres de la famille et de personnes proches.

Les premières études d'efficacité de « l'Inter - vention » de l'Institut Johnson ont rapporté des résultats apparemment spectaculaires (p. ex. : 90 % des alcooliques entrant en traitement) (Logan, 1983). Il semble que, lorsque les membres de l'équipe réussissent à mener la confrontation, le résultat soit probant (Liepman *et al.*, 1989), même auprès de personnes alcooliques et toxicomanes violentes envers leur conjointe (Lindquist, 1986). Cependant, bien peu de participants se rendent à la confrontation (29 %), ce qui réduit le taux de succès de cette entreprise à 25 % au cours d'un suivi mené deux années après le premier contact (Liepman, 1993) et corroboré par des données plus récentes et issues d'une étude à distribution au hasard des participants entre trois modalités d'intervention : « l'Intervention » du Johnson Institute, la thérapie d'orientation vers Al-Anon et le *Community Reinforcement Approach and Family Training* (CRAFT) (Miller, Meyers et Tonigan, 1999). Il semble toutefois que les individus accidentés souffrant de traumatismes sévères et ayant été lourdement intoxiqués lors de l'accident soient dans un contexte permettant des taux élevés de participation et de succès thérapeutique (89 % sont entrés en traitement pour dépendance aux SPA) de « l'Intervention » (Gentilello et Duggan, 1993). « L'Intervention » du Johnson Institute améliore également le bien-être des membres de l'entourage, que la personne alcoolique ou toxicomane entre en thérapie ou non (Miller *et al.*, 1999), cela étant tout aussi vrai pour d'autres modalités d'intervention telles que Al-Anon ou CRAFT (Miller *et al.*, 1999).

Trois modèles d'intervention ont tenté d'améliorer « l'Intervention » du Johnston Institute. On recense la thérapie familiale unilatérale (c'est-à-dire incluant uniquement une personne, soit le membre de l'entourage, tout en gardant une perspective familiale) qui cible les conjoints et conjointes de personnes alcooliques (Thomas et Ager, 1993), le *Pressure to Change* (Barber et Crisp, 1995 ; Barber et Gilbertson, 1997) et le programme *Albany-Rochester Interventional Sequence of Engagement* (ARISE) (Garrett, Landau-Stanton, Stanton, Stellato-Kabat et Stellato-Kabat, 1997 ; Garrett *et al.*, 1998 ; Garrett et Landau, 2007 ; Landau *et al.*, 2000 ; Landau *et al.*, 2004). Ces approches ajoutent des modules d'apprentissage divers à « l'Intervention », que ce soit des habiletés à la communication, la capacité à réduire les renforçateurs de la communication ou l'amélioration des stratégies de renforcement de la sobriété. Elles aboutissent, si nécessaire, à « l'Intervention ». ARISE innove en informant et en invitant dès le début la personne alcoolique ou toxicomane à participer au processus. Des trois modèles, seul ARISE semble encore soutenu par les auteurs. Aucune étude de distribution au hasard n'a été rapportée pour ce dernier modèle, mais les résultats de la seule étude recensée rapportent des taux d'entrée en traitement de 83 % (Landau *et al.*, 2004). Ces premiers résultats très préliminaires devront être confirmés mais méritent qu'on y porte attention.

Le CRAFT a historiquement été développé par les auteurs de la *Community Reinforcement Approach* (Sisson et Azrin, 1986 ; Sisson et Azrin, 1993). Cette approche a toutefois été élaborée plus à fond par Meyers et ses collègues (Meyers, Dominguez et Smith, 1996), ausxquels s'est ensuite joint William Miller (Meyers, Miller, Smith et Tonigan, 2002). C'est

certainement le plus développé des modèles d'intervention auprès des membres de l'entourage et celui dont l'efficacité a été la plus étudiée.

Cette intervention s'appuie sur la prémisse que la personne proche peut jouer un rôle important dans le changement des comportements de consommation d'un individu. Ce rôle est joué par l'apprentissage d'habiletés relationnelles diverses, conceptuellement incluses dans un modèle comportemental – cognitif. Deuxièmement, cette approche est aussi développée à partir de la croyance en la capacité du membre de l'entourage à prendre soin de lui-même et à la nécessité de développer cette compétence. Finalement, on y intègre une philosophie plutôt humaniste, telle que développée dans l'entretien motivationnel (Meyers, Miller et Smith, 2001).

Trois objectifs guident cette intervention :

1) Diminuer le recours aux SPA de la personne alcoolique ou toxicomane grâce au rôle joué par un membre de la famille ;
2) Engager en thérapie le consommateur de SPA résistant à changer grâce au rôle joué par un membre de la famille ;
3) Aider le proche préoccupé à être plus indépendant et à améliorer sa qualité de vie.

Le traitement CRAFT est actuellement offert sous le mode individuel et sa durée est indéterminée quoique, au moment des études d'efficacité, les auteurs ont prévu 12 heures de rencontres pour chaque personne.

L'intervention comprend plusieurs composantes : l'évaluation, la construction et le soutien de la motivation du membre de l'entourage, une analyse fonctionnelle des comportements problématiques, la prévention de la violence, l'amélioration des habiletés à la communication, le renforcement positif des comportements de sobriété ou de consommation modérée, le recours aux conséquences négatives, l'amélioration de la qualité de vie du membre de l'entourage, l'invitation de la personnes alcoolique ou toxicomane à entrer en traitement.

Le CRAFT est plus efficace qu'Al-Anon (Miller *et al.*, 1999 ; Sisson et Azrin, 1986) ou que « l'Intervention » du Johnson Institute (Miller *et al.*, 1999) pour engager les alcooliques en traitement (Miller *et al.*, 1999). On note que 67 % des clients alcooliques initialement orientés vers le CRAFT sont entrés en traitement, contre 35 % des clients participant à « l'Intervention » du Johnson Institute et 20 % des usagers participant aux modalités d'orientation vers Al-Anon (Miller *et al.*, 1999). On note que le nombre de rencontres nécessaires avant que la personne alcoolique ou toxicomane entre en traitement est relativement bas. Ainsi, 64 % des personnes alcooliques visées par le CRAFT ont commencé un traitement après en moyenne moins de 5 heures (Miller *et al.*, 1999). Les taux d'engagement en traitement de la personne alcoolique sont plus élevés lorsque l'individu participant au traitement est un parent que lorsque c'est un conjoint (Miller *et al.*, 1999). On note aussi que le bien-être des participants s'améliore tout autant dans les trois modalités, tant sur le plan des indices de bien-être/détresse individuels que relationnels (Miller *et al.*, 1999). Les résultats sont identiques entre les participants d'origine latino-américaine et les euro-américains quant à tous les indicateurs d'efficacité (Lopez Viets, 2008).

Deux études similaires ont été menées auprès de membres de l'entourage de personnes abusant de drogues (Kirby, Marlowe, Festinger, Garvey et LaMonaca, 1999 ; Meyers *et al.*, 2002). Les résultats sont tout aussi prometteurs quant au taux de consommateurs de drogues, résistant au changement et commençant un traitement à la suite de l'implantation du CRAFT auprès d'un de leur proche : 64 % pour le CRAFT versus 17 % pour les groupes de type Al-Anon, à l'intérieur de 10 semaines (Kirby *et al.*, 1999) ou encore 59 à 77 % pour CRAFT et 29 % pour Al-Anon (Meyers *et al.*, 2002). Toutefois, le bien-être personnel des partenaires de personnes abusant principalement de drogues ne semble pas s'être amélioré (état physique, dépression, fonctionnement familial), et ce, peu importe la modalité de traitement (Meyers *et al.*, 2002).

Faits saillants

- Le CRAFT est le programme le mieux élaboré d'intervention auprès des membres de l'entourage de personnes alcooliques ou toxicomanes non volontaires à changer et pour lequel un manuel de traitement existe. Les quelques études à distribution au hasard ont démontré son efficacité supérieure à d'autres interventions de même type pour stimuler l'entrée en traitement (*résultats prometteurs*).

- Al-Anon demeure une excellente intervention pour améliorer le bien-être général des membres de l'entourage mais est moins performante que le CRAFT pour favoriser l'entrée en traitement du proche alcoolique ou toxicomane (*résultats prometteurs*).

- Toutefois, il apparaît que les résultats sont variables en fonction du type de lien qu'entretient le membre de l'entourage avec la personne alcoolique ou toxicomane. Les parents ont plus de succès à stimuler leur enfant adulte à commencer un traitement (51 % à 6 mois) que les conjointes de personnes alcooliques (32 % à 6 mois) (Miller *et al.*, 1999).

- Un autre constat porte sur la passable indépendance entre deux objectifs, soit la réduction de consommation de la personne alcoolique ou toxicomane ou son entrée en traitement versus l'amélioration du bien-être du membre de l'entourage. Les résultats de recherche illustrent que l'unique réduction de consommation de SPA ou l'unique entrée en traitement de la personne alcoolique ou toxicomane ne peut assurer automatiquement une amélioration du bien-être général des membres de son entourage, même si ce changement est favorable.

▶ Les approches basées sur les 12 étapes

Les modèles de traitement basés sur la philosophie des groupes d'entraide de type Alcooliques Anonymes (AA), tant au Québec qu'aux États-Unis, sont largement utilisés. Ces modèles de traitement basés sur les 12 étapes sont souvent désignés par l'expression « modèle Minnesota » (Kelly *et al.*, 2009). Il ne faut pas confondre ces modèles avec les groupes d'entraide AA, qui sont des groupes qui offrent de l'aide dans un contexte non professionnel, c'est-à-dire de l'aide par des pairs (rencontres de groupe où la personne peut entendre des témoignages de vie et parler d'elle-même sans être jugée, accompagnement de type « parrainage », renforcement de la sobriété par des jetons reliés au nombre de jours d'abstinence, etc.). Dans le langage populaire, on fait référence à ces groupes comme des *meetings* AA. Des modèles basés sur les 12 étapes sont aussi décrits dans la littérature dans le cadre de programmes d'intervention externe offerts aussi par des professionnels. En outre, il existe la *Twelve-Step Facilitation therapy* (TSF), qui est un protocole d'intervention manualisé offert par un professionnel, conçu pour faciliter l'engagement dans les groupes AA (Kelly *et al.*, 2009), protocole notamment évalué dans le cadre du projet MATCH (Project Match Research Group, 1997). La TSF se déroule sur 12 semaines dans le cadre de 12 sessions hebdomadaires.

Le modèle de traitement Minnesota, ou « traitement basé sur les 12 étapes », se rapporte typiquement à des programmes de traitement en contexte résidentiel dans le cadre desquels la personne reçoit une variété d'interventions, mais aussi de l'enseignement approfondi sur la philosopie AA et sur les 12 étapes. Ce modèle de traitement peut aussi impliquer le travail formel sur certaines de ces 12 étapes et les personnes sont fortement encouragées à participer à des *meetings* AA durant et après le traitement (McElrath, 1997). Cette catégorie de traitement est toutefois large et il devient difficile de départager les éléments d'efficacité (p. ex. : est-ce le fait que la personne soit à l'interne, est-ce l'adhésion du centre à la philosophie des 12 étapes, quels types d'activités pendant le séjour en traitement

interne sont reliées spécifiquement à l'efficacité, etc.). Nous nous concentrerons donc ici sur les études d'efficacité portant sur la participation aux groupes d'entraide ou la TSF.

Dans notre lecture des écrits synthèses sur l'efficacité des groupes de type AA ou *Narcotiques Anonymes* (NA), nous avons été frappés par le fait que les auteurs vont parfois considérer sur un même pied d'égalité les traitements offerts par un professionnel dont l'effort principal est de favoriser la participation à des groupes d'entraide (p. ex. : TSF), versus la participation réelle à ces groupes d'entraide sans tout le soutien d'un thérapeute pour orienter ces groupes. Malgré l'immense popularité des groupes de type AA ou NA, il est très difficile de trouver des études où les participants ont été distribués au hasard entre un traitement *bona fide* et une participation directe à des groupes d'entraide de type AA ou NA (Kaskutas, 2009).

• Twelve-Step Facilitation Therapy

Morgenstern *et al.* (2007) indiquent 8 études permettant de documenter l'efficacité de traitements basés sur les 12 étapes, incluant la TSF et d'autres modèles de traitement basés sur les 12 étapes, à l'aide d'essais hasardisés. Par sa recension, cet auteur vise moins à analyser en profondeur toute la littérature portant sur l'efficacité des groupes de type AA qu'à poser la question de la spécificité d'une intervention sur les autres (Morgenstern et McKay, 2007). Parmi les huit études rapportées, la moitié évalue l'efficacité de la TSF (Brown *et al.*, 2002 ; Carroll, Nich, Ball, McCance et Rounsavile, 1998 ; Maude-Griffin *et al.*, 1998 ; Project Match Research Group, 1997). L'étude de Carroll *et al.* (1998) est la seule qui compare la TSF à une condition de contrôle non manualisé, soit le traitement habituel. C'est aussi la seule étude qui montre une supériorité de la TSF sur l'approche de comparaison. Sur les trois autres études contrôlées, deux en viennent à la conclusion que la thérapie cognitive-comportementale (TCC) et la TSF sont efficaces, mais de façon équivalente (Brown *et al.*, 2002 ; Project Match Research Group, 1997). Rappelons que l'une de ces études, le projet MATCH, est une des plus grandes études contrôlées dans le domaine de la toxicomanie et est reconnue pour sa validité interne. En plus de comparer la TSF à la TCC, le projet MATCH la compare à la MET. La TSF y est équivalente à ces deux modèles thérapeutiques (TCC et MET) au post-traitement, aux suivis à un an et à trois ans (Project Match Research Group, 1997 ; Project Match Research Group, 1998a ; Project Match Research Group, 1998b). La TSF permet également d'atteindre l'abstinence chez une plus grande proportion d'alcooliques en traitement externe que la TCC ou la MET, et ce, jusqu'à trois ans après la fin du traitement (Cooney, Babor, DiClemente et Del Boca, 2003).

Le projet MATCH a aussi mis en évidence que la TSF est plus efficace avec certains types de patients, dont ceux présentant un niveau de sévérité psychiatrique plus faible (Project Match Research Group, 1997) et ceux ayant une plus grande dépendance à l'alcool (Cooney *et al.*, 2003). Mais l'effet d'appariement le plus important a été noté auprès des personnes ayant un réseau social favorisant la consommation d'alcool. Les usagers au sein des traitements externes qui avaient rapporté à l'admission vivre au sein d'un réseau de personnes valorisant et favorisant la consommation excessive d'alcool ont eu de meilleurs résultats lorsqu'évalués à trois ans post-traitement (Longabaugh, Wirtz, Zweben et Stout, 1998).

Une étude conclut à la supériorité de la TCC sur la TSF, auprès d'un sous-groupe particulier, soit des consommateurs de crack (Maude-Griffin *et al.*, 1998).

• Les groupes d'entraide de type AA ou NA

Il est intéressant de noter qu'au sein du projet MATCH l'effet plus important de la TSF auprès des personnes ayant un réseau relationnel favorisant la consommation d'alcool est en partie médiatisé par la participation aux groupes AA pendant la période post-traitement (Longabaugh *et al.*, 1998). De plus, la participation à des groupes d'entraide AA en post-traitement a été associée à un meilleur

résultat lors des suivis, et ce, peu importe la modalité de traitement à laquelle les usagers ont participé à l'origine (Longabaugh *et al.*, 1998).

Des suivis au très long cours de personnes alcooliques (16 ans après l'admission en traitement) indiquent que la participation aux groupes d'entraide de type AA de façon concomitante à l'amorce du traitement (sans distribution au hasard toutefois) est associée à une meilleure rémission à long terme (Moos et Moos, 2005). Une durée au sein du mouvement d'entraide pour une période d'au moins sept mois est également associée à un meilleur rétablissement au long cours (Moos et Moos, 2006).

Les résultats d'une méta-analyse portant sur des études de distribution au hasard font ressortir que forcer l'individu à participer à des groupes AA (par le système judiciaire ou l'employeur) donne de pires résultats que la coercition à participer à des traitements habituels (Kownacki et Shadish, 1999). Par contre, lorsque la personne choisit elle-même d'aller aux rencontres AA, elle obtient un succès thérapeutique équivalent, voire supérieur, indiquant l'importance de l'intérêt envers les AA comme facteur d'efficacité de cette intervention (Kownacki et Shadish, 1999).

Certaines études ont porté sur les mécanismes associés à l'efficacité des groupes d'entraide de type AA. Une recension de 19 études rigoureuses portant sur la question permet aux auteurs de conclure que les facteurs favorisant l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle, les stratégies pour faire face aux envies et aux situations de consommation, l'augmentation de la motivation au changement et la facilitation de la modification du réseau social sont les éléments clés de l'efficacité des groupes d'entraide de type AA (Kelly *et al.*, 2009).

Faits saillants

- Pour les usagers qui choisissent l'abstinence comme but thérapeutique, la TSF est un protocole d'intervention recommandé, basé sur des données probantes (*résultats prometteurs*).
- La participation aux groupes d'entraide fondés sur les 12 étapes a constamment été associée à un meilleur rétablissement que l'absence de participation, tout particulièrement lorsque l'usager accepte volontairement de participer à ce mouvement (*résultats prometteurs*). Inciter sans contraindre semble tout à fait adéquat.

▶ Communautés thérapeutiques

Les communautés thérapeutiques pour le traitement de la dépendance aux substances psychoactives (SPA) ont été introduites dans les années 1960. C'est un service résidentiel, s'appuyant sur l'abstinence et organisé en fonction d'un modèle de soins à niveaux gradués. Les stades de traitement permettent une implication croissante de l'usager, tant sur le plan personnel qu'au sujet de ses responsabilités dans la communauté. L'influence des pairs est cruciale pour aider les individus à assimiler les normes sociales et à développer de meilleures habiletés interpersonnelles. C'est probablement dans cette utilisation particulière de la communauté (composée des membres en traitement et des intervenants) comme clé de changement que se caractérise ce type de traitement résidentiel. Les communautés thérapeutiques valorisent également le principe selon lequel le changement doit venir de la personne elle-même et qu'elle est la principale contributrice à toute transformation dans sa vie. Les personnes participant aux communautés thérapeutiques ont souvent une dépendance à de multiples SPA, des problèmes de santé mentale, un réseau de soutien familial et social inadéquat et ont souvent des démêlés judiciaires.

Smith et ses collègues (2008) notent que le nombre d'études rigoureuses avec distribution au hasard et portant sur l'efficacité des communautés thérapeutiques est peu élevé et que ce fait est

étonnant compte tenu de la popularité de cette modalité d'intervention en Amérique du Nord. Seulement sept études incluant une distribution au hasard d'individus entre une communauté thérapeutique et un autre type de traitement ont été retenues. Le fait que chaque étude porte sur un aspect particulier de l'efficacité du traitement (p. ex. : les taux de rétention, le taux de récidive criminelle, les taux d'abstinence, etc.) ou que les groupes de comparaison sont de divers ordres (intervention externe intensive, absence de traitement, traitement résidentiel ou communauté thérapeutique mais offert sur une période plus courte ou plus longue, etc.) ne permet pas le regroupement des résultats à l'aide d'une méta-analyse (Smith, Gates et Foxcroft, 2008). Les résultats seront donc rapportés par étude.

La question de la rétention est souvent au cœur de la réflexion concernant les traitements résidentiels à long terme, les taux d'attrition prématurée semblant être plus élevés au sein des communautés thérapeutiques qu'au sein des traitements résidentiels à court terme (Condelli, Koch et Fletcher, 2000). Nuttbrok (1998) a voulu vérifier si une communauté thérapeutique avait un meilleur potentiel de rétention en traitement qu'un traitement résidentiel ne s'appuyant pas sur la même philosophie d'intervention, auprès d'hommes polytoxicomanes, itinérants, ayant une histoire psychiatrique lourde : aucune différence entre les traitements, quant aux taux de complétion, n'a été recensée (Nuttbrock, Rahav, Rivera, Ng-Mak et Link, 1998). Fait à noter, approximativement le quart des participants assignés au hasard à l'une des modalités a été refusé en traitement par le personnel de l'établissement et le tiers ne s'y est jamais rendu, indiquant ainsi que de 50 à 60 % des usagers orientés vers le traitement résidentiel à long terme n'y ont jamais eu accès (Nuttbrock *et al.*, 1998).

Lorsque comparée à un traitement intensif non résidentiel, la communauté thérapeutique semble produire des résultats similaires dans toutes les sphères de vie à l'exception toutefois du taux d'usagers abstinents légèrement plus élevé au sein de la communauté thérapeutique au cours du suivi à six mois post-traitement, cet écart disparaissant au cours des suivis ultérieurs (Guydish, Werdegar, Sorensen, Clark et Acampora, 1998). Comme il est rapporté dans la section concernant la durée des traitements, la durée de présence au sein de la communauté thérapeutique (10 mois communauté thérapeutique + 2 mois externe intensif versus 6 mois communauté thérapeutique + 6 mois externe intensif) ne semble pas affecter les divers résultats du traitement (Nemes, Wish et Messina, 1999). Des études portant sur des durées plus courtes de la communauté thérapeutique révèlent que des durées d'au moins 80 jours sont plus favorables et que le bénéfice de la présence en traitement se poursuit jusqu'à 6 mois (McCusker *et al.*, 1995 ; McCusker *et al.*, 1997). Les communautés thérapeutiques au sein des services correctionnels semblent être plus efficaces que l'absence d'intervention quant aux taux de réincarcération (Sacks, Sacks, McKendrick, Banks et Stommel, 2004).

Il y a donc peu d'évidence démontrant la supériorité de la communauté thérapeutique sur les autres modalités de traitement résidentiel de même qu'il n'y a pas d'évidence qu'un type de communauté thérapeutique est supérieur aux autres (Smith *et al.*, 2008). Le niveau de preuve est qualifié de résultat novateur.

Cette modalité d'intervention mérite certainement des mises à jour en fonction de diverses clientèles les fréquentant (Wilkinson, Mistral et Golding, 2008). Des résultats récents (étude avec distribution au hasard) indiquent que des adaptations de la communauté thérapeutique en fonction des besoins des femmes incarcérées rendent cette intervention plus efficace (Messina, Grella, Cartier et Torres, 2010). Des analyses qualitatives indiquent qu'il y a un besoin d'adaptation des étapes préparatoires et de la phase post-résidentielle (Wilkinson *et al.*, 2008).

Fait saillant

- Les communautés thérapeutiques sont des modèles de traitement d'efficacité équivalente aux autres traitements résidentiels à long terme (*résultats novateurs*).

▶ Modèles pharmacologiques ou mixtes psychosociaux/pharmacologiques

La littérature met en relief diverses approches pharmacologiques, utilisées seules ou en combinaison d'approches psychosociales, pour soutenir la personne dépendante à l'alcool et aux drogues. De façon générale, on peut souligner que le traitement pharmacologique est une forme de traitement ayant démontré son efficacité pour le traitement de la dépendance à l'alcool, particulièrement lorsque comparé à l'effet placebo (Anton *et al.*, 2006 ; Donovan *et al.*, 2008 ; Mann, 2004 ; NIDA, 2009). Toutefois, dans l'état actuel des connaissances, on ne peut affirmer que l'ajout d'un traitement pharmacologique en combinaison à un traitement psychosocial efficace permette d'en augmenter l'efficacité (Donovan *et al.*, 2008 ; NIDA, 2009). En outre, les résultats du projet COMBINE, basé sur un essai contrôlé rigoureux, suggèrent qu'une approche comportementale, combinant des stratégies thérapeutiques psychosociales fondées sur des données probantes (entretien motivationnel (EM), thérapie cognitive comportementale (TCC) et thérapie basée sur les 12 étapes), s'avère plus efficace à long terme, au suivi d'un an qu'un traitement pharmacologique seul (Donovan *et al.*, 2008). Outre le traitement de la dépendance aux opiacés, il n'existe pas jusqu'à maintenant de pharmacothérapie efficace pour le traitement de la dépendance aux autres drogues illicites, comme les stimulants (Brust, 2007 ; NIDA, 2009).

On peut catégoriser les médicaments utilisés dans les traitements pharmacologiques de la toxicomanie en quatre grandes catégories (Santé Canada, 1999) :

1) les médicaments antidipsotropes (ou aversifs), qui entraînent une réaction déplaisante lorsqu'ils sont utilisés avec la substance psychoactive (SPA) (p. ex. : alcool) ;
2) les médicaments anti-accoutumance qui réduisent le besoin de la SPA (alcool) ;
3) les médicaments psychotropes qui améliorent l'état psychologique en supposant que cette amélioration aidera la personne à réduire sa consommation de SPA ;
4) les médicaments de substitution/de maintien qui sont les substances de remplacement qui préviennent les symptômes de sevrage, mais sans procurer les effets euphoriques désirés.

Soulignons qu'il existe une vaste littérature sur les traitements de substitution (par exemple, le recours à la méthadone ou buprénorphine) pour les personnes dépendantes à l'héroïne. Compte tenu de la complexité reliée aux meilleures pratiques pour ce sous-groupe spécifique, celles-ci ne seront pas abordées ici. Notons par ailleurs que le MSSS a publié un guide de bonnes pratiques (gouvernement du Québec, 2006) duquel l'ACRDQ a produit un document analysant les écarts entre les recommandations du guide et les pratiques dans les CRD (Desrosiers, Fabrès et Savard, 2009). Santé Canada (2002) et le NIDA (2009) y consacrent aussi un guide de meilleures pratiques. Enfin, pour ce qui est de la désintoxication et de son traitement médical, première étape de traitement pour plusieurs personnes dépendantes (NIDA, 2009), les meilleures pratiques ont été dégagées dans un autre guide produit par l'ACRDQ (Desrosiers, 2008) et ne seront pas traitées ici.

Voyons maintenant plus en détail l'efficacité des approches pharmacologiques dans le traitement de la dépendance à l'alcool et aux drogues (autres que les opiacés).

• Traitement de la dépendance à l'alcool

a) Les médicaments antidipsotropes

Parmi les médicaments antidipsotropes (ou aversifs), le disulfiram est celui qui a été le plus étudié, seul médicament aversif pour le traitement de la dépendance à l'alcool ayant été approuvé par Santé Canada et la *Food and Drug Administration* (FDA) aux États-Unis.

Le disulfiram (antabuse®) est le premier médicament qui a été proposé pour le traitement de l'alcoolisme. Ce médicament antidipsotrope interfère dans le processus de dégradation de l'alcool, résultant en une accumulation d'acétaldéhyde, qui produit des réactions aversives,

comme des nausées et des palpitations quand la personne boit de l'alcool. Malgré le fait que plusieurs études contrôlées rigoureuses aient été menées sur l'efficacité du disulfiram chez des personnes alcooliques, les avantages de ce médicament demeurent ambigus (Jung et Namkoong, 2006 ; Mann, 2004). L'utilité et l'efficacité du disulfiram sont considérées limitées étant donné qu'en général les gens ont peu tendance à suivre la posologie ou encore tendent à abandonner la prise de ce médicament aversif (NIDA, 2009). Cependant, chez les personnes très motivées, le disulfiram peut s'avérer efficace, comme par exemple chez la personne qui choisirait d'y recourir pour l'aider à gérer des situations à haut risque de rechute, comme des occasions sociales où il y a présence d'alcool (Jung et Namkoong, 2006 ; NIDA, 2009).

b) Les médicaments anti-accoutumance

L'acamprosate et la naltrexone sont deux médicaments anti-accoutumance ayant largement été étudiés dans le cadre du traitement de la dépendance à l'alcool. Ce sont aussi les deux seuls médicaments ayant été approuvés par les gouvernements américain et canadien, soit par la FDA et Santé Canada, pour le traitement de la dépendance à l'alcool. Avant de présenter plus en détail la littérature sur l'efficacité de chacun de ces médicaments, il nous faut dresser quelques constats globaux. Une méta-analyse récente portant sur l'efficacité de ces deux médicaments en vient à la conclusion que la naltrexone et l'acamprosate sont plus efficaces que le placebo pour prévenir la rechute chez les personnes dépendantes à l'alcool (Rösner, Leucht, Lehert et Soyka, 2008). Selon cette méta-analyse, ni la naltrexone ni l'acamprosate ne se montre supérieur à l'autre, mais les résultats varient selon les indicateurs de résultats considérés. En effet, l'acamprosate favorise le maintien de l'abstinence, alors que la naltrexone prévient la consommation excessive d'alcool (Rösner *et al.*, 2008). Par ailleurs, tant les effets de la naltrexone que de l'acamprosate sont plus marqués à court terme, ce qui mène plusieurs auteurs à recommander l'ajout d'un traitement psychosocial à la médication pour maintenir les gains à plus long terme (Donovan *et al.*, 2008 ; Srisurapanont et Jarusuraisin, 2005). Par ailleurs, les résultats du projet COMBINE suggèrent que la naltrexone produit des résultats plus rapidement que le traitement comportemental combiné, mais qu'elle est moins efficace à plus long terme au suivi d'un an que ce traitement psychosocial (Donovan *et al.*, 2008). Ainsi, lorsque des résultats rapides seraient particulièrement souhaitables compte tenu de diverses situations particulières, la naltrexone pourrait s'avérer un choix pertinent (Donovan *et al.*, 2008).

Comme plusieurs études d'efficacité se sont attachées soit à l'acamprosate, soit à la naltrexone, voyons un peu plus en détail les résultats pour chacun de ces médicaments chez les personnes dépendantes à l'alcool.

L'acamprosate (Campral®) est un médicament dont les mécanismes d'action sur le système nerveux central sont encore incertains, mais qui pourrait possiblement agir par la diminution de l'activation des récepteurs NMDA et la modulation de la transmission glutamatergique (Mann, 2004). L'effet recherché est la réduction des symptômes de sevrage de l'alcool, comme l'insomnie, l'anxiété, l'irritabilité et la dysphorie (NIDA, 2009). L'examen des écrits sur l'efficacité de l'acamprosate permet de conclure à des résultats positifs, quoique mitigés. Une recension des écrits menée en Europe relève 16 études contrôlées auprès d'un total de plus de 4 500 patients, comparant l'acamprosate à un placebo (Mann, 2004). Dans la majorité des études contrôlées, sauf pour cinq d'entre elles (Chick, Howlett, Morgan et Ritson, 2000 ; Geerlings, Ansoms et Van den Brink, 1997 ; Ladewig, Knecht, Leher et Fendl, 1993 ; Namkoong, Lee, Lee, Choi et Lee, 2003 ; Roussaux, Hers et Ferauge, 1996), l'acamprosate permet d'obtenir des taux d'abstinence continue à la fin de l'étude supérieurs au placebo. Dans les trois études qui ont un suivi à plus long terme, soit jusqu'à un an après le début du traitement, les gains se maintiennent. Une méta-analyse de Mann et

ses collègues (Mann, Lehert et Morgan, 2004), cette fois à partir de 17 études contrôlées européennes, conclut à l'efficacité de l'acamprosate. Cette méta-analyse met en lumière un taux moyen d'abstinence à 6 mois de 36 %, comparativement à 23 % pour le placebo. Les résultats sont similaires pour les suivis de 3 et de 12 mois.

Cependant, dans le projet COMBINE, l'étude américaine menée par Anton *et al.* (2006), l'efficacité de l'acamprosate n'est pas vérifiée. L'acamprosate n'a pas d'effets significativement supérieurs sur divers indicateurs de consommation d'alcool comparativement au placebo, tant à la fin du traitement qu'un an plus tard (Anton *et al.*, 2006 ; Donovan *et al.*, 2008). Dans une autre étude américaine (Mason, Goodman, Chabac et Lehert, 2006), l'acamprosate 2g, l'acamprosate 3g et un placebo, tous accompagnés de counseling sur une période de 24 semaines, ont été comparés. À nouveau, cette étude ne montre pas l'efficacité de l'acamprosate. On ne note pas de différence significative entre les groupes quant aux pourcentages de jours d'abstinence, soit 54 % comparativement à 61 % pour le suivi de 6 mois.

Dans ces deux études américaines, on peut penser que la prise en charge médicale décrite dans le projet COMBINE et le counseling offert dans l'étude de Mason et ses collègues (2006) sont en soi des interventions efficaces et que l'ajout d'acamprosate, alors, ne change rien. Ces résultats mixtes concernant l'acamprosate pourraient également s'expliquer par des mécanismes neurobiologiques et des facteurs génétiques qui viendraient moduler l'effet et donc l'efficacité de l'acamprosate (Jung et Namkoong, 2006). D'autres études sont nécessaires pour possiblement identifier des sous-groupes de personnes pour qui ce médicament pourrait être plus efficace pour le traitement de la dépendance à l'alcool. Selon Jung et Namkoong (2006), ces avenues de recherche sont également pertinentes pour mieux comprendre comment les mécanismes neurobiologiques et les facteurs génétiques peuvent influencer l'efficacité de la naltrexone.

La naltrexone (Revia®) est un antagoniste des récepteurs opioïdes et est utilisée pour réduire les effets renforçateurs de la consommation d'alcool ainsi que le *craving* ou envie de consommer de l'alcool (Mann, 2004 ; NIDA, 2009). Plusieurs études documentent des effets favorables de la naltrexone. Par exemple, les patients alcooliques traités à la naltrexone, plutôt qu'au placebo, rapportent moins fréquemment vivre leur « high » habituel, selon certaines études (O'Malley, Jaffe, Rode et Rounsaville, 1996 ; Volpicelli, Watson, King, Sherman et O'Brien, 1995). D'autres études documentent que les patients traités à la naltrexone rapportent moins d'épisodes de *craving* (Brown, Beard, Dobbs et Rush, 2006 ; Huang, Chen, Yu et Chen, 2005 ; Petrakis *et al.*, 2005). Dans le projet COMBINE (Donovan *et al.*, 2008), plusieurs résultats positifs sont associés à la naltrexone au suivi d'un an. Ainsi, dans le projet COMBINE, ceux qui ont reçu la naltrexone ont plus de jours d'abstinence que ceux qui ont reçu le placebo. Aussi, le traitement à la naltrexone permet d'augmenter le temps avant la première rechute sérieuse. Cependant, Mann (2004) relève 17 études contrôlées sur la naltrexone, parmi lesquelles 5 études ne montrent pas d'effets positifs de la naltrexone sur aucun indicateur relié à la consommation d'alcool (Gastpar *et al.*, 2002 ; Hersh, Van, Jr. et Kranzler, 1998 ; Kranzler, Modesto-Lowe et Van, 2000 ; Krystal, Cramer, Krol, Kirk et Rosenheck, 2001 ; Oslin, Liberto, O'Brien et Krois, 1997). La diversité des indicateurs, comme le nombre de jours de consommation intensive, le nombre de jours avant la première rechute, le pourcentage de jours d'abstinence, etc., pourrait expliquer la variabilité des résultats (Mann, 2004). Cette recension permet en outre de conclure que la naltrexone est plus efficace avec les personnes qui présentent de forts *cravings*, la naltrexone permettant de les diminuer. Jung et Namkoong (2006) soulignent aussi que, selon quelques études, certains facteurs génétiques pourraient influencer l'effet de la naltrexone, d'autres études étant nécessaires pour conclure. Enfin, les faibles tailles d'échantillon et l'abandon en traitement pourraient aussi expliquer les résultats négatifs de certaines études contrôlées sur la naltrexone (Mann, 2004).

En somme, malgré certains résultats mitigés, l'acamprosate et la naltrexone sont deux médicaments dont l'efficacité a été démontrée dans plusieurs études et qui constituent donc des traitements prometteurs pour le traitement de la dépendance à l'alcool (NIDA, 2009 ; Rösner *et al.*, 2008) ; particulièrement en combinaison avec un traitement psychosocial basé sur des données probantes (Donovan *et al.*, 2008 ; Srisurapanont et Jarusuraison, 2005).

c) Médicaments psychotropes

Certaines études ont évalué l'efficacité de médicaments psychotropes utilisés habituellement pour le traitement de divers troubles de santé mentale, mais cette fois pour le traitement de la dépendance à l'alcool. On note l'utilisation de médicaments pour traiter l'anxiété, mais aussi le lithium, des médicaments antipsychotiques et des antidépresseurs. Selon la recension de Santé Canada réalisée en 1999, aucun de ces médicaments ne s'est montré efficace sur ce plan. Plus récemment, en 2004, une autre recension en vient aux mêmes conclusions (Mann, 2004).

• Traitement de la dépendance aux drogues

Comme nous l'avons vu, outre le traitement de la dépendance aux opioïdes et à l'alcool, il n'existe pas de médicament reconnu efficace pour le traitement de la dépendance à d'autres drogues (Luty, 2003 ; NIDA, 2009). Notons tout de même des efforts récents pour développer une pharmacothérapie pour la dépendance à la cocaïne. Ainsi, Martell *et al.*, (2009) ont publié des résultats concernant l'efficacité d'un nouveau vaccin pour traiter la dépendance à la cocaïne auprès de 109 participants en traitement de maintien à la méthadone. Certains résultats préliminaires sont intéressants, mais d'autres travaux seront nécessaires avant de considérer cette nouvelle avenue dans la pratique (Martell *et al.*, 2009).

Faits saillants

- L'acamprosate et la naltrexone sont des médicaments recommandés pour le traitement de la dépendance à l'alcool, le premier pour favoriser le maintien de l'abstinence et le deuxième pour prévenir la consommation excessive d'alcool *(résultats prometteurs)*.
- L'acamprosate et la naltrexone, compte tenu que leur effet est plus marqué à court terme et que leur efficacité semble varier selon les caractéristiques de la personne, notamment sur le plan génétique, devraient être offerts en combinaison avec un traitement psychosocial basé sur des données probantes *(résultats prometteurs)*.
- Pour les personnes dépendantes à l'alcool qui veulent diminuer ou arrêter leur consommation, mais qui ne souhaitent pas ou qui ne sont pas prêtes à s'engager dans un traitement psychosocial, l'acamprosate et la naltrexone constituent des options de traitement pertinentes ; ces personnes devraient cependant être informées qu'un traitement psychosocial basé sur des données probantes pourrait augmenter leurs chances de succès à plus long terme, soit un an plus tard *(résultats prometteurs)*.
- Selon l'état actuel des connaissances, outre le traitement de la dépendance à l'alcool et aux opioïdes, il n'existe pas de traitement pharmacologique efficace pour la dépendance à d'autres drogues.

2.3.5.2 Modalités de traitement

▶ Individuel versus de groupe

Pour véritablement évaluer si une modalité de traitement de groupe est équivalente ou non à une modalité d'intervention individuelle, il faut pouvoir comparer deux groupes, avec distribution au hasard, recevant le même traitement, pour un même nombre de rencontres et pour qui la seule différence est la modalité en groupe ou individuelle (Sobell, Sobell et Agrawal, 2009).

Cinq études seulement ont procédé à ce type de comparaisons (Sobell *et al.*, 2009 ; Weiss, Jaffee, de Menil et Cogley, 2004).

Une première étude auprès de 192 personnes (Canada) ayant des difficultés modérées ou sévères et ayant participé à un traitement interne de 26 jours (de type Minnesota) ou un traitement externe de 12 mois a permis de comparer une modalité de groupe et une modalité individuelle de suivi post-traitement d'une durée de 12 semaines. Aucune différence n'a été observée entre les deux groupes.

Une seconde étude a été menée auprès de 32 cocaïnomanes (États-Unis) qui, à la suite d'un traitement interne, ont participé à une intervention de groupe ou individuelle de prévention de la rechute de 12 rencontres sur une période de 2 mois (Schmitz *et al.*, 1997). Durant le traitement, les individus participant à la modalité de groupe ont rapporté moins de jours de consommation de cocaïne et moins de conséquences liées à la consommation de cocaïne que les personnes participant à la modalité individuelle. À nouveau, aucune différence de résultat n'a été observée entre les deux modalités. Au cours du suivi à six mois, les usagers conservent de nombreuses améliorations, mais il n'y a plus de différences entre les deux modalités (Schmitz *et al.*, 1997).

Une troisième étude menée auprès de 155 personnes dépendantes à l'alcool ou aux drogues (Brésil) a permis la distribution au hasard entre une modalité individuelle ou de groupe d'un traitement cognitif-comportemental pour une durée de huit mois (Marques et Formigoni, 2001). Les taux de suivi sont faibles à 15 mois (64 %), les participants s'améliorent, mais aucune différence entre les modalités n'a été observée.

Une autre étude a permis la comparaison de groupe/individuelle d'une intervention (12 semaines, une fois par semaine) auprès de Norvégiens ayant des difficultés avec l'alcool, avec différents niveaux de sévérité, mais ayant tous une situation de vie passablement stable (Duckert, Amundsen et Johnson, 1992). Au cours du suivi à 21 mois (58 % des participants ont pu être retracés), il n'y a aucune différence d'efficacité entre les deux modalités à l'exception que les participants au traitement de groupe auraient aimé avoir plus de contacts avec le thérapeute (Duckert *et al.*, 1992).

Dans une intervention ciblant des difficultés légères ou modérées avec l'alcool ou les drogues, 264 personnes ont été distribuées au hasard entre un format de groupe ou individuel (Sobell *et al.*, 2009). À nouveau, aucune différence d'efficacité n'a été notée entre les deux modalités au cours du suivi à 12 mois. La modalité de groupe a cependant requis approximativement 40 % moins d'heures de travail de la part des thérapeutes pour traiter le même nombre d'usagers (Sobell *et al.*, 2009).

Fait saillant

- Les résultats de cinq études rigoureuses de distribution au hasard de participants entre deux modalités (de groupe versus individuelle) d'un même traitement vont toutes dans la même direction : il ne semble pas y avoir de différence d'efficacité entre une modalité de groupe ou individuelle du même traitement auprès des personnes ayant différents niveaux de sévérité de difficulté avec les SPA (Weiss *et al.*, 2004). Malgré le petit nombre d'études, leur qualité permet de qualifier cette pratique de probante, quoique plus d'études devront venir le confirmer (*résultats prometteurs*).

2.3.5.3 L'appariement

La notion d'appariement dans le domaine du traitement de la toxicomanie remonte sans doute à la fin des années 1970, alors que des débats importants sévissaient tant au Québec qu'ailleurs en Amérique du Nord sur l'efficacité relative des diverses approches pratiquées dans le domaine, les tenants des unes et des autres proclamant la supériorité de la leur sur les autres. S'appuyant notamment sur les études empiriques pour évaluer l'efficacité des traitements (Polich, Armor et Braiker, 1980 ; Sells et Simpson, 1980 ; Edwards *et al.*,1977), un courant s'est développé pour affirmer qu'on ne pouvait prétendre qu'une approche soit efficace avec tout le monde et qu'il fallait au contraire s'efforcer de proposer un traitement adapté aux besoins des individus en fonction de leurs caractéristiques propres (Pattison, Sobell et Sobell, 1977). C'est ainsi qu'est né le concept d'appariement (voir Gottheil, McLellan et Druley, 1981) et que des études ont été entreprises pour déterminer en fonction de quelles variables il serait souhaitable d'offrir des traitements adaptés aux besoins diversifiés des personnes toxicomanes. Une hypothèse très importante, à cet égard, concernait la possibilité **d'apparier les techniques et les approches thérapeutiques en fonction des caractéristiques des personnes toxicomanes.** Le projet MATCH (Project Match Research Group, 1997), la plus ambitieuse étude jamais menée sur les traitements aux États-Unis, visait à valider cette hypothèse. Les résultats de cette étude, qui montraient plutôt que les trois formes de traitement étudiées donnaient des résultats équivalents, quelles que soient les caractéristiques des participants, ont contribué fortement à la remise en question de l'hypothèse de l'appariement. Comme on l'a vu plus haut, les données les plus récentes tendent à démontrer qu'aucune approche n'est plus efficace qu'une autre, conduisant à un renversement complet de la perspective qui avait donné lieu à la naissance du concept d'appariement : de l'affirmation « mon approche est la meilleure pour tout le monde » on est passé à « toutes les approches (*bona fide*) sont efficaces sans égard aux caractéristiques des clients », en passant par l'étape intermédiaire selon laquelle « certaines approches sont meilleures en fonction des diverses caractéristiques des clients ».

Une autre hypothèse concernant l'appariement a porté sur **l'intensité ou la durée du traitement en fonction des besoins des clients.** Ainsi, les personnes présentant des problèmes plus complexes devraient bénéficier d'une intervention plus intense ou plus longue avec des intervenants mieux formés (McCraddy, Haaga et Lebow, 2006 ; Seligman, 1996). Les critères de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM) vont dans ce sens : ils ont été conçus pour orienter les personnes toxicomanes vers le niveau de soins appropriés à l'intérieur d'un programme de traitement (Book *et al.*, 1995). Cependant, selon les études effectuées jusqu'à maintenant pour valider les critères de l'ASAM, l'appariement en fonction de ces critères ne semble pas augmenter l'efficacité des interventions (De Leon, Melnick et Cleland, 2008 ; Magura *et al.*, 2003 ; McKay, Cacciola, McLellan, Alterman et Wirtz, 1997). Par ailleurs, à partir d'une analyse des bases de données de DATOS en utilisant le *Client Matching Protocol* pour apparier les clients au niveau de soins approprié en fonction de la gravité de leurs problèmes de consommation et psychosociaux, De Leon et ses collègues (2008) confirment la validité d'apparier l'intensité du traitement en fonction de la sévérité des problèmes avec la nuance suivante : ce sont les clients qui reçoivent trop peu de traitements qui ont des résultats moins bons, alors que ceux qui ont plus de traitements que nécessaire vont aussi bien que ceux qui ont eu le niveau de soins approprié. Selon ces résultats, il faut surtout veiller à ne pas orienter les clients vers trop peu de soins. De même, Rychtarik et ses collègues (2000) ont trouvé qu'une intensité de traitement plus grande (résidentiel vs externe) était meilleure pour les clients dont le problème d'alcool est plus grave ou qui ont des difficultés cognitives. Enfin, on reconnaît que **les personnes présentant des troubles concomitants** devraient bénéficier d'un traitement plus complet, qui cible également les problèmes de santé mentale (McCrady, Haaga et Lebow, 2006 ; Wilbourne et Miller, 2002). En fait, ce pourrait être la variété des services et leur adéquation en fonction des besoins spécifiques qui feraient la différence. Ainsi, la recension des écrits de Hser et son équipe (Hser, Anglin, Grella, Longshore et Prendergast, 1997) relève que, malgré le peu d'appui empirique à l'hypothèse de l'appariement entre traitement et type de clientèles, quelques études auprès de personnes présentant des niveaux élevés de symptômes

psychiatriques appuient la notion selon laquelle la pertinence des services appariés aux besoins des clients peut faire une différence.

En plus des axes mentionnés ci-dessus, d'autres formes d'appariement ont été proposées. Ainsi, selon McCraddy et ses collègues (2006), qui citent quelques études à ce sujet, **l'appariement en fonction du genre** pourrait augmenter l'efficacité du traitement. On s'est aussi intéressé aux États-Unis à **l'appariement en fonction de l'appartenance ethnique.** Selon l'étude de Flicker et ses collègues (Flicker, Waldron, Turner, Brody et Hops, 2008) l'appariement en fonction de la race du thérapeute et du client donnerait des résultats pour les personnes d'origine hispanique seulement. Les auteurs recommandent d'augmenter la diversité ethnique chez les thérapeutes et les compétences culturelles des thérapeutes d'origine anglo-saxonne. Marsh et ses collègues (Marsh, Cao, Guerrero et Shin, 2009), pour leur part, constatent que les minorités ethniques sont moins bien servies que les personnes d'origine caucasienne en ce qui concerne les traitements en toxicomanie aux États-Unis. Ils suggèrent que les besoins diffèrent en fonction de l'appartenance ethnique et qu'il serait important d'en tenir compte dans l'offre de service, tant pour retenir les clients en traitement que pour réduire l'abus de substances, indépendamment de l'appartenance ethnique, et que l'accès aux services devrait être augmenté en ce qui concerne les minorités ethniques. Selon une recension effectuée dans Findings (2009), **l'appariement entre le style thérapeutique adopté par le clinicien et les prédispositions du client** augmenterait l'efficacité du traitement. Ainsi, les clients en colère bénéficieraient d'une intervention où la confrontation est évitée alors que les clients plus calmes profiteraient d'un certain degré de confrontation (Karno et Longabaugh, 2007). De même, il serait indiqué d'éviter d'aborder un matériel émotionnellement douloureux avec les clients qui sont dans une humeur dépressive. Il est suggéré qu'une évaluation initiale des prédispositions du client soit faite à partir de ses comportements afin de permettre au thérapeute d'y adapter son style d'intervention. Une supervision favorisant l'adoption d'un style d'intervention apparié à certaines prédispositions du client serait utile, d'autant plus que, selon Karno et Longabaugh (2007), les méfaits d'adopter un style thérapeutique inapproprié *(mismatch)* seraient encore plus importants que les avantages d'un appariement approprié.

Cependant, la perspective la plus prometteuse en ce qui concerne l'appariement apparaît liée à l'idée d'accorder une attention beaucoup plus individualisée aux besoins du client lui-même et à sa capacité de choix en fonction de ses besoins. Ainsi, Hser et ses collègues (Hser, Polinsky, Maglione et Anglin, 1999) ont trouvé que l'appariement doit tenir compte des contraintes concrètes sur le terrain : qu'est-ce qui est réellement disponible dans un secteur donné et quels sont les besoins exprimés par le client. Partant de l'hypothèse que les obstacles à participer à un traitement sont souvent dus à des situations pratiques quotidiennes, que le traitement offert doit répondre à ses besoins et que si on donne un choix au client, à partir d'un menu, il y a plus de chances d'amélioration, ils ont mené une étude auprès de 171 participants et les ont invités à exprimer leurs besoins concernant les services à recevoir. Les besoins les plus fréquemment exprimés concernaient la formation pour un travail, le transport, le logement et les services médicaux. Ils ont constaté que dans les faits, les services offerts avaient répondu très peu à ces besoins : on avait offert du transport à 53 % d'entre eux, des services médicaux à 44 %, des services en rapport avec le travail ou avec le logement à 10 % des participants. Les résultats de l'étude ont montré que la réponse aux besoins suivants augmente la rétention en traitement : des services en rapport avec l'insertion professionnelle, le soin des enfants, le logement et le transport (contrairement aux services médicaux, au counseling familial ou les services en rapport avec les habiletés parentales ou la dimension culturelle). Les résultats montrent que la réponse à chacun des besoins mentionnés ci-dessus comme favorisant la rétention en traitement prédit aussi l'amélioration pour le domaine où le besoin a reçu une réponse. De plus, la réponse aux besoins concernant le logement et le soin des enfants prédit aussi la réduction de la consommation. Constatant que très peu de clients avaient reçu des services adaptés aux besoins qu'ils avaient manifestés, les auteurs concluent à l'importance de tenir compte du choix du client dans l'offre de service. Marlatt (1999) va dans le même sens, suggérant qu'il pourrait être plus judicieux de considérer les

personnes qui demandent un traitement comme des consommateurs capables de choisir parmi une sélection de traitements offerts plutôt que comme des « patients » à qui l'on assignerait un traitement en fonction de critères préétablis. Brown et ses collègues (Brown, Seraganian, Tremblay et Annis, 2002) ont constaté également que le fait de laisser le choix du traitement au client pouvait en améliorer le résultat.

Mee-Lee et ses collègues (Mee-Lee, McLellan et Miller, 2010) adoptent résolument cette approche centrée sur le client vu comme l'agent principal de sa démarche. Selon cette perspective, on doit favoriser sa participation aux soins en lui offrant la liberté de choix et en rendant disponible un menu varié de traitements. Il en résulte un plan individualisé de traitement construit en partenariat avec le client et dans lequel le rôle du thérapeute est de l'aider à obtenir ce qu'il demande et non en fonction de ce que le thérapeute estime être son besoin, ce qui n'exclut pas que ce dernier puisse aider son client à évoluer dans la perception de ses besoins et de ce qui peut l'aider à les satisfaire. C'est ainsi que se construit l'alliance entre les deux, une alliance qui s'appuie sur une démarche continue permettant au client d'exprimer son point de vue sur l'évolution de sa démarche et d'avoir une rétroaction sur ses progrès.

Faits saillants

- Malgré les espoirs qu'elle a pu susciter dans les années 1980, l'hypothèse selon laquelle on pourrait apparier les clients à des traitements spécifiques à partir de caractéristiques particulières a reçu peu de soutien empirique.
- Les données de la recherche appuient la pertinence d'apparier la durée ou l'intensité du traitement en fonction de la gravité des problèmes des personnes toxicomanes (*résultats prometteurs*).
- La présence de troubles concomitants commande une offre de service qui tient compte des troubles en présence *(résultats prometteurs)*.
- La forme d'appariement qui apparaît la plus prometteuse actuellement est celle qui consiste à adapter l'intervention en tenant compte des besoins spécifiques et concrets du client en favorisant l'expression de ses besoins, la participation active au choix des objectifs de traitement et en offrant une gamme de services susceptibles de répondre à des besoins variés *(résultats prometteurs)*.

2.3.5.4 Enjeux cliniques spécifiques liés à des sous-populations

La littérature scientifique sur les meilleures pratiques dans le domaine de la toxicomanie identifie plusieurs sous-populations de personnes adultes ayant des besoins particuliers. D'ailleurs, plusieurs guides de meilleures pratiques s'attardent spécifiquement à certains de ces sous-groupes, par exemple : les femmes (Dell et Poole, 2009 ; Santé Canada, 2006) ; les parents (autant les pères que les mères) et leur famille (Casey Family Programs and the US Department of Health and Human Services, 2001 ; Lundgren, Schilling et Peloquin, 2005) ; les personnes incarcérées (Alary, Godin et Lambert, 2005 ; WHO-Regional Office for Europe, 2001) ; les autochtones (Santé Canada, 1998) ; les aînés (Santé Canada, 2002 ; SAMHSA, 1998) ; les minorités ethnoculturelles (CADCA, 2005) et les personnes ayant des troubles concomitants en toxicomanie et en santé mentale (Beaumont *et al.*, 2005 ; Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried et Walter, 2009 ; SAMHSA, 2008 ; Santé Canada, 2002b). Il s'agit notamment de tenir compte de certaines spécificités autant biologiques que personnelles et sociales ayant un impact sur la dépendance et son traitement ainsi que sur la demande de services, leur accessibilité et la perception que les usagers ont de ces derniers. Parmi ces spécificités, on peut nommer, entre autres : le genre, l'origine ethnique, la culture, le revenu, le contexte de vie.

Des sous-groupes particuliers peuvent aussi être identifiés à partir de la substance de prédilection. En effet, plusieurs chercheurs recommandent, en se basant sur des recensions des écrits, que les meilleures pratiques établies pour le traitement de la

toxicomanie tiennent compte de la substance consommée (Baker et Lee, 2003 ; Lundgren *et al.*, 2005 ; Washton et Zweben, 2009). D'autres populations sont également ciblées, particulièrement quant à leurs besoins se situant dans la sphère de la réduction des méfaits. Par exemple, des meilleures pratiques sont dégagées pour la prévention de la transmission du VIH et du VHC chez les utilisateurs de drogues par injection (Noël, Laforest et Allard, 2007) et chez les personnes incarcérées (Alary *et al.*, 2005), sous-groupes particulièrement à risque, notamment étant donné leurs modes de consommation de drogues.

Compte tenu de la variété des besoins des personnes aux prises avec un problème de toxicomanie, qui peuvent appartenir à différents sous-groupes cibles pour lesquels des meilleures pratiques ont été dégagées, l'importance d'une offre de service variée s'impose. Cette variété a trait non seulement aux types d'approches à privilégier, mais aussi au niveau d'intensité de services. Par exemple, au Québec, l'importance d'offrir un plus large accès à des services en désintoxication est soulignée par plusieurs (Desrosiers, 2008 ; gouvernement du Québec, 2006).

Fait saillant

- Il y a un consensus parmi les experts selon lequel, dans le choix des meilleures pratiques à utiliser dans une situation clinique spécifique et dans l'élaboration d'une offre de services de base, les enjeux cliniques liés aux sous-groupes cibles ayant fait l'objet de guides de bonnes pratiques doivent être pris en compte ; pour ce faire, une offre de service variée en termes d'approche et d'intensité est nécessaire *(résultats prometteurs)*.

2.3.6 Durée, intensité et continuité

Cette section vise à définir les durées et les intensités de traitement les plus optimales pour diverses modalités de traitement, soit une catégorisation largement utilisée en Amérique du Nord et déterminée par l'American Society of Addiction Medicine (ASAM) dans le *Patient Placement Criteria – II* (Mee-Lee, Shulman, Fishman, Gastfriend et Griffith, 2001) : réadaptation externe, réadaptation externe intensive, réadaptation interne court terme et réadaptation interne long terme.

Divers types d'études sont recensées. Tout d'abord, les études apportant les données les plus probantes sont celles avec distribution aléatoire des individus entre deux durées de traitement différentes. Ces protocoles sont très performants en termes de capacité de vérification des hypothèses. Toutefois, la sélection des participants est fréquemment qualifiée de « puriste », ou plutôt très homogène (forte validité interne), entraînant un biais souvent en faveur de populations ayant un profil plus léger de consommation de substances psychoactives (SPA) (généralisation plus difficile des résultats obtenus). Dans ces protocoles, on s'assure de l'intégrité de l'intervention et qu'ils permettent une évaluation du rapport coûts/efficacité, les coûts étant évidemment reliés à la durée de l'intervention.

On recense ensuite des études en milieu naturel d'intervention. Elles portent fréquemment sur de grands échantillons (p. ex. : DATOS). Les traitements y sont naturellement tout à fait représentatifs des services offerts (forte validité externe). Il est toutefois difficile de savoir ce qui a exactement été offert comme traitement (variété de philosophies d'intervention, de types de professionnels, de sphères traitées, etc.). Ils évaluent l'efficacité, entre autres, en fonction de la durée en traitement ou de son intensité. Il n'y a pas de distribution au hasard des participants. Ces études ne permettent pas de savoir si les individus ayant reçu le traitement « A » se seraient autant améliorés avec le traitement « B ». En fait, on ne sait pas si ceux étant demeurés plus longtemps en traitement se seraient tout autant améliorés s'ils étaient restés pour une plus courte durée ou, encore, s'il n'y a pas de différence d'efficacité entre deux traitements, on peut tout aussi

bien penser que ceux qui sont restés plus longtemps avaient justement besoin de ces durées de soins pour progresser. Tout de même, ces études contribuent grandement à la réflexion, particulièrement lorsqu'elles comportent de grands échantillons, ce qui vient amenuiser l'effet du manque de distribution au hasard.

Finalement, un troisième type d'étude présente un protocole où l'on compare une modalité de traitement (p. ex. : interne six semaines) à une modification du traitement dans le même centre (p. ex. : nouveau programme interne quatre semaines) dans un temps ultérieur. Il n'y a pas de distribution aléatoire, mais c'est un protocole assez puissant.

La question de l'efficacité de la durée des traitements nous ramène à la conceptualisation du problème : elle pose la question de la chronicité ou non de la toxicomanie. Un trouble transitoire est traité à l'intérieur d'une période circonscrite, alors qu'un trouble chronique nécessite une intervention au long cours. Ainsi, poser la question de la durée optimale d'un traitement en toxicomanie présuppose que nous sommes devant un trouble transitoire. Il faut se rappeler, comme il a déjà été mentionné, qu'une portion des usagers présente plutôt un profil de trouble chronique et, en ce sens, les études portant sur la durée optimale des traitements ne s'appliquent pas pleinement à leur réalité.

La plupart des résultats de recherche rapportent des observations en fonction de deux indicateurs : la durée et l'intensité. La durée est rapportée en termes de jours ou de mois de présence à l'intérieur d'un service particulier ou, encore, en termes d'heures totales de services reçus. Les études portent aussi sur l'intensité des services reçus. Cette intensité est le plus souvent décrite en termes de nombre de rencontres par semaine ou par mois.

Les questions posées sont les suivantes :

1) Ces indicateurs de durée et d'intensité sont-ils associés à de meilleurs progrès cliniques à la suite du traitement ?
2) Y a-t-il une durée/intensité minimale de traitement en deçà de laquelle il y a peu d'amélioration ?
3) Y a-t-il une durée/intensité maximale au-delà de laquelle il n'y a plus d'amélioration ?

2.3.6.1 Externe

▶ La durée

Une première observation est que les individus ayant un profil moins sévère de consommation de substances psychoactives (SPA) profiteront de diverses modalités de traitement (p. ex. : interne versus externe) et de durées variables. Ainsi, les résultats de DATOS (étude naturaliste auprès de 2 966 personnes dépendantes à diverses SPA suivies à un an postadmission ; 1 393 suivies à 5 ans) permettent de constater que, de façon générale, les individus dépendants à la cocaïne et ayant un profil plus léger (comme mesuré à l'Index de sévérité du profil (ISP), tel que décrit dans la note de bas de page n° 7) profiteront de tous les types de traitement (externe, interne court terme ou long terme), sans égard à sa durée (Simpson, Joe, Fletcher, Hubbard et Anglin, 1999). Il en va de même pour des personnes dépendantes au cannabis mais ayant un profil plus « pur » et donc relativement léger. Elles profitent de relativement peu d'heures de service. Une étude à distribution aléatoire ne constate aucun écart, en termes d'efficacité pour réduire la dépendance au cannabis, entre 90 minutes ou 14 rencontres de traitement (Stephens *et al.*, 2000). Cependant, il est important de rappeler que les participants étaient des hommes, caucasiens, éduqués, travaillant à temps plein et pour la plupart célibataires. Ils ne présentaient pas d'abus ou de dépendance à d'autres SPA (Stephens *et al.*, 2000). Sur plus de 600 personnes admissibles à cette recherche, le tiers est éliminé pour des raisons de complexité clinique et un autre tiers parce qu'ils n'ont pas participé aux suivis de recherche. On peut supposer que les deux tiers des personnes non considérées pour l'étude sont celles ayant les profils cliniques les plus sévères et donc pour lesquelles les mêmes conclusions ne pourraient pas nécessairement être appliquées (Stephens *et al.*, 2000). Deux autres études à distribution aléatoire illustrent que six à neuf heures de traitement semblent être plus efficaces qu'une ou deux rencontres au regard de la dépendance au cannabis (Copeland, Swift, Roffman et Stephens, 2001 ; Marijuana Treatment Project Research Group, 2004).

Lorsque tous les niveaux de gravité sont considérés ensemble, une plus longue exposition aux services externes semble plus profitable chez les usagers de DATOS (Hubbard, Craddock, Flynn, Anderson et Etheridge, 1997) et aussi auprès du sous-groupe de cocaïnomanes (Simpson *et al.*, 1999). Ceux étant demeurés trois mois ou plus dans les services vont mieux au moment de l'évaluation une année après la fin du traitement (Hubbard *et al.*, 1997 ; Simpson *et al.*, 1999). On note, entre autres, qu'il y a deux fois moins de consommateurs hebdomadaires de cocaïne, un tiers de moins de consommateurs problématiques d'alcool, la moitié moins de comportements sexuels à risque (Hubbard *et al.*, 1997) et une plus faible probabilité de commettre des crimes (Etheridge, Craddock, Hubbard et Rounds-Bryant, 1999). Certains effets associés à la durée du traitement (six mois et plus) continuent d'être observés cinq années après la fin du traitement (Hubbard, Craddock et Anderson, 2003).

Si un profil de sévérité faible de la toxicomanie est associé à des succès thérapeutiques dans diverses modalités ou durées de traitement, il n'en est pas de même pour un profil sévère. Les usagers aux prises avec un profil sévère[7] profitent plus d'une communauté thérapeutique long terme (90 jours et plus ; 15 % de consommateurs hebdomadaires de cocaïne à un an post-traitement) que d'un traitement interne court terme (21 jours et plus ; 38 % de consommateurs hebdomadaires) ou d'un traitement externe (90 jours et plus ; 29 % de consommateurs hebdomadaires à une année post-traitement) (Simpson *et al.*, 1999).

Les résultats du National Treatment Improvement Evaluation Study (NTIES) (3 997 personnes dépendantes à diverses SPA au sein d'un programme résidentiel long terme, court terme, externe et de substitution à la méthadone ; États-Unis) indiquent que, pour des personnes ayant des difficultés avec diverses drogues, le traitement interne long terme semble produire une meilleure amélioration que le programme résidentiel court terme qui à son tour produit de meilleurs résultats que les traitements externes (Zhang *et al.*, 2003). Les auteurs n'ont toutefois pas mené d'analyses en croisant le degré de sévérité de la problématique avec les bénéfices obtenus dans une modalité particulière de traitement. Lorsque les auteurs portent leur attention uniquement sur les traitements externes, ils observent qu'une durée de 90 jours et plus est associée à un meilleur succès que lorsque les personnes restent moins longtemps en traitement (Zhang *et al.*, 2003). De façon intéressante, ils rapportent que chaque mois de plus de traitement externe apporte une amélioration significative (Zhang *et al.*, 2003), soit de 15 % (Orwin, Ellis, Williams et Maranda, 2000). Finalement, au-delà de 14 mois en moyenne en traitement externe, il n'y a plus d'amélioration (Zhang *et al.*, 2003).[8]

Le lien entre la durée en traitement externe et l'efficacité est plus fort chez les 30 ans et moins (Grella, Hser, Joshi et Anglin, 1999). Les jeunes adultes restent généralement moins longtemps en traitement et ils profitent un peu moins du traitement (surtout en externe). Chez les jeunes, il y a un plus grand risque d'abandon, mais aussi un plus grand potentiel de profit d'une plus longue présence en traitement, ce qui fait dire à Grella et ses collègues (1999) qu'il est important d'intensifier les stratégies de rétention des individus de ce groupe d'âge.

Au Québec, le RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec) a mené au moins cinq études d'efficacité des traitements dans les centres de réadaptation en dépendance de la province. Une étude met en évidence qu'une durée de 22 heures de services et plus est associée à une meilleure efficacité (réduction plus importante du score composé alcool et drogues de l'Indice de gravité de la toxicomanie (IGT) chez ceux étant restés plus longtemps en traitement en comparaison avec ceux étant restés

7 Dans DATOS, un profil sévère est la présence d'au moins six indices parmi les suivants : usage de trois drogues et plus dans la dernière année, dépendance à l'alcool, activité criminelle actuelle, sans emploi, faible soutien social, dépression ou anxiété majeure, pas de diplôme de secondaire V (Simpson *et al.*, 1999).

8 Une moyenne ne peut devenir la norme de durée des traitements. Par exemple, si après 14 mois, en moyenne, les individus ne s'améliorent plus significativement, cela veut dire qu'il y en a qui ne s'améliorent plus après 9 mois alors que d'autres cessent de s'améliorer seulement à 20 mois. C'est la logique des moyennes et le piège de les interpréter comme si elles étaient des normes absolues.

moins longtemps) et que, d'autre part, ceux ayant un profil moins sévère demeurent moins longtemps en traitement (Brochu, Landry, Bergeron et Chiocchio, 1997). Les résultats de quatre autres études menées au Québec ne viennent toutefois pas confirmer ces résultats, que ce soit auprès d'une population de toxicomanes ayant des difficultés de santé mentale (Nadeau, 2001), de deux études menées auprès de toxicomanes ayant des difficultés judiciaires (Brochu *et al.*, 2006 ; Brochu, Bergeron, Landry, Germain et Schneeberger, 2002) ou d'adolescents toxicomanes (Bergeron, Tremblay, Cournoyer, Landry et Brochu, 2008).

Finalement, des données concernant les durées optimales des traitements externes non intensifs auprès cette fois de personnes présentant diverses psychopathologies indiquent que 50 % des usagers s'améliorent de façon cliniquement significative après 21 rencontres et qu'il faut atteindre approximativement 50 rencontres pour que 75 % des usagers atteignent ce niveau d'amélioration (Lambert, Hansen et Finch, 2001).

▶ L'intensité

Une autre façon d'aborder la question de l'efficacité de la durée des traitements consiste à évaluer le rôle de l'intensité des services. Peu de données de recherche sont disponibles à ce sujet. Ainsi, les résultats observés dans DATOS ne démontrent aucun lien entre le nombre d'heures de services reçus dans les traitements externes et l'amélioration des usagers tels qu'évalués à 12 mois post-traitement (Etheridge *et al.*, 1999). Une autre série de projets de recherche, nommés *Target Cities Project* (330 usagers, d'origine multiethnique, consommateurs de drogues, dans 26 programmes de Los Angeles), ont inversement illustré que, chez les individus toxicomanes ayant complété huit semaines et plus de traitement, un plus grand nombre d'heures de counseling individuel ou de groupe à l'intérieur de ces huit semaines est associé à un meilleur succès thérapeutique lorsqu'évalué six mois après le début du traitement (Fiorentine et Anglin, 1996). Les auteurs notent également que les usagers sont enclins à participer à plus d'heures de services dans les centres qui offrent plus d'heures de services, indiquant ici que l'offre clinique influence la quantité de services reçus par les usagers (Fiorentine et Anglin, 1997). Une tentative de répétition des résultats procure une confirmation partielle où c'est uniquement le nombre d'heures de thérapie de groupe (et non individuelle) qui est associé à un meilleur succès thérapeutique (Fiorentine, 2001). La durée de chaque rencontre de thérapie n'est pas non plus associée à un meilleur pronostic (Fiorentine, 2001). Dans l'ensemble des études du *Target Cities Project*, de 50 à 60 % des participants sont des femmes, ce qui peut potentiellement conduire à des conclusions différentes quant à l'effet de l'intensité des traitements externes sur les toxicomanes. Quant au projet NTIES, aucun résultat significatif ne permet de relier le nombre d'heures de counseling reçues, en séance individuelle ou en groupe, au succès thérapeutique (Orwin *et al.*, 2000).

2.3.6.2 Externe intensif

▶ La durée

Aucune étude portant directement ou indirectement sur la durée optimale des services externes intensifs n'a pu être recensée.

Cependant, des notes cliniques issues du *Treatment Improvement Protocol (47)*, indiquent que la phase d'engagement en traitement dure entre quelques jours et quelques semaines. La seconde phase dite de première rémission (*early recovery stage*) dure habituellement de six semaines à trois mois. La troisième phase, celle de maintien, dure de deux mois à une année (Forman et Nagy, 2006). Ces phases ne correspondent pas nécessairement à des niveaux de soins et, en ce sens, nous ne pouvons pas en tirer beaucoup d'informations.

▶ L'intensité

Une seule étude comparant des degrés d'intensité en externe intensif a pu être trouvée. Des hommes afro-américains, cocaïnomanes et de faible statut socioéconomique ont pu être assignés au hasard entre deux modalités de traitement externe intensif : une modalité à raison de 12 heures de services par semaine et la seconde à raison de 6 heures par semaine.

Dans une étude de traitement de la dépendance à la cocaïne auprès d'hommes de race noire et de statut socioéconomique faible, on observe qu'un traitement externe de 12 heures par semaine est équivalent en termes d'efficacité à un traitement de 6 heures par semaine, et ce, pendant 4 semaines dans les 2 situations (Coviello *et al.*, 2001). Peu importe le groupe de traitement, on note, 7 mois après l'admission en traitement, une réduction de 52 % des jours de consommation de cocaïne, près de 60 % d'abstinents de cocaïne, près des deux tiers abstinents d'alcool, de même que des améliorations dans les sphères emploi et fonctionnement psychologique (Coviello *et al.*, 2001).

Une comparaison de traitements privés (donc s'adressant à la classe moyenne et aux travailleurs) internes versus externes n'indique pas de différence significative entre la modalité interne (28 jours) versus une modalité externe (2 fois par semaine durant 4 semaines ou 4 fois par semaine durant 6 semaines) (McLellan *et al.*, 1993), lorsque comparés à 6 mois après la fin du traitement. Les auteurs notent aussi une différence de résultats entre les deux degrés d'intensité des modalités externes. En regardant le pourcentage de changement à l'aide du score composé à l'IGT, on note que le programme externe moins intensif semble moins bien performer sur la sphère alcool, emploi, famille et psychologique, ces trois dernières sphères où le client se détériore ou ne s'améliore que très peu (McLellan *et al.*, 1993).

2.3.6.3 Interne court terme

▶ La durée

Les résultats de DATOS auprès des individus en traitement résidentiel court terme ne révèlent pas de différence d'efficacité entre une durée de deux semaines et plus et un moins long séjour en thérapie interne court terme au moment du suivi à une année post-traitement (Hubbard *et al.*, 1997). De façon différente, l'équipe du National Treatment Outcome Research Study (NTORS), étude menée en Angleterre auprès de sites de traitement résidentiel long terme et court terme (408 personnes dans 12 programmes court terme et 11 en long terme, protocole naturaliste dont 75 % consomment de l'héroïne), a voulu déterminer une durée critique de traitement en comparant 3 durées typiques de traitement interne court terme, soit 10, 28 et 60 jours (Gossop, Marsden, Stewart et Rolfe, 1999). Les programmes étaient administrés par des fonds publics (p. ex. : hôpital offrant désintoxication et suivi psychosocial subséquent) ou gérés par des organismes privés ou communautaires. Ils ont noté que pour les individus complétant 28 jours de présence en thérapie interne court terme, au cours de l'évaluation faite à une année post-admission, il est :

- ☐ cinq fois plus probable d'être abstinent d'héroïne et trois fois plus d'être abstinent de stimulants ;
- ☐ deux fois plus probable de ne pas s'injecter de drogues ;
- ☐ deux fois moins probable de commettre un crime lié à l'acquisition de drogues et trois fois moins probable de revendre de la drogue.

Il faut toujours se rappeler que ce sont des estimations globales et que les durées choisies sont en partie aléatoires (pourquoi ne pas avoir choisi 24, 36 ou 45). La proportion d'usagers ayant complété au moins 28 jours est de 20 % au sein des programmes publics (médiane de durée de séjour de 15 jours) et de 64 % au sein des autres programmes (médiane à 42 jours) (Gossop *et al.*,

1999). Cet écart est en partie explicable par l'offre de service : les programmes publics offrent un traitement de 2 à 5 semaines, alors que les programmes communautaires offrent une durée de 6 à 12 semaines. Il faut aussi constater que plus du tiers des sujets ayant bénéficié de moins de 28 jours étaient abstinents d'héroïne et 61 % étaient abstinents des stimulants au moment du suivi un an après leur admission (Gossop *et al.*, 1999).

Une étude menée auprès des militaires de la marine américaine en traitement interne pour leur alcoolisme a comparé les résultats à un traitement interne avant et après une réduction de la durée de traitement, passant de 6 (n = 1 380 participants) à 4 semaines (n = 1 443 participants). Les individus ne présentent pas de troubles psychiatriques concomitants, ils ont tous un emploi à temps plein. Au cours d'une évaluation faite à une année post-traitement, on note aucune différence entre les deux cohortes (Trent, 1998). Toutefois, la participation à des rencontres de suivi post-traitement a été une bonne variable prédictive du changement à long terme (Trent, 1998). Une étude beaucoup plus vaste, menée auprès de 4 677 personnes profitant de traitements internes suivis de traitement résidentiels de transition (résidence semi-autonome après le séjour à l'interne) révèle qu'une plus longue présence au sein de ces services post-internes est associée à un meilleur succès clinique à une année post-traitement (Moos, Pettit et Gruber, 1995).

Une autre étude, menée par l'équipe de Philadelphie auprès de 126 anciens militaires en traitement interne pour alcoolisme indique qu'une présence de 15 jours et plus est associée à de meilleurs résultats chez ceux présentant une problématique légère ou modérée de consommation d'alcool, combinée à une gravité faible ou modérée des symptômes psychiatriques (Gottheil, McLellan et Druley, 1992). Ce point de rupture dans la durée de séjour n'est pas associé à de meilleurs résultats chez ceux présentant une problématique élevée sur le plan de l'alcoolisme ou au niveau psychiatrique (Gottheil *et al.*, 1992). On peut penser que les individus au profil plus sévère auraient pu bénéficier d'un traitement à plus long terme (voir DATOS). Le critère de 15 jours a été sélectionné uniquement pour des raisons de commodité, c'est-à-dire avoir des sous-groupes comparables en termes de nombre.

Au sein du NTIES, on rapporte que, parmi les 676 usagers en traitement interne court terme, ceux ayant une présence de 15 jours et plus (sélection aléatoire de cette durée) s'améliorent plus que ceux étant restés moins longtemps (Zhang *et al.*, 2003). L'équipe de recherche n'a toutefois pas réussi à estimer une durée au-delà de laquelle l'usager ne s'améliore plus (probablement variabilité insuffisante de la durée au moment du court terme) (Zhang *et al.*, 2003).

▶ L'intensité

Les données de DATOS indiquent que l'intensité des services (nombre d'heures de counseling et de participation aux groupes d'entraide) au cours du traitement interne court terme n'est pas associée à un meilleur pronostic quant à la consommation de cocaïne, la forte consommation d'alcool et la probabilité de commettre des crimes contre la personne, au moment d'un suivi à une année après la fin du traitement (Etheridge *et al.*, 1999). Cependant, la fréquence de participation aux groupes d'entraide (deux fois par semaine et plus) dans l'année ayant suivi la fin du traitement est associée à un meilleur pronostic quant à la consommation de cocaïne et à la probabilité de commettre un délit contre la personne (Etheridge *et al.*, 1999). Au sein de NTIES, on rapporte une relation positive entre le nombre d'heures de counseling individuel et de groupe au cours du séjour interne court terme et l'efficacité du traitement (Orwin *et al.*, 2000).

2.3.6.4 Interne court terme versus externe intensif

Plusieurs études ont comparé l'efficacité respective d'un traitement interne court terme à son équivalent mais en externe, soit une intervention externe intensive.

Si on revient à DATOS, parmi les cocaïnomanes restés longtemps en traitement (90 jours et plus), ceux ayant un profil modéré (selon l'Index de sévérité du profil (ISP) développé au sein de DATOS) profitent

tout autant de l'externe long terme que d'un traitement interne de même durée. Il y a donc meilleure efficience de l'externe long terme dans ces situations (Simpson *et al.*, 1999).

Lorsqu'aucune condition médicale ou psychiatrique ne nécessite de traitement interne, il semble que le traitement externe intensif soit en partie aussi efficace, le tout ayant besoin d'être nuancé. Une étude a été menée auprès d'anciens combattants afro-américains (n = 111), dépendants à la cocaïne depuis en moyenne 3 années (Alterman *et al.*, 1994). Ils sont répartis au hasard entre un traitement intensif externe de 28 jours (moyenne de 27 h par semaine d'intervention) et une modalité interne (communauté thérapeutique) de même durée (moyenne de 48 h par semaine d'intervention dont seulement 4 heures étaient données au cours de la fin de semaine) (Alterman *et al.*, 1994). Les participants sont réévalués sept mois après leur admission en traitement. Les participants des deux groupes s'améliorent tout autant en ce qui a trait à la consommation d'alcool et de drogue, à l'état de santé physique et psychiatrique ainsi qu'aux problèmes avec la justice (Alterman *et al.*, 1994). Cependant, les participants au traitement interne ont un meilleur revenu (le double pour l'interne) au moment du *follow up*. Il semble que le traitement interne procure une meilleure rétention en traitement. De plus, du tiers à la moitié des patients ont besoin de suivi après le traitement intensif (peu importe la modalité) et du quart au tiers (interne ou externe de 28 jours) auront besoin d'une réadmission (Alterman *et al.*, 1994). En conclusion, pour des patients cocaïnomanes n'ayant pas de condition médicale ou psychiatrique nécessitant l'interne ni de motivation trop faible, le traitement externe intensif est aussi efficace que l'interne de même durée (28 jours), en spécifiant que, dans cette étude, l'externe intensif coûte 40 % à 60 % des frais liés à l'interne (Alterman *et al.*, 1994).

L'équipe a repris cette même étude, en procurant à une portion des participants le choix entre l'interne et l'externe et en assurant un suivi sur 12 mois cette fois (McKay, Alterman, McLellan, Snider et O'Brien, 1995). Les résultats sont similaires, c'est-à-dire que l'externe intensif se montre aussi efficace auprès de ce groupe d'Afro-Américains, dépendant principalement à la cocaïne et de niveau socio-économique faible. De plus, le fait de choisir ou non une modalité de traitement n'ajoute pas à l'efficacité (McKay *et al.*, 1995).

Une comparaison de traitements privés (donc s'adressant à la classe moyenne et aux travailleurs) internes versus externes n'indique pas de différence significative entre la modalité interne (28 jours) versus une modalité externe (2 fois par semaine durant 4 semaines ou 4 fois par semaine durant 6 semaines) (McLellan *et al.*, 1993) lorsque comparés à 6 mois après la fin du traitement. En regardant le pourcentage de changement à l'aide du score composé à l'Addiction Severity Index (ASI), on note que le programme externe moins intensif semble moins bien performer sur la sphère alcool, emploi, famille et psychologique, ces trois dernières sphères où le client se détériore ou ne s'améliore que très peu (McLellan *et al.*, 1993). Quant aux proportions d'abstinents d'alcool (71 % interne versus 48 % externe moins intensif) et de drogues (92 % interne versus 75 % externe moins intensif), le traitement interne semble plus favorable (McLellan *et al.*, 1993). En conclusion, il semble qu'un traitement externe assez intensif (p. ex. : 4 rencontres de 2 à 3 heures/semaine, pendant 6 semaines + 10 semaines de suivi post-traitement à 1 fois/semaine) soit aussi efficace qu'un traitement interne de 28 jours avec suivi hebdomadaire post-traitement similaire (McLellan *et al.*, 1993).

D'autres chercheurs ont comparé un traitement interne de 5 semaines (n = 112) à un traitement interne de 2 semaines suivi de 3 semaines d'externe intensif (n = 100) dans le cadre d'une restructuration des services (avant versus après) (Long, Williams et Hollin, 1998). Toutefois, la durée réelle de services reçus a été en moyenne de 14 à 19 jours, et ce, avec approximativement autant d'heures de services pour les deux groupes. Les participants sont dépendants à l'alcool, les deux tiers travaillent à temps plein ou partiel et vivent avec leur conjoint (mariés ou non). On obtient à 12 mois post-traitement un tiers d'abstinents, 20 % d'usagers ayant un boire contrôlé, (55,6 % abstinents ou boire contrôlé), 20% de personnes améliorées et un quart sans amélioration, sans qu'on puisse noter de différence entre les deux groupes (Long *et al.*, 1998).

2.3.6.5 Interne long terme

▶ La durée

Rappelons tout d'abord les critères élaborés par DATOS qui permettent d'identifier les personnes les plus susceptibles de profiter de services internes long terme (profil sévère), mais aussi celles qui ont autant de chance de s'améliorer au sein d'un service externe long terme que d'un service interne de même durée (profil modéré) (Simpson *et al.*, 1999). Ainsi, parmi les cocaïnomanes restés longtemps en traitement (DATOS), ceux ayant un profil sévère ont plus profité d'une communauté thérapeutique (présence de 90 jours et plus) (15 % de consommateurs hebdomadaires à 12 mois post-traitement) que de l'interne court terme (21 jours et plus) (38 % consommateurs hebdomadaires) ou de l'externe (90 jours et plus) (29 % de consommateurs hebdomadaires) (Simpson *et al.*, 1999). Ceux ayant un profil modéré profitent tout autant de l'externe long terme que de l'interne de même durée, indiquant pour eux une meilleure efficience de l'externe long terme (90 jours et plus) (Simpson *et al.*, 1999).[9]

Le *District of Columbia Treatment Initiative Experiment* a permis de comparer deux versions de la communauté thérapeutique, soit la version standard à 10 mois de traitement interne suivi de 2 mois de traitement externe (n = 194) et la version à 6 mois d'interne suivis de 6 mois d'externe (n = 218) avec assignation aléatoire aux deux modalités (Nemes *et al.*, 1999). Les participants sont principalement afro-américains, se situant dans le début de la trentaine avec en moyenne 11 années de scolarité et, pour la majorité, célibataires. Ils sont des consommateurs de cocaïne (en ordre), d'alcool, d'héroïne (moins de 50 % de l'échantillon), et plus de la moitié de l'échantillon présente un diagnostic de personnalité antisociale. Les deux modalités se valent en termes d'efficacité (évaluée 6 mois après la fin du traitement) à l'exception de la sphère emploi où les individus ayant été 10 mois à l'interne ont un meilleur succès (Nemes *et al.*, 1999). Sinon, aucune différence n'est observée concernant la consommation de cocaïne, d'héroïne et les problèmes judiciaires (Nemes *et al.*, 1999).

Quant aux données de DATOS au sujet du traitement interne long terme, on observe, à une année post-traitement, que les participants ayant bénéficié de trois mois et plus de traitement à l'interne (versus moins de trois mois) s'améliorent significativement plus sur six des neuf indicateurs d'efficacité (Hubbard *et al.*, 1997). Les analyses au cours du suivi à cinq années après la fin de leur traitement révèlent que les patients issus des thérapies internes long terme (DATOS) ont davantage de chances d'avoir cessé leur consommation de cocaïne, ont moins de probabilité de commettre un délit et d'être sans emploi à temps plein s'ils ont bénéficié d'au moins six mois de traitement (Hubbard *et al.*, 2003).

Une analyse des données de la *Treatment Outcome Prospective Study* (TOPS) (étude ayant précédé DATOS) permet d'observer qu'au sein des communautés thérapeutiques la durée en traitement est positivement associée à l'amélioration de six des sept indicateurs d'efficacité (Condelli et Hubbard, 1994). Par exemple, on note que chaque mois de plus en communauté thérapeutique est associé à une diminution de 6 % de la consommation quotidienne ou hebdomadaire d'héroïne (Condelli et Hubbard, 1994). Les deux tiers des participants sont à 60 % de race blanche, la moitié sont âgés de 18 à 25 ans, ils sont surtout des consommateurs de drogues et ils proviennent du sud des États-Unis. La durée moyenne de séjour au sein des communautés thérapeutiques est de 6,5 mois (Condelli et Hubbard, 1994).

Les données du NTORS comparent l'efficacité de durée de 28, 60 et 90 jours de présence au sein de 11 programmes de traitement interne long terme en Angleterre. Les auteurs notent qu'une durée de 90 jours semble optimale. Les usagers

9 Cet indicateur de sévérité est une échelle à 7 points où chacun des critères suivants procure un point : usage de 3 drogues et plus par année, dépendance à l'alcool, activité criminelle actuelle, être sans emploi, avoir un faible soutien social, présenter un état dépressif ou anxieux majeur et ne pas avoir obtenu un diplôme de secondaire V. La présence de 0 à 3 critères constitue un niveau léger, 4 à 5 un niveau modéré et 6 à 7 critères, un niveau sévère.

ayant complété 90 jours de traitement présentent, en comparaison à ceux ayant complété moins de 90 jours, au moment du suivi fait à une année après la fin du traitement, 5 fois plus de chances d'être abstinents d'héroïne (75 % de consommateurs d'héroïne à l'admission), 3 fois plus de chances d'être abstinents de stimulants et 2 fois moins de probabilités de s'injecter des drogues (Gossop *et al.*, 1999). Il est 2 fois moins probable que l'individu ayant été présent pour au moins 90 jours commette un crime relié à l'acquisition de drogues et 3 fois moins probable qu'il soit impliqué dans la revente illégale de drogues (Gossop *et al.*, 1999). La proportion d'usagers ayant complété au moins 90 jours est de 40 % (médiane de durée de séjour de 70 jours) (Gossop *et al.*, 1999).

D'autres données révèlent que les communautés thérapeutiques sont efficaces avec une présence d'au moins 80 jours et que le bénéfice de la présence en traitement se poursuit jusqu'à 6 mois (McCusker *et al.*, 1997). Au-delà de cette période, il semble que la personne profite peu du traitement (McCusker *et al.*, 1997).

En examinant les résultats des 1 183 patients bénéficiant de services internes long terme au sein de l'étude NTIES, on observe que les sujets étant demeurés 90 jours ou plus (critère aléatoire, issu d'autres données de recherche dont celles de DATOS) s'améliorent plus que ceux étant demeurés moins longtemps (Zhang *et al.*, 2003). Il semble également qu'au-delà de 18 mois de présence dans ce type de service, la situation clinique ne s'améliore plus (Zhang *et al.*, 2003).

Tout comme pour les données concernant le traitement interne court terme, des analyses secondaires des données de DATOS soulignent que la relation entre la rétention en traitement interne et son efficacité est plus forte chez les adultes de moins de 30 ans (Grella *et al.*, 1999). De plus, les jeunes adultes restent en général moins longtemps en traitement et s'améliorent un peu moins en traitement que les plus vieux (surtout en traitement externe) (Grella *et al.*, 1999). Ces données suggèrent qu'il est probablement nécessaire d'adapter nos interventions aux jeunes adultes en intensifiant nos stratégies d'engagement et de rétention, compte tenu de leur plus grands risques de ne pas terminer le traitement mais leur plus grand potentiel de bénéficier d'une plus longue présence en traitement (Grella *et al.*, 1999).

▶ L'intensité

Il n'y a pas d'association entre la proportion d'heures de counseling ou le nombre de rencontres de type AA/NA, en cours de traitement interne long terme et son efficacité (Etheridge *et al.*, 1999). Mais c'est la seule donnée sur le sujet et, par conséquent, aucune conclusion ne peut en être tirée.

2.3.6.6 Le suivi post-traitement

Dans une perspective où une portion des clients est perçue comme ayant des troubles chroniques liés aux substances psychoactives, la notion de suivi post-traitement prend un nouveau sens (McLellan *et al.*, 2005a). En fait, le traitement n'est plus défini comme un épisode fixe au-delà duquel l'individu devrait être guéri et où il n'y a plus d'intervention, mais plus comme un effort continu d'intervention pour un problème chronique (McKay *et al.*, 2009). En ce sens, une intervention de plus longue durée, mais à intensité variable, risque d'être plus performante puisque mieux appariée aux besoins du client (Grella *et al.*, 2003 ; McLellan *et al.*, 2005a). Il y a de fait un cumul d'évidences scientifiques pointant vers le constat que les soins post-traitement permettent l'obtention de meilleurs résultats cliniques à long terme qu'uniquement l'épisode de soins lui-même (pour une recension de nombreuses études, voir McKay, 2005, de même que McKay *et al.*, 2009). Ces diverses interventions post-traitement, telles que les contrats, des relances diverses, une lettre personnelle de la part du thérapeute, des renforcements de groupe à ceux se présentant à un nombre précis de rencontres, des rencontres thérapeutiques supplémentaires, sont associées à des hausses significatives de présence à des rencontres post-traitement (Lash *et al.*, 2005 ; Lash et Blosser, 1999 ; Lash et Dillard, 1996 ; Lash, Petersen, O'Connor et Lehmann, 2001 ; Lash, 1998), au nombre de clients abstinents d'alcool ou de drogues à une année suivant le traitement interne (Lash *et al.*, 2007 ; McKay,

2009 ; McKay, 2005), voire jusqu'à deux ans post-traitement (Scott et Dennis, 2009). Ces résultats semblent tout aussi importants auprès de clients alcooliques ayant un ou plusieurs diagnostics psychiatriques concomitants (DeMarce, Lash, Stephens, Grambow et Burden, 2008). Les résultats indiquent également que les clients avec qui l'équipe clinique garde contact, sont plus enclins à consulter s'ils font face à un épisode de rechute (Lash *et al.*, 2005 ; Lash *et al.*, 2007).

Certaines études n'arrivent pas à des résultats positifs (McKay, 2009 ; Pelissier, Jones et Cadigan, 2007). Il semble que certaines caractéristiques de ces suivis au long cours ou post-traitement soient plus prometteuses, quoique les connaissances à ce sujet sont insuffisantes. Tout de même, une recension récente d'études à distribution au hasard révèle que les interventions proposant un suivi post-traitement d'une durée d'au moins une année ont de meilleurs résultats que celles proposant un suivi de plus courte durée (Harris, McKellar, Moos, Schaefer et Cronkite, 2006 ; McKay, 2009). Il semble de plus que les interventions à succès n'attendent pas que le client se présente de lui-même à la clinique : elles impliquent un membre de l'entourage (O'Farrell *et al.*, 1998), favorisent les visites à la maison de l'usager (McKay, 2009), ont recours à un suivi téléphonique (Cacciola *et al.*, 2008 ; Horng et Chueh, 2004) et font divers efforts pour localiser le client (McKay, 2009). Il est clair que certaines caractéristiques des clients sont également associées à une plus grande probabilité de participer à ces suivis post-traitement, telles que la plus grande présence de symptômes psychiatriques et de conséquences de la consommation de substances psychoactives, avoir un entourage soutenant le rétablissement et la perception que les professionnels offrent un bon soutien (Harris *et al.*, 2006).

Un groupe d'experts réfléchissant sur la nécessité de développer une structure de soins s'inscrivant dans une philosophie de soins continus recommandent certaines pratiques (McKay *et al.*, 2009). La première en importance est l'instauration d'une évaluation continue, permettant d'obtenir une estimation constante (au début de chaque rencontre) de la gravité de la consommation de SPA et des comportemets de rétablissement (McKay *et al.*, 2009 ; McLellan *et al.*, 2005a). La seconde est le recours à des incitatifs/renforcements liés à la présence aux rencontres et aux comportements de sobriété : les incitatifs peuvent être monétaires mais aussi liés à des besoins de base tels que des bons d'épicerie (McKay *et al.*, 2009). La prestation de services qui sont variés dans leur forme, dont la capacité de joindre le client où il est, l'implication de l'entourage, le recours aux gestionnaires de cas lorsque nécessaire et la continuité d'alliance avec l'équipe de soins, sont autant de mesures proposées par le groupe d'experts pour favoriser le maintien des soins au long cours (McKay *et al.*, 2009).

Faits saillants

Quant à la durée des services externes :

- De façon générale, on note une relation positive entre la durée des services externes et leur efficacité (*résultats prometteurs*) ;
- Cette relation semble être modérée par le degré de sévérité de la problématique : l'effet est plus important lorsque le degré de gravité est modéré ou sévère, alors que l'effet est moins robuste lorsque la problématique est plus légère (*résultats prometteurs*) ;
- L'effet semble également modéré par l'âge des participants. On note un plus grand effet de la durée chez les usagers de 30 ans et moins (*résultats novateurs*) ;
- Une durée de trois mois semble un seuil minimal (ou plus ou moins 20 heures de services) pour que les traitements aient un effet significatif, alors que six mois est plus optimal (*résultats prometteurs*). On observe un seuil maximal probable de 14 mois en moyenne (*résultats novateurs*) ;
- De plus, il ne faut pas oublier que plusieurs individus s'améliorent uniquement après une admission en traitement, sans poursuivre l'intervention ;
- Également, tous ces seuils sont établis à partir de moyennes, et certains individus devront profiter de plus de services.

Quant à l'intensité des services externes :

- Les résultats des recherches quant à l'intensité optimale des services externes sont inconstants. Certaines données appuient le lien entre une augmentation de l'intensité des services et l'amélioration de l'efficacité des traitements alors que d'autres n'observent aucune relation.

Quant à durée et à l'intensité des services externes intensifs :

- Nous avons trop peu de résultats concernant la durée et l'intensité des services externes intensifs, les tendances étant opposées entre les quelques rares études. Aucune conclusion ne peut être retenue pour le moment.

Quant à la durée de l'interne court terme :

- De façon générale, on note que les résultats des études sur la durée de l'interne court terme sont inégaux. Cependant, plus d'études concluent qu'une durée de 15 jours ou plus est plus efficace qu'une durée moindre (*résultats prometteurs*). De plus, 28 jours semblent être une durée encore plus performante (que 10 jours ou que 60 jours) (*résultats novateurs*) ;
- Le suivi externe à la suite du traitement interne semble être tout aussi important que la durée du séjour à l'interne (*résultats probants*) ;
- Finalement, les auteurs n'ont pu déceler une durée maximale au-delà de laquelle il n'y a plus d'amélioration.

Quant à l'intensité de l'interne court terme :

- Nous avons trop peu de données pour conclure sur l'intensité de l'interne court terme, deux études rapportant des conclusions inverses à ce sujet. Il semble à nouveau que les services reçus après le séjour à l'interne soient tout aussi importants que la durée ou l'intensité des services internes.

Quant à la comparaison entre l'interne court terme et l'externe intensif :

- Il semble que, lorsque les conditions le permettent, l'externe intensif soit aussi efficace que l'interne court terme (*résultats prometteurs*). L'interne pourrait peut-être procurer une meilleure capacité de rétention, mais cette affirmation demeure cependant

hypothétique et nécessite de meilleures vérifications (*résultats novateurs*) ;

- Il y a toutefois des conditions ne permettant pas d'orienter un usager vers des services externes intensifs (versus internes). Notons, entre autres, un niveau de sévérité nécessitant de l'interne long terme (voir les critères élaborés dans le cadre de DATOS), des difficultés liées à l'accessibilité (situation géographique) ou la présence de conditions médicales, psychiatriques, relationnelles (milieu propice à la rechute) ou personnelles (forte impulsivité) contre-indiquées pour l'orientation vers un programme externe, même intensif.

Quant à la durée de l'interne long terme :

- Les usagers ayant un profil sévère profitent plus d'un traitement interne long terme que d'un traitement interne court terme ou externe, alors que les individus ayant un profil modéré profitent tout autant de traitements externes que de traitements internes long terme (*résultats prometteurs*) ;

- En termes d'efficacité, une durée minimale de l'interne long terme autour de 80 à 90 jours est préférable. Les études démontrent constamment qu'une durée de 90 jours et plus est plus performante qu'une durée de moins de 90 jours de présence au sein des programmes internes long terme (*résultats prometteurs*), ce délai pouvant même être situé à 6 mois (*résultats novateurs*) ;

- Cependant, il y a un essoufflement possible du traitement après 6 mois, mais certaines données indiquent que les clients peuvent s'améliorer jusqu'à 18 mois en interne. Donc, conclusion difficile au sujet des durées maximales (*résultats novateurs*) ;

- Au-delà d'une période de 6 mois à l'interne, un volet externe risque d'être aussi efficace qu'une poursuite de l'interne (*résultats prometteurs*) ;

- Les jeunes adultes (30 ans et moins) bénéficient plus d'une plus longue présence (90 jours et plus) (*résultats novateurs*) ;

- Il y a une possible supériorité des communautés thérapeutiques sur les autres types de traitements internes long terme ;

- Un suivi externe à la suite d'un traitement interne est associé à de meilleurs résultats.

Quant à l'intensité de l'interne long terme :

- Une seule étude sur l'intensité des services à long terme a été recensée et, par conséquent, aucune conclusion ne peut en être tirée.

Quant au suivi post-traitement :

- Auprès des usagers présentant un profil de chronicité, un suivi post-traitement peut plutôt être compris comme une nécessité de suivi au long cours ;

- Le suivi post-traitement augmente généralement l'efficacité des traitements (*résultats prometteurs*). Certaines conditions en augmentent l'efficacité, dont sa planification sur une année (*résultats novateurs*), le recours à des modalités créatrices qui se démarquent du modèle classique d'attente de la visite de l'usager au centre (*résultats novateurs*), le recours aux membres de l'entourage (*résultats prometteurs*) ;

- Le recours à l'évaluation régulière en début de traitement semble être une condition favorable à la justification, à l'implantation, au maintien, mais aussi à l'efficacité de suivis au long cours (*résultats prometteurs*).

2.3.7 Les dimensions organisationnelles reliées à l'efficacité des traitements

Pour avoir une vision complète des facteurs associés à l'efficacité des traitements en toxicomanie, plusieurs auteurs ont souligné l'importance d'accorder une attention particulière à l'environnement de travail et aux dimensions organisationnelles qui encadrent les programmes de traitement (Bywood, Terao et Roche, 2008 ; Fixsen, Naoom, Blase, Friedman et Wallace, 2005 ; Ghose, 2008 ; Harwood, 2007 ; Heinrich et Lynn, Jr., 2002 ; Simpson, 2002 ; Simpson et Flynn, 2007). On rapporte des taux d'efficacité différents entre les sites ou programmes de traitement, même s'ils utilisent des approches identiques ou similaires, et ce, malgré le contrôle de la variance associée au profil des usagers qui fréquentent ces programmes (Gossop, 2006). Des variations ont aussi été observées dans la capacité des programmes à engager et à maintenir les usagers en traitement (Broome, Simpson et Joe, 1999 ; Joe, Broome, Rowan-Szal et Simpson, 2002), et ces dimensions ont été associées de façon répétée à de meilleurs résultats (Gossop, 2006 ; Greener *et al.*, 2007 ; Simpson *et al.*, 1997 ; Simpson, 2004). Heinrich et Lynn (2002) rapportent dans le cadre de l'étude américaine National Treatment Improvement Evaluation Study (NTIES) auprès de 6 593 usagers dans 519 sites de traitement différents, qu'une proportion allant du tiers à la moitié de la variance observée dans les résultats du traitement se situait entre les sites ou programmes de traitement. Selon eux, cette variation pourrait être associée aux caractéristiques organisationnelles des sites de traitement, aux pratiques de gestion de ces organisations ou encore à leurs processus d'implantation des programmes et des pratiques cliniques. À cet égard, Prendergast et son équipe (Prendergast *et al.*, 2002) ont observé l'obtention de meilleurs résultats par les programmes qui avaient été évalués comme étant bien implantés. De la même façon, les travaux de Moos et son équipe (Moos et Moos, 1998 ; Moos, King, Burnett et Andrassy, 1997) ont révélé que les programmes qui étaient associés à une meilleure participation de la clientèle en traitement, à une plus grande satisfaction chez ces derniers et à l'obtention de meilleurs résultats à la fin de celui-ci étaient davantage structurés, reposaient sur des politiques claires et présentaient un climat de soutien, orienté vers l'atteinte d'objectifs. Harwood (2007), pour sa part, souligne l'importance de s'intéresser aux facteurs organisationnels dans une stratégie globale d'amélioration de l'efficacité des traitements. Les études qui abordent les impacts des dimensions organisationnelles sur l'efficacité des traitements se sont principalement intéressées aux liens qui existent entre, d'une part, le climat organisationnel, les pratiques de gestion, les caractéristiques du personnel, l'affiliation des établissements, la certification de la qualité de leurs services et, d'autre part, 1) les taux de rechute post-traitement ; 2) l'engagement des usagers en traitement ; 3) le roulement de personnel ; 4) le suivi des performances organisationnelles ; 5) l'intégration des approches efficaces ; 6) les processus de formation et de supervision au sein des établissements (Broome, Flynn, Knight et Simpson, 2007 ; Bywood *et al.*, 2008 ; CSAT, 2009 ; Friedmann, Alexander et D'Aunno, 1999 ; Ghose, 2008 ; Greener *et al.*, 2007 ; Hser, Joshi, Maglione, Chou et Anglin, 2001 ; Lehman, Greener et Simpson, 2002 ; McConnell *et al.*, 2009 ; Simpson *et al.*, 2009 ; Simpson, Joe et Rowan-Szal, 2007 ; Wells *et al.*, 2007 ; Woodward, Das, Raskin et Morgan-Lopez, 2006). Chacune de ces six dimensions sera abordée dans le présent chapitre.

2.3.7.1 Facteurs organisationnels et rechutes post-traitement

Sur le plan des taux de rechute post-traitement, Ghose (2008) a étudié les données recueillies dans le cadre de l'étude « Alcohol and drug services study (ADSS) 1996-1999 » réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 2 670 usagers qui ont fréquenté 155 sites de traitement différents aux États-Unis, avec ou sans hébergement. Ses résultats révèlent que des facteurs de l'environnement externe propres aux différents sites influencent significativement les risques de consommation à la suite du traitement : la régulation exercée par le Managed Care Organization accroît le risque de consommation chez les usagers, alors que la certification de la qualité des services par la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) le réduit. Ghose (2008) suggère que la perte d'autonomie induite par les processus de la gestion intégrée des soins (*managed care*) peut avoir un impact négatif sur les résultats du traitement et

compromettre l'habileté des programmes de traitement à répondre de façon personnalisée aux besoins de leurs clients, tout comme l'intégration verticale des programmes de traitement au sein d'organisations plus larges, multivocationnelles, lorsqu'elles exercent une régulation étroite des pratiques. D'autres études ont rapporté que les processus utilisés par la gestion intégrée des soins aux États-Unis pour approuver les admissions, la durée des épisodes de traitement et pour réduire les coûts par usager et par épisode de soins, ont eu pour impact de réduire les services, le nombre de traitements et les taux de traitement complétés (Alexander et Lemak, 1997 ; Durkin, 2002 ; Sederer et Bennett, 1996 ; Sosin, 2002). Les analyses de Ghose (2008) ont aussi mis en évidence l'impact négatif de ce type de régulation ou des charges de cas plus grandes sur la relation habituelle entre les épisodes de soins plus longs et les taux de rechute plus faibles. En fait, les épisodes de soins provenant de charges de cas plus grandes ou régulés par la gestion intégrée des soins, même lorsqu'ils étaient d'une durée plus longue, présentaient davantage de rechutes post-traitement. Du point de vue de Ghose, la dimension des charges de cas aurait un impact sur le temps qu'un intervenant peut accorder à un usager et réduirait ainsi l'effet habituel d'un épisode de soins plus long. Cependant, ces données ne permettent pas d'établir la taille optimale des charges de cas. Plusieurs facteurs additionnels sont à considérer : le profil des clients, les caractéristiques ou compétences des cliniciens, etc.

Quant aux processus de certification de la qualité des services, l'analyse de Ghose révèle qu'ils se traduisent en bénéfices importants pour les usagers. Ils ont été associés dans d'autres études à un accroissement de la productivité du personnel (Lemak, Alexander et Campbell, 2003) et à une offre de service plus diversifiée (Durkin, 2002 ; Friedmann *et al.*, 1999 ; Wells *et al.*, 2007). Cependant, Wells et ses collègues (Wells et al., 2007) rapportent que les diverses formes de certification reflètent différents standards de pratique qui ne sont pas nécessairement associés à la qualité des services perçue par les usagers ou à l'efficacité des traitements.

2.3.7.2 Facteurs organisationnels et engagement des usagers en traitement

Sur le plan de l'engagement des usagers en traitement, certains auteurs (Greener *et al.*, 2007 ; Lehman *et al.*, 2002) ont démontré les liens existant entre les facteurs organisationnels, tels que mesurés à partir des 18 échelles du Organizational Readiness for Change (ORC), et la perception des usagers à l'égard de la relation thérapeutique, leur satisfaction et leur participation aux activités du traitement. Par exemple, l'équipe de Greener (Greener *et al.*, 2007) a pu observer ces liens chez un échantillon de 3 475 usagers et 531 intervenants en provenance de 163 sites différents, répartis dans 9 États américains. Les niveaux d'engagement de la clientèle étaient plus élevés chez ceux qui provenaient de sites où les intervenants évaluaient plus positivement le fonctionnement organisationnel. Ces programmes présentaient moins de besoins en termes d'amélioration, plus de ressources, une perception plus positive des caractéristiques de leurs employés et un meilleur climat organisationnel. Globalement, l'autonomie professionnelle, la cohésion au sein des équipes, la communication ouverte, l'ouverture au changement, l'influence entre collègues et la présence de ressources suffisantes ont été associées à de meilleures alliances thérapeutiques, à une plus grande satisfaction chez les usagers et, dans une moindre mesure, à une présence plus assidue de la part des clients aux activités thérapeutiques.

Les programmes dans lesquels les intervenants ont l'autonomie requise et la flexibilité pour prendre des décisions semblent avoir plus de succès pour engager les usagers en traitement. Greener et son équipe (Greener *et al.*, 2007) estiment qu'il est possible que l'interaction entre les processus d'influence au sein des équipes de travail et l'engagement des usagers en traitement soient attribuables aux caractéristiques particulières des intervenants concernés. Ces intervenants pourraient présenter des qualités telles que l'empathie, la confiance, de bonnes habiletés relationnelles, une expertise et une capacité d'être convaincants qui leur permettent à la fois d'établir de bonnes alliances thérapeutiques et de bonnes relations avec leurs collègues. Il est possible aussi selon Moos et Moos

(1998) que les équipes qui bénéficient d'un environnement de travail et d'un climat positif tendent à fournir un environnement similaire aux usagers, contribuant ainsi à leur satisfaction et à leur perception positive de la relation thérapeutique.

Broome et ses collègues (Broome *et al.*, 2007) ont conduit une étude similaire sur la variance des niveaux d'engagement en traitement entre les usagers et les programmes de traitement à partir de données en provenance de 94 sites de traitement sans hébergement, auprès de 546 intervenants et de 5 013 usagers, répartis dans 9 États américains. Les résultats ont démontré que l'engagement des usagers en traitement était plus grand dans les plus petites organisations, qui desservent moins de clients ou qui ont des charges de cas plus petites, dans les organisations où la qualité des services avait été certifiée, où les intervenants percevaient plus positivement leurs habiletés, rapportaient un meilleur climat de travail et participaient davantage aux pratiques qui soutiennent le développement d'une culture professionnelle partagée. L'analyse combinée de l'ensemble de ces facteurs a démontré qu'aucun facteur organisationnel ne pouvait à lui seul rendre compte des différences d'engagement de la clientèle entre les différents sites. Il semble que ce soit davantage une constellation de composantes structurales et normatives propres aux organisations qui interagissent entre elles et qui est associée à l'engagement des usagers en traitement. Par exemple, les programmes de traitement dans les plus grandes organisations apparaissaient moins efficaces pour favoriser l'engagement de leurs usagers et de leurs intervenants, comme le démontrent un sentiment d'efficacité plus faible chez ces derniers, une culture professionnelle moins partagée et un moins bon climat organisationnel. En s'appuyant sur les travaux de Louis et ses collègues (Louis, Kruse et Bryk, 1995), Broome et son équipe perçoivent la culture professionnelle d'un environnement de travail comme une force positive. Une telle culture, lorsqu'elle met l'accent sur les interactions entre ses membres, minimise l'isolement et permet une plus grande influence sur les conduites professionnelles, à partir des standards véhiculés. Cette culture correspond à un environnement dans lequel les interactions sont fréquentes et significatives entre le personnel et dans lequel le personnel partage des valeurs et des objectifs communs. On observe, dans ces environnements de travail, la présence d'une collaboration qui soutient le travail en commun, une pratique d'intervention moins cloisonnée où les intervenants peuvent s'observer dans leur travail et apprendre entre eux, ainsi qu'un dialogue réflexif partagé sur leurs interventions et l'évolution de leurs clients. Ces environnements sont centrés sur l'évolution de leurs clients et partagent une responsabilité collective pour l'actualisation du programme et son amélioration. De plus, ces pratiques et normes sont maintenues à travers des efforts délibérés pour socialiser et intégrer le nouveau personnel.

Quant à l'influence de la dimension des organisations sur l'engagement des usagers en traitement, il est difficile selon Broome de se prononcer actuellement. D'autres études ont observé, comme la sienne, que les plus grandes organisations étaient plus problématiques sur le plan de l'engagement des usagers en traitement (McCaughrin et Price, 1992), alors que certains auteurs (Moos *et al.*, 1997) ont suggéré que les plus grandes organisations disposaient de plus de ressources et pouvaient donc offrir une plus grande diversité de services, habituellement associée à un plus grand engagement des usagers en traitement. Du point de vue de Broome, il existe possiblement une dimension optimale pour chaque organisation, suffisamment grande pour compter sur une masse critique de ressources humaines et pas trop grande pour ne pas réduire les processus d'influence entre collègues qui alimentent la culture professionnelle. En résumé, les organisations qui obtiennent plus de succès sur le plan de l'engagement des usagers en traitement cherchent à améliorer leurs services, ont des intervenants plus confiants en leurs moyens et font la promotion des opportunités pour interagir et collaborer entre collègues. Les organisations qui arrivent à mieux mobiliser leurs intervenants arrivent à mieux engager leurs usagers.

2.3.7.3 Facteurs organisationnels et rétention du personnel

Sans aborder directement l'impact sur l'efficacité des traitements, certaines études américaines se sont intéressées aux interactions entre des composantes organisationnelles telles que le leadership, la répartition équitable des tâches, les processus décisionnels, l'autonomie professionnelle, le soutien entre collègues ou la supervision clinique et les phénomènes de la rétention du personnel et de l'épuisement professionnel au sein d'organisations offrant des traitements en toxicomanie. L'épuisement professionnel, dont la composante la plus souvent mesurée est l'épuisement émotionnel, a été associé de façon répétée à une détérioration de la santé des travailleurs, à une baisse de performance au travail et à des taux plus élevés de roulement de personnel (Knudsen, Ducharme et Roman, 2008). La rétention du personnel dans les programmes de traitement en toxicomanie représente une préoccupation et un défi important pour les dispensateurs de services aux États-Unis et au Canada. Le roulement de personnel au sein des programmes de traitement en toxicomanie est estimé à 18,5 % par année aux États-Unis (Johnson, Knudsen et Roman, 2002), alors qu'au Canada 30 % des travailleurs de 40 ans ou moins disent vouloir quitter le domaine d'ici cinq ans (Ogborne et Graves, 2005). L'intention de changer d'emploi s'est révélée le meilleur indicateur du roulement de personnel (Griffeth, Hom et Gaertner, 2000) et celui-ci est considéré par certains comme une menace à la qualité des soins reçus par les clients, de par les perturbations qu'il induit au niveau des relations thérapeutiques (Knudsen *et al.*, 2008). Connaissant les liens entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité des traitements, nous sommes d'avis que le roulement de personnel pourrait aussi avoir un impact sur l'efficacité des traitements. Knudsen et ses collègues (Ducharme, Knudsen et Roman, 2008 ; Knudsen *et al.*, 2008) ont mis en évidence les liens significatifs existant entre l'intention de changer d'emploi chez les intervenants, l'épuisement émotionnel et leur perception du fonctionnement organisationnel. Les environnements où les intervenants se sentent autonomes, où ils perçoivent une équité entre intervenants sur le plan des exigences et des récompenses reliées au travail et où les décisions sont prises en consultant le personnel présentent des taux plus faibles d'intention de changer d'emploi ou d'épuisement émotionnel. La perception du soutien entre collègues a aussi été associée à une plus faible intention de quitter leur emploi et à moins d'épuisement émotionnel. La charge de travail des intervenants, pour sa part, ne s'est pas révélée associée à l'épuisement émotionnel ou aux intentions des intervenants de quitter leur emploi. Finalement, l'effet de la supervision clinique sur l'épuisement émotionnel et l'intention de changer d'emploi a aussi été étudié et s'est révélé totalement déterminé par son impact positif sur le sentiment d'autonomie professionnelle et sur la perception de l'équité et des processus décisionnels au sein de l'organisation. Ainsi, son effet bénéfique sur la rétention du personnel semble davantage agir dans la mesure où elle arrive à favoriser l'autonomie professionnelle et à générer un sentiment d'équité et celui d'être entendu.

Broome et son équipe (Broome, Knight, Edwards et Flynn, 2009) se sont penchés sur les liens existant entre l'épuisement professionnel, la satisfaction au travail, la charge de travail et le leadership au sein des organisations œuvrant en toxicomanie. La satisfaction au travail a été associée à des charges de cas plus petites et des scores plus élevés au niveau du leadership perçu au sein de l'organisation. Les premières analyses ont révélé un lien significatif entre la grosseur des charges de cas (plus de 30 usagers) et des scores d'épuisement professionnel plus élevés. Cependant, cette relation variait de façon importante entre les organisations. Des analyses subséquentes ont permis d'établir que la perception des intervenants à l'égard du leadership exercé par leur supérieur agissait comme facteur de protection important devant l'épuisement professionnel. De plus, les charges de cas composées de clients qui ont été orientés dans les services par le système de justice étaient associées à des taux plus faibles d'épuisement professionnel chez les intervenants. Ces résultats nécessitent des études additionnelles pour mieux comprendre la nature de ces liens. La présence d'une variance importante sur le plan des scores de leadership entre les organisations et son impact sur le fonctionnement de celles-ci incite les auteurs à recommander qu'une attention plus importante soit accordée à la formation et au développement des gestionnaires en matière de leadership. Dans leur étude, le leadership était

associé à l'innovation, au fait de fournir des objectifs clairs, d'être inspirant, de donner l'exemple, d'encourager, d'écouter, de faire preuve de considération, de reconnaître son personnel et d'amener les gens à travailler ensemble.

Ces études sur les liens existant entre les dimensions organisationnelles, les pratiques de gestion, les charges de travail, l'épuisement professionnel et la rétention du personnel pointent vers la pertinence d'étudier de façon plus soutenue les environnements de travail qui encadrent les pratiques cliniques. Ces environnements dynamiques et complexes peuvent avoir un impact direct ou indirect sur la qualité et l'efficacité des traitements en toxicomanie.

2.3.7.4 Suivi des performances organisationnelles et efficacité des traitements

Plus récemment, une attention particulière a été accordée à la venue de nouvelles méthodes dans le domaine des traitements en toxicomanie pour accroître la performance des programmes et leur efficacité. Roman et ses collègues (Roman, Ducharme et Knudsen, 2006) ont décrit les pratiques de gestion qui ont cours dans les programmes de traitement en toxicomanie aux États-Unis. Ils rapportent que les organisations plus performantes sont plus souvent intégrées à des organisations plus grandes, tout en maintenant décentralisée la gestion de leur personnel. Elles accordent une plus grande autonomie à leur personnel, des renforcements associés à leur performance, tout en assurant un suivi systématique de la performance de leur programme à travers l'utilisation des technologies de l'information. McConnell et son équipe (McConnell *et al.*, 2009) rapportent que les pratiques de gestion centrées sur la rapidité d'accès aux services, la rétention de la clientèle en traitement, la mise en place de cibles à atteindre, le renforcement des performances et la gestion des délais trop longs ont un impact réel sur les délais d'accès et sur la rétention des usagers en traitement. Un réseau pour l'amélioration du traitement des dépendances (Network for the Improvement of Addiction Treatment (NIATx)) a été développé aux États-Unis et supervise les établissements qui le souhaitent pour améliorer leurs différents processus de travail, à partir d'activités de formation, d'accompagnement (*coaching*), de cercle de qualité téléphonique et de diffusion d'informations par Internet. Ce réseau soutient les organisations pour développer des équipes de changement et procéder aux améliorations requises pour réduire les délais d'accès, les taux d'absence aux premières entrevues, augmenter les inscriptions et les admissions en traitement, tout en améliorant la rétention des usagers en traitement. L'analyse des deux premières cohortes d'organisations participantes a indiqué une baisse de 40 % des délais d'accès et une amélioration de la rétention en traitement de 10 à 20 % selon les sites (Capoccia *et al.*, 2007 ; Hoffman, Ford, Choi, Gustafson et McCarty, 2008 ; McCarty *et al.*, 2007). Un essai hasardisé en cours (NIATx200) auprès de 200 sites différents permettra d'évaluer l'efficacité relative des 4 formes de soutien que ce type de réseau offre pour accroître la performance des organisations.

McLellan et ses collègues (McLellan, Kemp, Brooks et Carise, 2008), pour leur part, ont analysé la contribution des processus de reddition de compte au Delaware, centrés sur l'atteinte de cibles de performance telles que le taux d'occupation, la proportion de clients qui complètent un minimum de rencontres et le nombre de clients qui ont complété leur traitement. Ces ententes de gestion ont été associées à une progression des taux d'occupation de 54 à 94 % et des taux de participation aux rencontres de 53 % à 70 %, sur une période de 5 ans. Des études additionnelles seraient cependant nécessaires pour déterminer si ces améliorations ont un effet réel sur les impacts du traitement. De plus, ce type d'incitatif peut avoir des effets non désirés en orientant les organisations concernées vers la sélection d'une clientèle susceptible de répondre aux exigences de la cible.

Finalement, des processus de rétroaction auprès des intervenants ont été utilisés pour accroître l'efficacité des interventions auprès des clients. McCaul et Svikis (1991) ont réussi à améliorer la participation des usagers au traitement en fournissant une rétroaction aux cliniciens sur les taux de présence de chacun de leurs usagers (McCaul et Svikis, 1991). Bien que de tels processus de rétroaction sur l'évolution des usagers en traitement auprès de leur thérapeute aient été associés à l'amélioration des impacts du traitement en santé mentale (Harmon *et al.*, 2007 ;

Hawkins, Lambert, Vermeersch, Slade et Tuttle, 2004 ; Lambert *et al.*, 2001 ; Lambert *et al.*, 2003 ; Reese, Norsworthy et Rowlands, 2009 ; Whipple *et al.*, 2003), un essai hasardisé réalisé par l'équipe de Crits-Christoph (Crits-Christoph *et al.*, 2010) auprès de toxicomanes en traitement n'a pas réussi à obtenir un tel résultat. Cependant, le processus de rétroaction dans ce dernier cas présentait des résultats agglomérés par charge de cas, pouvant en partie expliquer l'absence de résultats significatifs.

Ces différentes stratégies, qui visent à améliorer la performance des organisations en assurant un suivi et une rétroaction continue aux intervenants, à partir d'indicateurs associés à l'efficacité des traitements (engagement et rétention en traitement), sont en émergence dans les organisations de traitement en toxicomanie. Elles font partie des nouvelles technologies qui pourraient contribuer à l'accroissement de l'efficacité des traitements par l'optimisation des processus d'observation de l'évolution de la clientèle en traitement et des processus de travail.

2.3.7.5 Implantation des approches efficaces au sein des organisations

Nombreux sont ceux qui ont souligné l'écart entre l'avancement des connaissances en matière de traitement efficace et le déploiement de ces approches au sein des établissements de traitement en toxicomanie (Bywood *et al.*, 2008 ; Garner, 2009 ; Institute of Medicine, 1998 ; Miller, Sorensen, Selzer et Brigham, 2006). Les approches dont l'efficacité n'a pas été montrée, comme la confrontation et la simple transmission d'information, demeurent largement utilisées (Miller et Wilbourne, 2002). Différentes initiatives ont vu le jour au Canada et aux États-Unis pour accroître la diffusion des approches reposant sur des données probantes et leur intégration aux milieux de pratique : la publication de manuels sur les meilleures pratiques ou les programmes de traitement efficaces (NIDA, NIAAA, SAMSHA, Santé Canada), la création de réseaux d'essais cliniques (Clinical Trials Network) visant à démontrer l'efficacité de ces approches et leur appropriation par des centres de traitement dans la communauté, le développement des projets *Blending Initiative* pour améliorer la diffusion de ces approches à partir de protocoles de formation, de manuels de supervision et de stratégies de déploiement (Condon, Miner, Balmer et Pintello, 2008), et la création d'un institut universitaire sur les dépendances au sein du réseau québécois des centres de réadaptation en dépendance.

En parallèle à ces initiatives, différents obstacles à l'implantation de ces approches ont été cernés. La résistance du personnel, leurs croyances, le manque de temps, le manque d'habiletés ou de connaissances, le manque d'information sur l'efficacité de l'approche, l'incompatibilité avec la philosophie de l'organisation, le manque de soutien administratif perçu, etc. (Garner, 2009 ; Knudsen et Studts, 2010). D'autres caractéristiques telles que le nombre d'années d'expérience du personnel, des études universitaires plus avancées, la certification des établissements ou leur affiliation à des établissements d'enseignement ou à des équipes de recherche ont été associées à une attitude plus positive des intervenants à l'égard de certaines approches reposant sur les données probantes, ou encore à des taux plus élevés d'adoption de ces approches (Abraham, Knudsen, Rothrauff et Roman, 2010 ; Ducharme, Knudsen, Roman et Johnson, 2007 ; Garner, 2009 ; Knudsen, Abraham, Johnson et Roman, 2009 ; Knudsen, Ducharme et Roman, 2007). D'autres études (Fuller *et al.*, 2007 ; Saldana, Chapman, Henggeler et Rowland, 2007) ont démontré qu'une forte adhésion aux approches reposant sur des données probantes était associée aux intervenants qui percevaient au sein de leur établissement davantage de besoins d'amélioration, une plus grande influence entre collègues, un plus grand accès à Internet, plus d'opportunités pour développer leurs compétences, une perception plus claire de la mission de leur organisation et plus de stress relié aux exigences de la tâche. À l'opposé, une forte adhésion à des approches peu efficaces telles que la confrontation était associée aux intervenants qui rapportaient des résultats inverses.

Rogers (2003) précise cinq facteurs qui augmentent la probabilité qu'une nouvelle approche soit adoptée. Elle doit être perçue comme étant 1) avantageuse par rapport à la pratique actuelle ; 2) compatible avec la pratique actuelle des intervenants ; 3) facilement utilisable ; 4) pouvant être expérimentée ; 5) apportant des gains observables (Rogers,

2003). Fixen et son équipe (Fixsen *et al.*, 2005), dans leur recension des écrits sur l'implantation de programme, définissent six composantes essentielles associées à ce processus : 1) la sélection du personnel ; 2) la formation ; 3) la supervision ; 4) l'évaluation du personnel et du programme ; 5) le soutien administratif ; 6) les interventions sur les systèmes. De leur point de vue, quatre facteurs sont associés à la réussite des implantations de programme : 1) les intervenants sont choisis avec soin et reçoivent de façon coordonnée de la formation, de la supervision et une évaluation fréquente de leur performance ; 2) l'organisation fournit l'infrastructure nécessaire et le temps requis pour actualiser les différentes composantes propres au processus d'implantation (formation, supervision, évaluation des processus, rétroaction) ; 3) la communauté, les intervenants et les clients sont impliqués dans le processus de sélection, d'implantation et d'évaluation du programme et des pratiques ; 4) les organismes subventionnaires, de même que les politiques et procédures des organisations permettent de créer un environnement ouvert à l'implantation de ces nouveaux programmes. Notons, relativement au premier facteur cité, que le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) vient de publier un guide et une série d'outils visant à soutenir la sélection et l'évaluation du personnel au sein des organisations (CCLAT, 2010), basés sur un répertoire de compétences requises dans le domaine du traitement des toxicomanies qui ont été indiquées par un comité d'experts.

Bywood et ses collègues (Bywood *et al.*, 2008), pour leur part, ont établi, dans leur recension des écrits sur l'efficacité des différentes stratégies d'intégration des pratiques innovantes en toxicomanie, 16 stratégies différentes (diffusion d'informations, formation continue, utilisation de leader d'opinion, systèmes de rappels auprès des praticiens, etc.). L'efficacité respective de ces stratégies est influencée par la nature des pratiques implantées, leur niveau de complexité, leurs bénéfices démontrés, les efforts requis pour leur implantation et les facteurs contextuels associés à leur déploiement, tels que les coûts, la disponibilité des ressources et la culture organisationnelle prédominante dans les sites où a lieu l'implantation. Tout comme l'avait souligné l'équipe de Fixsen (Fixsen *et al.*, 2005), le matériel éducatif ou la formation, lorsqu'utilisés en solo, ont peu d'impact pour améliorer les pratiques. Ces stratégies obtiennent de meilleurs résultats lorsqu'elles sont utilisées en parallèle à d'autres stratégies plus efficaces. Parmi l'ensemble des stratégies évaluées, les quatre stratégies suivantes se sont révélées les plus efficaces : 1) les ateliers de formation interactifs ; 2) le démarchage personnalisé auprès des praticiens ; 3) les processus de rappel incitant les praticiens à faire une intervention ou à en éviter certaines autres ; 4) les processus d'évaluation et de rétroaction continus auprès des intervenants. À titre d'exemple, Andrzejewski et son équipe (Andrzejewski, Kirby, Morral et Iguchi, 2001) ont démontré qu'une rétroaction personnalisée et continue sur l'utilisation d'une nouvelle approche auprès des intervenants a permis d'accroître de 69 % les taux d'implantation et que l'ajout à cette rétroaction de prix pour récompenser l'adhésion a permis un accroissement de 93 %.

Le regroupement de plusieurs stratégies peut être utile dans différents contextes, mais l'addition de celles-ci n'équivaut pas automatiquement à une meilleure intégration de la nouvelle pratique. L'utilisation d'un nombre limité de stratégies, correctement sélectionnées, qui ciblent bien le comportement visé et qui tient compte des variables organisationnelles pourrait suffire. Selon l'équipe de Bywood (Bywood *et al.*, 2008), les changements au niveau organisationnel sont facilités si les stratégies d'implantation tiennent compte des facteurs suivants : la clarté des buts visés par le programme, les limites de temps et de ressources disponibles au sein de l'organisation, la charge de travail actuelle et les exigences à l'endroit du personnel devant le changement souhaité, puis la cohésion, la communication et l'ouverture au changement au sein des équipes, ainsi que la culture organisationnelle. Même si les équipes sont conscientes de la nécessité du changement et acceptent une nouvelle pratique comme pouvant répondre à leurs besoins, la culture organisationnelle peut réduire l'efficacité des stratégies visant l'intégration de nouvelles pratiques.

Des modèles d'implantation des pratiques innovantes au sein des organisations ont été développés (Brown et Flynn, 2002 ; Simpson, 2002) pour favoriser une meilleure compréhension et une étude plus rigoureuse des facteurs associés à l'intégration de ces approches par les milieux de pratique. Le

modèle de Simpson cible le processus des changements de pratiques au sein des organisations qui offrent des traitements en toxicomanie et prévoit quatre étapes : 1) l'exposition grâce à la formation ; 2) l'adoption, qui se traduit par une intention d'expérimenter l'approche ; 3) l'implantation, qui correspond à une période d'essai ; 4) l'utilisation, qui correspond à l'intégration de l'approche à la pratique courante de l'organisation et à son maintien. Dans ce modèle, plusieurs facteurs tels que le climat organisationnel, les caractéristiques du personnel et les ressources du programme peuvent influencer le processus de changement et déterminer dans quelle mesure l'approche sera intégrée.

2.3.7.6 Facteurs organisationnels et processus de formation

Sur le plan de la formation, la perception par les intervenants des obstacles pour accéder à celle-ci, leur satisfaction quant à la formation et l'adoption de ses contenus dans leur pratique quotidienne ont été associées à l'évaluation du fonctionnement organisationnel des établissements (Bartholomew, Joe, Rowan-Szal et Simpson, 2007 ; Rowan-Szal, Greener, Joe et Simpson, 2007). La présence aux ateliers de formation était significativement plus élevée chez les participants qui rapportaient un plus grand besoin de changement, un meilleur climat organisationnel et moins de ressources au sein de l'établissement (Henggeler *et al.*, 2007). La pertinence perçue des formations, le désir d'en recevoir davantage et le soutien de l'organisation pour utiliser ces contenus étaient associés à une utilisation plus importante des contenus de formation à la suite de celle-ci. Bartholomew et ses collègues (Bartholomew *et al.*, 2007) ont démontré que les programmes où les intervenants ont rapporté un plus grand niveau d'adoption des contenus de formation centrés sur l'engagement de la clientèle en traitement sont ceux où l'on a trouvé, plus tard, l'expression d'une plus grande satisfaction chez les usagers et d'une perception plus positive de leur relation avec leur thérapeute. Ainsi, le climat organisationnel a un impact sur l'expérience de formation et l'adoption de ses contenus, qui à leur tour peuvent influencer le processus de traitement. Dans les organisations où il y a un manque d'ouverture à l'adoption de nouvelles idées, les intervenants ont tendance à moins expérimenter leurs nouveaux apprentissages associés aux traitements efficaces (Simpson *et al.*, 2007). Au-delà des dimensions organisationnelles, Walters et ses collègues (Walters, Matson, Baer et Ziedonis, 2005) concluaient dans leur recension des écrits sur l'efficacité des ateliers de formation auprès des intervenants en toxicomanie que, pour la majorité des participants, une formation isolée ne conduisait pas à des changements au long cours sur le plan de leurs habiletés. Des ateliers de deux à quatre jours ne permettent pas d'apprendre et de maintenir des habiletés complexes comme l'entretien motivationnel ou la thérapie cognitive-comportementale. Bien que du point de vue des participants, la formation améliore leurs attitudes, leurs connaissances et leurs habiletés, les études qui comparaient la perception des participants à l'évaluation objective de leurs habiletés ont indiqué une surestimation systématique de celles-ci par ces derniers. Finalement, on note certaines évidences demontrant que les formations qui ne sont pas accompagnées de supervision ou de soutien additionnel sont associées à une perte des habiletés nouvellement acquises. Les résultats de l'équipe de Miller (Miller *et al.*, 2004) et du groupe de Sholomskas (Sholomskas *et al.*, 2005) soutiennent la pertinence de la supervision additionnelle ou du suivi aux formations de base. À titre d'exemple, Miller et ses collègues (Miller *et al.*, 2004) ont démontré dans le cadre d'un essai hasardisé sur l'utilisation de quatre stratégies différentes de formation à l'entretien motivationnel (atelier seulement ; atelier + rétroaction ; atelier + supervision ; atelier + rétroaction + supervision) que l'ajout de modalités de formation contribuait à accroître les compétences des thérapeutes, mais seule la stratégie complète (atelier + rétroaction + supervision) a été associée à de meilleurs résultats auprès des usagers. Ces données illustrent la contribution potentielle des processus de formation et de supervision à l'efficacité des traitements, tout en soulignant les exigences qui s'y rattachent. Le Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) du SAMHSA (2009) a d'ailleurs récemment publié un *Treatment Improvement Protocol* (TIP) sur les meilleures pratiques en matière de supervision au sein des programmes de traitement en toxicomanie.

En somme, bien que plusieurs chercheurs soulignent la nécessité d'accorder plus d'attention aux dimensions organisationnelles qui peuvent affecter de

façon directe ou indirecte l'efficacité des traitements, les études demeurent peu nombreuses et souvent difficilement comparables entre elles. Elles sont souvent de nature corrélationnelle et limitent ainsi les conclusions que nous pouvons en tirer. Elles ont le mérite cependant de nous sensibiliser aux liens pouvant exister entre les différentes composantes organisationnelles qui caractérisent un fonctionnement optimal dans un établissement, tel que perçu par les intervenants, et la satisfaction des usagers, leur perception de la qualité de l'alliance thérapeutique et leur participation aux activités thérapeutiques. Selon la littérature, les études recensées nous incitent à accorder plus d'importance à la qualité du climat organisationnel au sein de nos établissements, à l'autonomie professionnelle, aux processus d'influence entre collègues et de partage d'une culture organisationnelle entre intervenants, au soutien qu'ils s'accordent, à la perception de l'équité dans la distribution des tâches et des récompenses au sein de l'organisation, à la qualité des processus décisionnels ainsi qu'au leadership perçu chez les dirigeants en poste.

Des systèmes de suivi et de rétroaction de la performance des usagers, des intervenants et des organisations sont en émergence et apparaissent comme des avenues à explorer pour accroître l'efficacité de nos interventions.

Sur le plan de l'implantation des traitements efficaces, pour reprendre les propos de Fixsen, les meilleures évidences pointent vers ce qui ne fonctionne pas : la simple diffusion d'information et la tenue de formations ponctuelles en solo. Les dimensions organisationnelles interagissent avec les processus de formation et d'adoption des contenus de formation par les intervenants. L'intégration de pratiques cliniques plus complexes, comme l'entretien motivationnel ou la thérapie cognitive-comportementale, requiert, au-delà de la formation de base, un processus de supervision continue, sans lequel l'amélioration de l'efficacité du traitement ne sera pas obtenue. Les processus d'implantation d'approches efficaces sont généralement complexes et nécessitent une approche de longue durée dans laquelle un soutien administratif constant sera assuré et un investissement important en termes de temps et d'énergie sera consacré à la formation, à la supervision continue, à l'évaluation des pratiques et à la rétroaction auprès des équipes concernées.

Faits saillants

- Les facteurs de l'environnement externe propres aux différents sites de traitement influencent significativement l'efficacité des traitements (*résultats probants*).
- La qualité du fonctionnement organisationnel (climat organisationnel, autonomie professionnelle, cohésion des équipes, etc.), telle que perçue par les intervenants, est associée à l'engagement de la clientèle en traitement, à sa satisfaction et à la qualité de l'alliance thérapeutique. Aucun facteur organisationnel pris séparément ne peut cependant à lui seul rendre compte des différences d'engagement de la clientèle en traitement (*résultats prometteurs*).
- Les pratiques de gestion centrées sur la rapidité d'accès aux services, la rétention de la clientèle en traitement, la mise en place de cibles à atteindre, le renforcement des performances et la gestion des délais trop longs ont un impact sur les délais d'accès et sur la rétention des usagers en traitement (*résultats prometteurs*).
- Le matériel éducatif ou la formation, lorsqu'utilisés en solo, ont peu d'impact sur la qualité d'implantation des traitements efficaces. Les meilleures stratégies d'implantation sont les ateliers de formation interactifs, le démarchage personnalisé auprès des praticiens, les processus de rappel, d'évaluation et de rétroaction continus auprès des intervenants. Des facteurs contextuels influencent aussi l'impact de ces stratégies (*résultats probants*).
- La qualité du fonctionnement organisationnel est associée à l'adoption des contenus de formation par les cliniciens dans leur pratique quotidienne. Les formations qui ne sont pas accompagnées de supervision ou de soutien additionnel sont associées à une perte des habiletés nouvellement acquises chez les intervenants (*résultats prometteurs*).

2.3.8
Analyse des coûts des traitements en comparaison des coûts divers liés à l'absence de traitement

La présence de toxicomanie est associée à divers coûts sociaux tels que les hospitalisations, les consultations dans les urgences et auprès des médecins généralistes/spécialistes, les démêlés judiciaires tels que les frais de cours et d'incarcération, pour ne nommer que les plus fréquents (Blose et Holder, 1991 ; Healey *et al.*, 1998 ; Rehm *et al.*, 2006), mais aussi à un plus grand absentéisme au travail (Holder et Blose, 1991 ; Mark, Woody, Juday et Kleber, 2001). Une façon d'évaluer la pertinence des traitements de la toxicomanie est d'estimer leurs impacts sur les coûts sociaux divers (French, Salome, Sindelar et McLellan, 2002b) en faisant évidemment l'hypothèse que les coûts des traitements sont inférieurs à toutes les dépenses engendrées par une personne toxicomane ne bénéficiant pas de traitement (on peut comparer les coûts sociaux au cours de l'année précédant l'entrée en traitement aux coûts du traitement additionnés aux coûts sociaux au cours de l'année suivant le traitement). Ainsi, on présume que, dans l'année qui suit l'épisode de traitement, la personne toxicomane réduira significativement ses consultations de santé de même que la fréquence de ses activités criminelles, réduisant par le fait même l'ensemble des coûts sociaux. Les auteurs de ces études veulent donc vérifier si les investissements dans les soins des toxicomanes sont rentables. French et ses collègues (2002) estiment que ces analyses de coûts/bénéfices sont les évaluations économiques les plus puissantes des traitements.

Les résultats de nombreuses études vont dans le sens attendu : l'investissement dans les traitements de la toxicomanie est économiquement plus rentable que l'absence d'investissement. Pour chaque dollar investi dans les traitements, on constate des économies de plusieurs dollars en coûts sociaux divers. Au sein de quatre programmes externes, on note un ratio moyen de 1 : 18, soit une économie de 18 $ pour chaque 1 $ investi dans le traitement (le plus souvent liés à la réduction des coûts judiciaires et de santé) (French *et al.*, 2002b) ou encore de 1 : 7 (Ettner *et al.*, 2006). Des ratios similaires s'observent pour les traitements résidentiels, démontrant des ratios de 1 : 4 (French, Salome et Carney, 2002) ou encore de 1 : 3 au cours d'un suivi sur 2,5 années, incluant même les coûts reliés à tous les épisodes de soins sur cette période (Koenig *et al.*, 2005). Au sein de programmes ciblant les mères toxicomanes, on rapporte des ratios de 1 : 6,5 (French, McCollister, Cacciola, Durell et Stephens, 2002a). Les traitements spécialisés pour mères toxicomanes, quoique cinq fois plus chers, maintiennent encore des ratios intéressants, soit 1 : 3, puisque les bénéfices pour les usagers sont plus importants (French *et al.*, 2002a). L'important groupe de recherche UKATT, visant l'évaluation d'efficacité des programmes de traitement pour les personnes alcooliques au Royaume-Uni, rapporte des ratios coûts/bénéfices de 1 : 5 (UKATT Research Team, 2005a). Les résultats de la large étude NTORS (auprès de clients issus de 54 programmes en Angleterre) illustrent que les ratios coûts/bénéfices varient de 1 : 9,5 à 1 : 18, les auteurs affirmant qu'ils ont utilisé une stratégie conservatrice, donc s'assurant de la validité de leurs conclusions (Godfrey, Stewart et Gossop, 2004). Le traitement en cours de détention, avant la libération, semble également démontrer un ratio investissement/économies en coûts sociaux (réduction de la récidive) favorable au traitement (French, Fang et Fretz, 2010).

Quelques autres informations favorisent également l'investissement dans le traitement des personnes alcooliques ou toxicomanes. Par exemple, on note que les participants au projet MATCH ont vu réduire par 3,5 les coûts reliés à leurs consultations médicales à la suite du traitement (Holder *et al.*, 2000). D'autres auteurs se sont intéressés aux coûts liés à l'incidence d'une nouvelle maladie et, par conséquent, aux avantages sociaux d'éviter la propagation de certaines maladies. Ainsi, il semble que l'évitement de chaque cas d'infection au VIH (entre autres, par le traitement de la toxicomanie) permet des économies d'approximativement 150 000 $ en soins divers, et ce, en référence à 1994 (French, Mauskopf, Teague et Roland, 1996).

Nous n'avons recensé aucune étude indiquant que le traitement de la toxicomanie était plus onéreux que les bénéfices engendrés par celui-ci. Sans être exhaustive, cette brève recension des bénéfices économiques du traitement de la toxicomanie illustre le bien-fondé d'un tel investissement.

2.4 CONCLUSION

En somme, rappelons que de cette recension des écrits a découlé un ensemble de faits saillants à retenir, ceux-ci ayant été énoncés tout au long du chapitre. De façon plus globale, l'examen critique de la littérature permet de dégager trois grands principes de base utiles pour guider nos interventions auprès des adultes alcooliques ou toxicomanes. Des pistes d'avenir pour guider la recherche seront aussi formulées.

Rappelons qu'en ce qui a trait aux grands principes de base, il existe un consensus dans la littérature selon lequel la toxicomanie, pour une portion importante des personnes en traitement, constitue une problématique chronique. En ce sens, les experts s'entendent pour dire qu'il faut modifier l'organisation des services dans le domaine, ceux-ci ayant traditionnellement été conçus pour traiter un problème transitoire ou aïgu. La notion de durée des traitements, la définition d'un succès thérapeutique et la planification des suivis dans une perspective long terme sont des exemples d'éléments d'organisation de services à adapter aux réalités des personnes alcooliques et toxicomanes aux prises avec une certaine chronicité de leurs problèmes.

Deuxièmement, les données empiriques consultées documentent l'importance des aspects organisationnels favorisant le succès thérapeutique et l'implantation réussie de meilleures pratiques. Ces dimensions organisationnelles, souvent oubliées dans les différents guides de meilleures pratiques, constituent des éléments prioritaires à prendre en considération pour améliorer la qualité et l'efficacité des services aux personnes alcooliques et toxicomanes.

Troisièmement, soulignons qu'autant les experts que les données empiriques appuient sans conteste l'importance prioritaire à accorder aux facteurs communs des traitements associés à l'engagement et à la persistance en traitement ainsi qu'au succès thérapeutique.

Pour terminer, soulignons quelques pistes d'avenir sur le plan de la recherche qui seraient utiles pour soutenir l'amélioration des pratiques auprès des personnes alcooliques et toxicomanes. D'abord, il serait important que les chercheurs s'attachent à mieux comprendre les processus en cours de traitement reliés au changement, par exemple la meilleure compréhension des ruptures d'alliance et la capacité de les réparer ainsi que les facteurs favorisant la persistance en traitement. Aussi, il faut souligner l'importance de poursuivre les efforts de recherche en partenariat avec les milieux de pratique. Ceci inclut la mise en place de modalités de transfert de connaissances favorisant tant les échanges bidirectionnels entre chercheurs et cliniciens que le transfert des meilleures pratiques sur le terrain. Enfin, notons qu'il serait utile que les chercheurs appuient activement les milieux de pratique dans le développement et l'implantation d'outils de mesure brefs, utilisés au début de chaque rencontre, permettant de suivre l'évolution hebdomadaire des usagers, tout en donnant une rétroaction régulière aux cliniciens.

3 SERVICES DE RÉADAPTATION EN TOXICOMANIE AUPRÈS DES ADULTES DANS LES CRD

Afin de circonscrire l'état de situation des services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les centres de réadaptation en dépendance (CRD), l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) a choisi d'examiner le déploiement, en 2010, de l'offre de service des centres de réadaptation en dépendance, d'en analyser les programmations écrites et de dégager le point de vue des CRD sur les défis actuels de la réadaptation, les pistes d'amélioration et les pratiques jugées efficaces et prometteuses.

3.1 DÉPLOIEMENT, EN 2010, DE L'OFFRE DE SERVICES EN TOXICOMANIE AUPRÈS DES ADULTES DANS LES CRD

À l'automne 2006, l'ACRDQ a jugé nécessaire de procéder à un état de situation du déploiement de l'offre de service des CRD publiée en 2004. Un questionnaire a donc été distribué à tous les membres de l'Association. Plus de 95 % des questionnaires ont été remplis à l'hiver 2007 faisant en sorte que toutes les régions du Québec sont représentées. Les résultats concernant les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes ont, cette année, été mis à jour par les membres.

La présente partie résume l'essentiel des résultats de l'état de situation du déploiement des services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes du point de vue des services d'accueil, d'évaluation et d'orientation, des services de réadaptation externe et interne et des programmes et services en fonction des clientèles avec des besoins particuliers. Les tableaux cités ci-dessous, qui illustrent les résultats, se trouvent à l'annexe 1.

3.1.1 Accueil, évaluation, orientation (AEO)

La rencontre individuelle et sur rendez-vous représente, dans les CRD, le mode privilégié des services d'AEO bien que la moitié des établissements offrent aussi des rencontres de groupe et des services d'AEO sans rendez-vous (tableau 1). Pour la grande majorité des établissements (80 %), la durée de l'AEO varie de 2 à 3 heures, alors qu'elle est de 3 heures ou plus pour 3 CRD (tableau 2). Enfin, la plupart des centres utilisent l'Indice de gravité de la toxicomanie (IGT), alors que la batterie d'instruments Global Appraisal of Individual Needs (GAIN) est en vigueur au Pavillon Foster et en phase d'implantation dans 4 établissements. La vaste majorité des CRD utilise d'autres outils d'évaluation, notamment le NID-ÉP, le NID-ÉM, les DÉBA alcool et drogue et une diversité d'outils maison (tableau 3).

3.1.2 Réadaptation

Lorsqu'on examine les différents niveaux d'intensité de services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes offerts par les CRD, on conclut que l'offre de service est surtout orientée vers des services externes peu intensifs (moins de neuf heures/semaine) et particulièrement vers ceux de deux heures ou moins par semaine, alors que les services avec hébergement sont offerts par la quasi-totalité des établissements soit au sein du CRD, soit par entente avec les partenaires (tableau 4).

En service externe de réadaptation peu intensive, les rencontres individuelles, de groupe, conjugales ou familiales, l'évaluation et le suivi de santé et la participation à des ateliers thématiques prévalent dans les activités offertes par les centres (tableaux 5 et 6). Quant aux services d'hébergement de stabilisation et de réadaptation en toxicomanie, ce sont les rencontres individuelles, de groupe, l'évaluation et le suivi de santé, la participation à des ateliers thématiques et à des activités de loisirs et de sport qui s'inscrivent comme étant la norme des activités offertes par les CRD (tableaux 7 et 8).

La durée des services externes de réadaptation peu intensive est généralement indéterminée ; quelques

établissements déterminent des durées pour les services de 2 heures ou moins ou de 2,5 à 8,5 heures par semaine. L'hébergement pour des besoins de stabilisation s'étale sur en moyenne une semaine, alors que l'hébergement pour des besoins de réadaptation est établi, pour la vaste majorité des établissements, à une durée de 3 ou 4 semaines. Enfin, la période prévue de consolidation des acquis ou de suivi est généralement indéterminée, sinon elle varie de 3 à 12 mois (tableau 9).

3.1.3 Clientèles avec des besoins particuliers

Pour les clientèles ayant des besoins particuliers, quelques établissements ont développé des programmes ou des services ; plusieurs autres leur ont réservé des intervenants avec une expertise particulière. Les personnes présentant des problèmes de santé mentale constituent la clientèle qui obtient le plus d'attention de la part des établissements ; suivent les femmes enceintes ou les parents de jeunes enfants, les personnes ayant un profil judiciarisé, les aînés, les personnes ayant des problèmes de santé physique et les personnes itinérantes (tableau 10).

3.2 ANALYSE DES PROGRAMMATIONS

Dans le cadre des présents travaux, nous avons voulu mieux cerner le contenu des programmes offerts aux adultes toxicomanes au sein des CRD. Ainsi, nous avons demandé à tous les établissements membres de l'ACRDQ qui offrent des services à la clientèle toxicomane adulte de nous fournir la description de leur programmation. La majorité d'entre eux (78 %) a répondu à notre appel.

Six gestionnaires cliniques d'expérience, membres du comité d'experts, ont élaboré une grille d'analyse de contenu de ces programmations afin de cerner les principes et les valeurs qui les sous-tendent, les approches utilisées auprès de cette clientèle, les axes d'appariement privilégiés ainsi que les thématiques abordées pour mieux répondre à leurs besoins et pour favoriser leur réadaptation. Chacune des programmations a aussi été analysée sous l'angle des éléments qui sont apparus prometteurs en matière de bonnes pratiques. Dans un premier temps, les six gestionnaires ont analysé les deux mêmes programmations dans le but d'ajuster la grille d'analyse et de s'assurer d'en avoir une compréhension commune. Puis, chaque gestionnaire a analysé deux programmations additionnelles, en prenant soin de ne jamais analyser la programmation de son propre établissement. À la lumière de leurs analyses respectives, chacun des membres était invité pour terminer à générer des questions à soumettre au cours de groupes de discussion à venir, afin de mieux connaître le point de vue des représentants des CRD sur les défis actuels de la réadaptation, sur les pistes d'amélioration souhaitables de leur programmation et sur les pratiques jugées efficaces et prometteuses.

Nous présentons ici l'essentiel des résultats de cette démarche dont les résultats détaillés se trouvent à l'annexe 2, c'est-à-dire la proportion des établissements répondants qui font référence dans leur programmation à différents concepts sur le plan des valeurs, des principes et des modèles de compréhension de la problématique et à une variété d'approches, d'axes d'appariement et de thématiques abordés auprès des usagers. Il importe de préciser certaines limites méthodologiques de la présente démarche qui influent sur les résultats obtenus. D'une part, une proportion non négligeable (22 %) des CRD n'ont pas fourni leur programmation. D'autre part, la structure de présentation des différentes programmations, leur niveau de conceptualisation et d'opérationnalisation variaient de façon considérable d'un établissement à l'autre, rendant leur analyse et leur comparaison parfois difficiles. De plus, nous devons retenir que l'analyse de contenu a porté sur la formalisation des programmations et ne permet pas de statuer sur la mise en place de celles-ci au sein des différents CRD. C'est pourquoi la tenue de groupes de discussion se voulait une suite logique afin de valider, de nuancer et de compléter les résultats.

3.2.1 Principes et valeurs sous-jacents aux programmations

L'analyse de contenu des 14 programmations reçues a permis de confirmer que la majorité d'entre elles faisait référence aux valeurs et aux principes

directeurs énoncés par l'ACRDQ dans son offre de service publiée en 2004. Parmi les valeurs et principes les plus souvent nommés, notons, en ordre décroissant : la prise en compte de l'environnement social de la personne et la recherche active de son implication dans le traitement de la personne toxicomane (79 %), le respect des usagers (71 %), l'importance de l'accessibilité des services (71 %), l'unicité de chaque usager (64 %), leur autodétermination quant aux choix et aux changements qu'ils souhaitent réaliser (64 %), l'amélioration continue de la qualité des services (64 %), puis l'importance de l'alliance thérapeutique (50 %). À ces valeurs et principes s'ajoutent des notions de partenariat, de continuité, de croyance en leur capacité de changement, d'adaptation continue des services à leurs besoins, etc. Notons que ces dernières composantes sont mentionnées dans moins de la moitié des programmations.

3.2.2 Modèles de compréhension de la toxicomanie et du traitement

La grande majorité des programmations (86 %) souscrit au modèle biopsychosocial, tant sur le plan de la compréhension de la problématique que des axes qui doivent être couverts par le traitement. Un peu plus du tiers des programmations (36 %) font référence à une compréhension écosystémique du problème et de ses solutions. Finalement, une faible minorité des programmations (14 %) tiennent compte de la nature chronique des problèmes de toxicomanie chez certains clients et de la nécessité d'adapter le traitement en conséquence.

3.2.3 Approches thérapeutiques

La majorité des établissements adhère à une approche motivationnelle (71 %), cognitive-comportementale (71 %) et de réduction des méfaits (64 %). Quelques établissements appuient leurs interventions à partir de l'approche de la thérapie de la réalité (29 %) et une faible minorité d'établissements (de 7 à 14 %) disent recourir aux approches humanistes, psychodynamiques, conjugales, pharmacologiques, aux groupes d'entraide, etc.

3.2.4 Axes d'appariement

Les principaux axes d'appariement formalisés dans les programmations pour orienter les clients vers les services adaptés à leur condition sont le niveau de motivation des clients (50 %), le niveau de soins requis par la condition des clients selon les critères de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM) (43 %), les phases du traitement adaptées aux besoins des clients, allant de la stabilisation et de l'instrumentation à la consolidation (36 %), puis la nature des objectifs poursuivis par les clients au regard de leur consommation, soit la réduction de la consommation, soit l'acquisition de l'abstinence totale (21 %). Une faible minorité des programmations font référence à un appariement en fonction des problématiques associées (troubles mentaux, délinquance) ou des groupes d'âges (7 à 14 %).

3.2.5 Thématiques

La plus grande homogénéité entre les 14 programmations analysées se trouve dans la sphère des thématiques abordées auprès des clients. De façon synthétique, voici l'ensemble des dimensions couvertes auprès des clients :

- ☐ Connaissance de la problématique et de ses impacts ;
- ☐ Analyse fonctionnelle de la consommation ;
- ☐ Gestion du sevrage et des pulsions à consommer ;
- ☐ Compréhension/adhésion au traitement ;
- ☐ Compréhension/adhésion au changement ;
- ☐ Connaissance de soi : besoins, valeurs, croyances, pensées, émotions, ressources, forces, etc. ;
- ☐ Connaissance de son environnement : famille, amis, sources de soutien, frontières interpersonnelles, etc. ;
- ☐ Développement de saines habitudes de vie ;

- ☐ Développement des habiletés :
  - Prévention de la rechute,
  - Résolution de problèmes,
  - Communication,
  - Affirmation,
  - Prise de décisions,
  - Régulation des affects,
  - Gestion des pensées et des pulsions,
  - Activités de la vie quotidienne.

3.2.6 Éléments jugés prometteurs

À la lecture des différentes programmations, les gestionnaires ont souligné les éléments qui leur sont apparus prometteurs et les raisons pour lesquelles ils associaient ces éléments à de bonnes pratiques :

- ☐ Le fait qu'un établissement se dote d'une programmation formelle et d'un cadre thérapeutique commun a été jugé prometteur pour accroître la cohésion au sein des équipes et la cohérence des interventions ;
- ☐ Les programmations qui ciblent le soutien social comme un objectif prioritaire à atteindre, compte tenu de son importance dans le maintien des acquis du traitement ;
- ☐ Les programmations qui mettent l'accent sur l'intensité des services, dans la durée, afin d'optimiser l'impact du traitement et l'atteinte des objectifs. À cet égard, la programmation structurée d'un centre de jour a été jugée intéressante ;
- ☐ Les programmations de services avec hébergement où l'on amène les usagers à assumer des responsabilités en rapport avec l'entretien du milieu de vie, favorisant ainsi une acquisition d'habiletés et de compétences requises ;
- ☐ La mise à contribution de bénévoles sur le plan de l'intégration sociale ;
- ☐ Parmi les différentes approches utilisées, l'entretien motivationnel, l'approche cognitive comportementale, l'approche par étape et par niveau de soins (*stepped care*) et l'approche de gestion de cas ont été considérés prometteurs, compte tenu de leur efficacité démontrée ou de leur contribution à un suivi plus rigoureux de l'évolution de la clientèle en traitement ;
- ☐ L'opérationnalisation de modalités d'appariement qui cherchent à mieux répondre aux besoins particuliers des usagers ;
- ☐ Le fait qu'on se donne des paramètres précis au regard des délais d'accès maximal à ne pas dépasser auprès des clientèles prioritaires assure une plus grande rigueur dans la gestion des délais d'accès ;
- ☐ Les relances téléphoniques planifiées qui visent à accroître la rétention de la clientèle en traitement, le suivi de l'évolution de la condition des usagers et le retour de ces derniers en traitement si leur condition s'est détériorée ;
- ☐ Une programmation a été développée en intégrant la réinsertion sociale au sein de la réadaptation, favorisant un suivi plus systématique de l'intégration sociale des usagers au cours du processus de réadaptation.

3.3 POINT DE VUE DES CRD SUR LES DÉFIS ACTUELS DE LA RÉADAPTATION, LES PISTES D'AMÉLIORATION ET LES PRATIQUES ÉPROUVÉES ET PROMETTEUSES EN CRD

Au-delà de l'état de situation du déploiement de l'offre de services en toxicomanie auprès des adultes dans les CRD et de l'analyse des programmations écrites, l'ACRDQ voulait, dans le cadre des présents travaux, connaître l'opinion des acteurs clés des CRD au regard des défis actuels que pose la réadaptation de la clientèle adulte toxicomane, des pistes d'amélioration de l'intervention, des pratiques qu'ils considèrent efficaces et de celles qu'ils jugent prometteuses ou innovatrices. Pour ce faire, se sont tenus à l'automne 2009 deux groupes de discussion composés d'experts cliniciens et gestionnaires représentant 15 établissements membres de l'Association.

L'analyse des commentaires et des consensus d'experts émis lors des groupes de discussion sont examinés du point de vue des défis de la réadaptation, de la conception de la toxicomanie, de l'évaluation, du traitement, de l'organisation des services, de la formation et de la recherche.

3.3.1 Défis actuels de la réadaptation en toxicomanie

Lorsqu'interrogés sur les principaux défis actuels de la réadaptation en toxicomanie auprès des adultes, les représentants des CRD les ont reliés à quatre grands éléments : les clientèles, le traitement, l'organisation de services et le personnel.

▶ Clientèles

Au regard des clientèles, le premier défi relevé se situe au niveau de la distinction dans la conception de la toxicomanie et dans les services à offrir entre les individus présentant un problème ponctuel ou transitoire versus les individus présentant un trouble chronique.

Parmi les autres défis-clientèles cités par les répondants, on trouve ceux ciblant l'importance de tenir compte des clientèles prioritaires identifiées dans l'Offre de service en dépendances du MSSS (femmes enceintes et mères de jeunes enfants, jeunes en difficulté et personnes ayant des problèmes de santé mentale) sans pour autant négliger la clientèle régulière, de répondre aux besoins des clientèles à problèmes multiples en détérioration sociale, de joindre les jeunes mères consommatrices et les parents de jeunes enfants et de desservir la clientèle de personnes âgées en émergence, la clientèle présentant des difficultés cognitives en perte d'autonomie et la clientèle multiethnique.

▶ Traitement

Au niveau du traitement, les participants aux groupes de discussion ciblent, comme défis, l'importance d'assurer une bonne rétention de la clientèle en traitement, de créer l'alliance thérapeutique particulièrement en début de traitement, de développer une approche par étape et par niveau de soins (*stepped care*) et de s'assurer d'impliquer l'entourage en début de traitement. Ils font aussi mention du volet des services de réinsertion sociale et professionnelle qui reste à être développé dans les établissements en collaboration avec les partenaires afin de permettre aux individus de s'intégrer dans leur tissu social et de se valoriser dans leur communauté. D'autre part, les répondants indiquent que les CRD devraient améliorer l'efficacité de leurs interventions reposant sur des données probantes impliquant un cadre thérapeutique commun et une cohésion des interventions.

▶ Organisation de services

En ce qui concerne l'organisation des services, les experts relèvent comme défis la nécessité, tenant compte de l'importance de miser sur la motivation conduisant à la demande d'aide, d'assurer un accès rapide, d'offrir, aux individus en attente, des services pour soutenir leur engagement à entre-prendre un traitement, de joindre la clientèle là où elle se trouve (urgence hospitalière, palais de justice, etc.) et de consolider les services de réadaptation en fonction de

l'élargissement de l'accès occasionné par de nouveaux projets (exemple : équipe de liaison).

D'autres défis concernant l'organisation de services sont aussi précisés, tels que l'arrimage et la continuité entre les services de 1re et de 2e lignes en dépendance et le corridor de services avec la santé mentale qui demeure à développer. D'autre part, les CRD en région éloignée considèrent comme tout un défi, souvent difficile à atteindre, leur capacité à offrir la gamme de services prévue à l'offre de service des CRD compte tenu du peu de ressources dans leurs différents points de service.

▶ Personnel

Enfin, les représentants des CRD cernent trois grands défis vis-à-vis du personnel, soit le recrutement, particulièrement au niveau des médecins et des infirmières, les compétences de base pour intervenir dans un CRD afin d'assurer un cadre thérapeutique commun et une cohésion des interventions, et la formation/supervision continue afin de s'assurer de maintenir à jour les compétences du personnel.

3.3.2 Conception de la toxicomanie

Un consensus se dégage chez les participants aux groupes de discussion statuant que, dans les CRD, on conçoit et on traite généralement la toxicomanie comme un problème ponctuel ou transitoire et qu'il faut adapter les services aux troubles chroniques. On cite, par exemple, un accès rapide et accueillant, un suivi structuré et prévu au long cours, un arrimage avec les partenaires, particulièrement avec la santé mentale, une réponse aux besoins de réinsertion sociale.

À la question sur les dimensions dont tiennent compte les CRD dans leur programmation, il ressort qu'on se préoccupe surtout de la dimension psychologique, bien qu'on prenne en considération la dimension biologique, mais que les connaissances en neurosciences chez les intervenants psychosociaux sont à développer et que la disponibilité de ressources en santé demeure faible. Pour compléter le tableau, la dimension sociale est évaluée, mais les services de réinsertion sociale sont souvent déficitaires et très variables d'un établissement à l'autre, et la dimension spirituelle, sauf pour quelques CRD, n'a pas été développée ou est laissée aux mouvements d'entraide, bien qu'on reconnaisse des besoins d'accompagnement spirituel chez les usagers, et ce, peu importe l'âge.

Quant à la place de la réduction des méfaits dans la programmation, la notion a besoin d'être clarifiée pour plusieurs participants aux groupes de discussion ; pour certains, le terme est galvaudé, voire réducteur, et associé à la réduction de la consommation plutôt qu'à une stratégie plus large de santé publique. Les répondants mentionnent que la réduction des méfaits s'applique particulièrement au traitement de la dépendance aux opioïdes.

3.3.3 Évaluation

Les intervenants des CRD estiment qu'on doit accorder une importance à la qualité du premier contact (téléphonique et en personne) auprès du client et à l'utilisation de l'approche motivationnelle pour favoriser l'alliance thérapeutique, l'engagement et la rétention des personnes en traitement.

Afin de déterminer le niveau de soins requis et pour orienter le client dans les sous-programmes, les participants considèrent qu'il est souhaitable de se référer à des critères largement reconnus tels que les paramètres d'évaluation définis par l'American Society of Addiction Medicine (ASAM).

D'autre part, les experts des CRD reconnaissent que, pour évaluer la condition et les besoins du client à partir des paramètres d'évaluation de l'ASAM et pour les guider dans l'appariement de la clientèle, ils ont besoin de s'approprier des outils actuellement reconnus et utilisés dans certains CRD, notamment le GAIN, le NID-ÉP et le NID-ÉM.

Les participants considèrent aussi nécessaire qu'on accorde une importance aux besoins de la personne et à sa capacité de faire des choix et que les résultats de l'évaluation de ses besoins et de ses problèmes servent à établir conjointement avec elle un plan d'intervention qui pourra être révisé en fonction de l'évolution de sa situation.

3.3.4 Traitement

▶ Appariement

Questionnés sur le choix des axes à partir desquels les experts des CRD procéderaient à l'appariement de la clientèle toxicomane adulte, ils répondent qu'ils voudraient apparier l'intensité du traitement en fonction de la nature transitoire ou chronique des problèmes, de la sévérité de la consommation des substances psychoactives, des troubles mentaux, de la qualité du réseau social et des besoins et objectifs de l'individu, que ce soit vis-à-vis de la consommation de psychotropes ou d'autres aspects de sa vie.

▶ Approche par étape et par niveau de soins *(stepped care)*

Lorsque les participants sont interrogés sur ce qu'ils connaissent et sur ce qu'ils pensent de l'approche par étape et par niveau de soins, il ressort que la plupart d'entre eux en ont une connaissance fragmentaire, que certains l'appliquent déjà dans leurs établissements et que tous démontrent un intérêt à mieux la connaître et à se l'approprier.

Lors de l'analyse des programmations et lors des groupes de discussion, les experts des CRD ont apprécié pouvoir se référer à la description de l'approche présentée dans la programmation des services externes en toxicomanie adulte du centre Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec (DMCQ). Aussi, à l'annexe 3, on trouve un résumé de cette description et une illustration de l'approche.

À l'issue des échanges dans les groupes de discussion, les intervenants des CRD concluent qu'il s'agit d'une approche qui permet d'orienter le client vers un niveau de soins sécuritaire qui soit le moins contraignant pour celui-ci, et ce, en fonction de la gravité de ses problèmes, de son histoire de traitement, de sa motivation et de ses objectifs (par exemple, réduction de la consommation versus abstinence). Ils retiennent aussi que cette approche vise un ajustement continu du niveau de soins, à la hausse ou à la baisse (*step-up*, *step-down*), en fonction de l'atteinte des objectifs.

Enfin, parmi les avantages énoncés par les experts des CRD concernant cette approche, mentionnons qu'elle offre des balises pour moduler et réviser régulièrement le plan d'intervention, qu'elle favorise la continuité de services entre l'interne et l'externe, qu'elle implique un suivi et une rétroaction plus régulière de l'évolution du client en traitement et qu'elle respecte le rythme, les besoins et les objectifs de l'individu. Plusieurs experts ont aussi exprimé le besoin de s'approprier les outils (critères de l'ASAM, NID-ÉP, NID-ÉM, GAIN) pour pouvoir appliquer l'approche. Enfin, on considère nécessaire de s'assurer, malgré le changement du niveau de soins, de préserver l'alliance thérapeutique avec un intervenant principal chargé du suivi du client dans l'établissement et de prévoir des mécanismes pour faciliter l'orientation, l'accompagnement et la continuité entre les différents niveaux de soins.

▶ Durée

Lors des groupes de discussion, on a demandé aux experts des CRD de se prononcer sur la durée optimale d'un traitement ainsi que sur les critères qui permettraient de déterminer la fin du traitement.

Pour déterminer la durée optimale, les experts émettent différentes considérations dont on doit tenir compte, telles que la nature transitoire ou chronique du problème de toxicomanie, l'intensité des niveaux de soins et l'importance de baliser des périodes (durée) par niveau de soins. De façon générale, ils proposent que la durée optimale soit de 3 à 6 mois pour le traitement, de 15 à 21 jours pour l'hébergement à court terme et d'un an pour le suivi.

Quant à la durée maximale, les répondants considèrent qu'il est souhaitable de prévoir une période de suivi d'un an après la fin de l'épisode de services.

Pour déterminer la fin du traitement, les experts retiennent particulièrement l'atteinte des objectifs du plan d'intervention du client, notamment qu'il ait réduit les comportements dont les conséquences dégradent sa qualité de vie et qu'il se situe sous le seuil des critères d'abus ou de dépendance, ce qui devrait avoir un impact sur le degré de satisfaction du client dans l'amélioration des différentes sphères de sa vie.

▶ Rétention

Les experts se sont prononcés, lors des groupes de discussion, sur diverses stratégies efficaces ou prometteuses pour assurer la rétention de la clientèle adulte en traitement. Ils favorisent un accueil rapide des demandes de service, une insistance sur l'alliance thérapeutique par une approche motivationnelle, particulièrement en début de traitement, une réponse, s'il y a lieu, aux besoins de réinsertion sociale en début de traitement, un appariement par niveau de soins, une exposition appropriée au traitement, une durée déterminée des niveaux de soins et des relances planifiées tout au long du traitement.

▶ Suivi

Selon les intervenants de CRD, les établissements devraient accorder, dans leur programmation, une importance plus grande à la phase de suivi afin de s'assurer d'une stabilisation de la situation de l'usager. Pour ce faire, ils suggèrent un suivi d'un an après la fin de l'épisode de services, que celui-ci soit planifié et structuré dès l'amorce du traitement et que différents moyens de suivi soient prévus : rencontres ou contacts téléphoniques statutaires (ex. : tous les mois, tous les trois mois), relances téléphoniques ou postales, groupes de soutien, groupes d'entraide. Selon l'expérience des intervenants, il appert qu'un suivi du maintien des acquis tous les trois mois pourrait avoir une incidence sur la diminution des rechutes. De même, le suivi des usagers semble facilité lorsque l'entourage est impliqué dès l'amorce du traitement.

▶ Modalités d'intervention

D'après les participants aux groupes de discussion, l'intervention individuelle demeure la modalité d'intervention privilégiée par les intervenants de CRD. L'intervention de groupe est très présente en hébergement et elle est variable d'un établissement à l'autre en externe. Au dire des participants, il semble se dessiner une tendance vers un retour ou une formalisation de l'intervention de groupe dans les CRD. Selon les experts, l'intervention de couple et l'intervention familiale sont peu ou sous-utilisées pour diverses raisons : organisation de services, horaire de travail, manque de ressources, compétences lacunaires, résistance des intervenants.

Quand on sollicite leur opinion quant à la place à consentir aux différentes modalités d'intervention, les experts considèrent que l'intervention de groupe devrait être plus présente dans l'offre de services externes des établissements, principalement pour la solidarisation entre usagers, pour l'apprentissage de stratégies de prévention de la rechute et d'habiletés sociales et par souci d'efficience.

Les participants ciblent aussi l'offre de service à l'entourage qui devrait, selon eux, être davantage formalisée et systématisée dans la programmation en toxicomanie pour la clientèle adulte. De plus, certains CRD proposent, par exemple, un contact systématique avec l'entourage dès le début de la démarche, soit à la première rencontre ou au moment d'élaborer ou de présenter le plan d'intervention.

▶ Thématiques

Approchés pour connaître les thématiques qui leur apparaissent incontournables au sein de la programmation tant pour les services externes que ceux avec hébergement, les intervenants des CRD énumèrent notamment les thématiques suivantes : connaissance de la problématique de dépendance et de ses impacts, prévention de la rechute, gestion du stress et des émotions, motivation au changement, habiletés relationnelles et sociales, résolution de problèmes, réinsertion sociale, connaissance de soi et de son environnement, santé et saines habitudes de vie.

▶ Intervenant pivot

Interrogés sur la signification, les enjeux et les défis reliés à cette fonction, les experts révèlent que, selon les CRD, cette appellation est synonyme de répondant, intervenant principal et gestionnaire de cas. Ils croient que l'intervenant pivot joue un rôle important au niveau de l'alliance thérapeutique à créer auprès du client et de la cohésion et de la continuité de services à garantir tant au sein de l'établissement qu'auprès des différents partenaires impliqués simultanément ou de manière séquentielle auprès de celui-ci.

▶ Plan de services individualisés (PSI)

Les représentants des CRD reconnaissent la pertinence des plans de services individualisés et la responsabilité des établissements de les mettre en place lorsque requis, mais ils constatent que, dans les faits, on en compte peu dans les établissements et qu'il existe de nombreux obstacles à leur formalisation ou à leur mise en place : lourdeur, complexité, responsabilités associées versus moyens à la disposition, mobilisation des intervenants et des partenaires, méconnaissance des bienfaits, etc. Selon les répondants, l'expérience des PSI développée dans le réseau jeunesse pourrait être utile afin de développer cette culture dans les services auprès des adultes.

▶ Tronc commun ou offre de services de base

Compte tenu des caractéristiques propres à chaque établissement, des différentes régions urbaines, rurales ou éloignées et des populations qui s'y trouvent, on a demandé aux intervenants et aux gestionnaires ayant participé aux groupes de discussion quel devrait être le tronc commun des programmes de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes au Québec.

Les participants mentionnent que les différents volets de l'offre de service actuelle des CRD leur conviennent totalement comme offre de services de base à considérer pour l'ensemble des établissements. De façon plus particulière, ils énumèrent différents éléments qu'ils souhaiteraient voir inclure dans le tronc commun tels que l'approche par étape et par niveau de soins (*stepped care*), un corridor de services avec la santé mentale, un suivi ou un maintien des acquis structuré dans la programmation et les approches qui sont privilégiées dans les meilleures pratiques.

▶ Efficacité

Interrogés sur les critères d'efficacité de leur intervention, les experts des CRD jugent que celle-ci est de qualité ou qu'elle a donné des résultats principalement lorsque l'usager perçoit un changement et atteint ses objectifs (amélioration au tableau de la consommation et sur le plan psychosocial, diminution des méfaits, arrêt de la désorganisation, etc.) et lorsque, de surcroît, le tout est confirmé par la rétroaction des membres de l'entourage et lorsqu'on constate une rétention en traitement.

3.3.5 Organisation de services

▶ Programme en dépendance

Les intervenants et les gestionnaires des CRD ayant participé aux groupes de discussion ont été soumis, par souci de cohérence avec l'une des recommandations contenues dans le *Guide de bonnes pratiques en jeu pathologique* de l'ACRDQ (Desrosiers et Jacques, 2009), à la question suivante : êtes-vous en accord avec la recommandation faite pour l'offre de services en jeu pathologique de privilégier un programme en dépendance (programme intégré toxicomanie et jeu pathologique) dans la trajectoire de services de l'établissement ? La réponse des participants a été unanimement favorable, et ils ont précisé, comme au cours des groupes de discussion sur le jeu pathologique, que les intervenants dans le programme adulte dépendance (toxicomanie et jeu pathologique) doivent posséder les compétences requises pour pouvoir traiter tous les clients adultes. Ils ont aussi mentionné l'importance de s'assurer de maintenir les compétences et l'expertise particulières pour traiter les problématiques de toxicomanie et de jeux de hasard et d'argent.

▶ Accessibilité

Interrogés sur le délai d'attente maximal pour amorcer le processus d'accueil-évaluation-orientation (AEO), les intervenants de CRD répondent qu'entre la demande de service et la première rencontre pour amorcer l'AEO le délai ne devrait pas dépasser 14 jours et qu'il devrait être le plus bref possible et en moins de 7 jours pour les clientèles ou les situations qui ont besoin d'un accès prioritaire (femmes enceintes, parents de jeunes enfants, personnes à risque suicidaire et celles à risque de sevrage).

Outre le fait de miser sur du personnel compétent et accueillant pour assurer la qualité du premier contact et de répondre le plus rapidement possible à la demande de la clientèle, les experts mentionnent l'importance d'offrir aux usagers des CRD qui sont en attente de traitement divers services (groupe de soutien, soutien téléphonique, ateliers thématiques, etc.) pour appuyer leur engagement à entreprendre un traitement.

Les experts des CRD considèrent qu'il faut dépasser la notion d'accessibilité temporelle et géographique pour porter de plus en plus d'attention à de nouvelles modalités d'organisation de services qui permettent de joindre certaines clientèles particulières là où elles se trouvent – urgence, palais de justice, écoles, etc. – en s'assurant d'intervenir auprès des personnes requérant des services spécialisés en dépendance (mission d'un CRD). On s'entend pour dire que cette ouverture à de nouvelles modalités de service devrait se traduire par des projets liés à de l'ajout de ressources, donc à du financement.

▶ Fonctionnement organisationnel

Conscients de l'importance à accorder aux impacts organisationnels (climat organisationnel, cohésion des équipes, mouvements de personnel, etc.) sur l'efficacité des traitements et la mobilisation du personnel, les représentants des CRD préconisent diverses mesures ou activités qui ont été expérimentées ou qui pourraient l'être en vue de renforcer le climat organisationnel, la qualité des services et la cohésion des équipes. Ils relèvent, de leur expérience, diverses initiatives telles que des tournées d'équipe systématiques, des programmes d'évaluation et d'amélioration continue des services, l'implication d'intervenants dans de nouveaux projets, des comités de travail sur la programmation et l'organisation de services, la communication claire et transparente des intentions de la direction (ex. : gestion du temps de travail des intervenants), la mise en place d'un comité de rétention du personnel, la mise en place de prix d'innovation, etc.

3.3.6 Formation

En plus de mentionner les diverses formations nécessaires à l'obtention de leur poste en CRD, les experts émettent des recommandations quant aux compétences de base essentielles que doivent maîtriser les intervenants œuvrant auprès de la clientèle toxicomane adulte. Compte tenu de sa méconnaissance de la problématique et de l'intervention dans le secteur de la dépendance, un nouvel employé devrait, au moment de son intégration en emploi, se voir offrir une formation de base comprenant des modules sur : les dépendances (toxicomanie et jeu), les troubles concomitants (toxicomanie et santé mentale), les outils d'évaluation et les approches d'intervention reposant sur les données probantes, dont plus particulièrement l'entretien motivationnel.

D'autre part, ils soutiennent que les intervenants doivent bénéficier d'une supervision clinique continue afin d'intégrer les contenus de formation à leur pratique quotidienne. Les représentants des CRD mentionnent d'autres éléments de supervision à considérer pour améliorer la qualité de l'acte clinique, tels qu'une meilleure structuration des discussions de cas, l'élaboration de plan d'intervention et le parrainage de jeunes intervenants avec des intervenants expérimentés.

3.3.7
Recherche

Au niveau de la recherche, les experts recommandent que les CRD intègrent, au sein de leur établissement, des activités de recherche permettant de fournir à leur personnel une rétroaction sur l'efficacité du processus de réadaptation. Ils estiment aussi la validité d'études sur le point de vue des usagers au regard de l'offre de service. Enfin, ils misent sur l'utilisation de la banque de données issue du système d'information clientèle pour les services de réadaptation en dépendance (SIC-SRD) pour les besoins de la recherche.

4 RECOMMANDATIONS

À partir des meilleures pratiques relevées dans la recension des écrits ainsi que des pratiques éprouvées et prometteuses conduites dans les centres de réadaptation en dépendance (CRD) du Québec, les membres du comité formulent une série de recommandations pour soutenir une offre de services de base de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes dans les CRD. Ces recommandations ciblent l'intervention clinique, l'organisation de services, la formation et la recherche.[10]

4.1 INTERVENTION CLINIQUE

▶ Conception de la toxicomanie

Considérant, sur le plan étiologique, la toxicomanie comme un phénomène multidimensionnel dont l'origine et ses conséquences seraient biopsychosociales ;

Considérant que, selon l'individu, la toxicomanie peut être un problème transitoire ou chronique ;

Nous recommandons :

- que les CRD tiennent compte de l'évolution des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux ainsi que de l'apport des neurosciences dans leur compréhension de l'origine et des conséquences de la toxicomanie ;
- que les CRD adaptent leur programmation aux caractères, transitoire ou chronique, que peut prendre la toxicomanie et à la nécessité de prévoir, pour les problèmes chroniques, plusieurs épisodes de traitement et un suivi au long cours pour atteindre les objectifs du plan d'intervention.

▶ Approches

Considérant que l'efficacité des interventions auprès des personnes toxicomanes est attribuable en grande partie à des facteurs communs (caractéristiques de l'usager et de l'intervenant, qualité de l'alliance thérapeutique) à toutes les approches thérapeutiques ;

Considérant le soutien empirique à un ensemble de traitements dits *bona fide* (bonne foi), c'est-à-dire qu'ils reposent sur une base théorique définie, qu'ils sont guidés par un manuel comportant des composantes spécifiques et qu'ils sont dispensés par des thérapeutes formés adéquatement ;

Considérant que certaines combinaisons de traitement ont été démontrées efficaces ;

Nous recommandons :

- que les CRD accordent une importance prioritaire aux facteurs communs des traitements associés à l'engagement et à la persistance en traitement ainsi qu'au succès thérapeutique ;
- que les CRD adoptent des traitements dont l'efficacité repose sur des données probantes, notamment : thérapie cognitive-comportementale, entretien motivationnel, community reinforcement approach, supportive expressive therapy, twelve-step facilitation, alcohol behavioral couple therapy ;
- que les CRD envisagent des traitements correspondant aux critères des traitements dits *bona fide* lorsqu'ils n'utilisent pas des traitements reposant sur des données probantes ;
- que les CRD utilisent, au besoin, en combinaison aux approches reposant sur des données probantes, l'entretien motivationnel, l'implication de l'entourage et le recours à certaines molécules pharmaceutiques (acamprosate, naltrexone pour la dépendance à l'alcool) dont l'efficacité a été démontrée.

10 Bien que l'accessibilité soit traitée dans le document, on renvoie le lecteur, pour des recommandations à ce sujet, au document de l'ACRDQ : *Programme régional d'évaluation spécialisée en dépendance – Fondements et modalités d'organisation*, 2010.

▶ Évaluation et planification de l'intervention

Considérant l'évaluation comme partie intégrante du processus de réadaptation ;

Considérant les cibles prioritaires recensées dans la littérature vis-à-vis de la planification de l'intervention ;

Considérant l'importance à accorder à la qualité de l'accueil des demandes des usagers ;

Considérant les impacts empiriques démontrés de l'apport significatif, durant le processus d'évaluation, de l'entretien motivationnel sur l'engagement et la rétention des usagers en traitement ;

Considérant que, pour déterminer le niveau de soins requis par la condition de l'usager, les intervenants peuvent s'appuyer sur des paramètres d'évaluation largement reconnus tels que les critères de l'ASAM ;

Considérant que, pour guider l'appariement de la clientèle, les intervenants ont besoin d'outils d'évaluation ;

Considérant la nécessité que l'usager, comme agent principal de sa démarche, et l'intervenant participent conjointement à l'élaboration du plan d'intervention afin qu'il y ait un juste équilibre entre le désir de l'usager et le partage de l'expertise du clinicien quant aux options les plus pertinentes ;

Nous recommandons :

- que les CRD reconnaissent le processus d'évaluation comme le début du processus de réadaptation et non comme une étape préalable au traitement ;
- que les CRD ciblent la réduction des comportements dont les conséquences dégradent la qualité de vie et visent plus particulièrement l'abus de substances psychoactives comme priorité d'intervention ;
- que les CRD ciblent, dès le début et tout au long du traitement, le développement de l'alliance thérapeutique, de la motivation et du sentiment d'efficacité personnelle du client ainsi que l'engagement et la persistance en traitement ;
- que les CRD accordent une grande importance à la qualité du premier contact (téléphonique ou en personne) auprès de l'usager ;
- que les CRD inscrivent systématiquement le processus d'évaluation à l'intérieur d'une perspective motivationnelle ;
- que les CRD prévoient que leurs intervenants évaluent la condition actuelle de la personne et établissent les niveaux de soins à partir de paramètres d'évaluation tels que ceux de l'ASAM en utilisant les outils actuellement reconnus par les experts en CRD, notamment le GAIN, le NID-ÉP et le NID-ÉM ;
- que les CRD adoptent un processus d'appariement qui tienne compte à la fois de l'expertise de l'intervenant et des souhaits de l'usager et qui favorise la concrétisation d'un plan d'intervention construit en partenariat entre le client et l'intervenant.

▶ Traitement

• Durée, Intensité

Considérant l'importance d'une évaluation continue pour moduler le plan d'intervention, ajuster le niveau de soins selon l'atteinte des objectifs et assurer une continuité entre les services externes et internes ;

Considérant que, selon la recension des écrits, les usagers aux besoins multiples s'améliorent davantage lorsqu'ils peuvent recevoir une gamme variée de services ;

Considérant que, pour répondre aux besoins des toxicomanes et conformément à l'offre de service en dépendances du MSSS, les CRD doivent pouvoir offrir différents niveaux d'intensité de service ;

Considérant la nécessité, selon les intervenants, de baliser une durée de service par niveau de soins ;

Considérant les durées optimales moyennes recensées dans la littérature et celles avancées par le consensus d'experts des CRD pour les services externes et internes ;

Considérant que les durées optimales doivent toujours être nuancées en fonction d'un monitorage continu propre à l'évolution de chaque individu et du facteur de chronicité du problème de toxicomanie pour une proportion d'usagers ;

Considérant que l'hébergement à court terme ne répond pas toujours adéquatement aux besoins des usagers avec une problématique chronique pour lesquels un hébergement de plus longue durée est requis ;

Considérant le besoin, pour les intervenants de CRD, de critères pour déterminer la fin du traitement ;

Nous recommandons :

- que les CRD développent l'approche par étape et par niveau de soins (stepped care) ;
- que les CRD se réfèrent aux niveaux de service de l'ASAM tels que repris dans l'offre de service en dépendances du MSSS ;
- que les CRD, pour offrir le niveau de soins requis par la condition de l'usager, tiennent à la fois compte de leurs services et de ceux de leurs partenaires ;
- que les CRD déterminent une durée optimale de service par niveau de soins tout en s'assurant d'un monitorage continu et d'un réajustement régulier du niveau de soins selon l'évolution de l'usager ;
- que les CRD utilisent des outils de monitorage leur permettant de suivre l'évolution des usagers et la qualité de l'alliance thérapeutique afin de fournir des rétroactions personnalisées régulières au client et à l'intervenant, et de pouvoir ajuster la durée du niveau de soins en fonction des besoins particuliers de l'usager ;
- que les CRD favorisent un traitement en externe d'une durée approximative de trois à six mois ;
- que les CRD privilégient le modèle intégré de services de désintoxication et de réadaptation dans un service avec hébergement de court terme de 15 à 28 jours ;
- que les CRD, en collaboration avec les ressources d'hébergement certifiées en toxicomanie, donnent accès à des services d'hébergement d'une durée optimale de trois à six mois ;
- que les CRD s'assurent que l'atteinte des objectifs du plan d'intervention serve de balise pour déterminer la fin de traitement, notamment que l'usager ait réduit les comportements dont les conséquences dégradent sa qualité de vie et qu'il se situe sous le seuil des critères d'abus ou de dépendance.

• Rétention et suivi

Considérant les stratégies efficaces et prometteuses pour assurer l'engagement et la rétention en traitement ;

Considérant l'importance de s'assurer d'une stabilisation de la situation de l'usager ;

Nous recommandons :

- que les CRD favorisent un meilleur engagement et une meilleure rétention par rapport au traitement en assurant l'implantation de diverses stratégies telles qu'un accueil rapide des demandes, une insistance sur l'alliance thérapeutique et une réponse aux besoins variés en début de traitement, un appariement par niveau de soins, une exposition appropriée au traitement, des relances planifiées tout au long du traitement (ex. : la veille d'un rendez-vous, après une absence), une durée déterminée des niveaux de soins ;

- que les CRD s'assurent, pour la clientèle et particulièrement pour celle présentant un parcours de chronicité, qu'un suivi d'un an après la fin de l'épisode de services soit planifié et structuré dès l'amorce du traitement et que différents moyens de suivi soient prévus : relances, groupe, etc.

• Modalités d'intervention

Considérant l'importance que les usagers des CRD puissent bénéficier des avantages liés aux diverses modalités d'intervention ;

Considérant l'importance de l'implication des membres de l'entourage et son impact sur la rétention en traitement ;

Nous recommandons :

- que les CRD accordent, dans leur offre de service, l'importance nécessaire à l'intervention de groupe et à l'intervention auprès des membres de l'entourage soit ponctuellement, soit sous forme d'intervention conjugale ou familiale ;

- que les CRD favorisent la participation des membres de l'entourage le plus tôt possible dans le traitement de l'usager.

• Thématiques

Considérant, d'après les intervenants de CRD, les thématiques incontournables à aborder au cours des activités du programme de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes ;

Nous recommandons :

- que les CRD abordent notamment les thématiques suivantes : connaissance de la problématique et de ses impacts, prévention de la rechute, gestion du stress et des émotions, motivation au changement, habiletés relationnelles et sociales, résolution de problèmes, réinsertion sociale, connaissance de soi et de son environnement, santé et saines habitudes de vie.

4.2 ORGANISATION DE SERVICES

▶ Continuité

Considérant, selon les intervenants de CRD, l'importance à accorder, dans le cheminement de l'usager, à l'alliance thérapeutique et l'importance d'assurer une cohésion, une continuité et un maillage étroit entre les différents services impliqués simultanément ou de manière séquentielle auprès de l'usager ;

Nous recommandons :

- que les CRD favorisent la concrétisation d'un rôle d'intervenant principal (intervenant pivot, gestionnaire de cas) auprès de l'usager afin d'assurer l'alliance thérapeutique, la cohésion et la continuité de l'intervention ;

- que les CRD formalisent avec les partenaires du réseau des ententes de service ou de collaboration prévoyant, entre autres, les responsabilités de chacune des organisations, les mécanismes d'orientation, de coordination, de suivi et d'évaluation.

▶ Fonctionnement organisationnel

Considérant l'importance à accorder aux impacts des dimensions organisationnelles (climat organisationnel, cohésion d'équipes, etc.) sur l'efficacité des traitements et l'implantation réussie de meilleures pratiques ;

Nous recommandons :

- que les CRD préconisent diverses mesures ou activités favorisant le suivi et le renforcement du climat organisationnel, de la qualité des services et de la cohésion d'équipes ;
- que les CRD assurent une formation et une supervision de leur personnel clinique centrées sur l'application adéquate de leur programmation et que des activités d'évaluation et de rétroaction soient réalisées auprès de chacun des intervenants ;
- que les CRD systématisent, au sein de leurs équipes d'intervenants, des activités continues de communication, de soutien mutuel, de travail en commun et de dialogues réflexifs centrés sur l'actualisation de leur programme et son amélioration ;
- que les CRD soutiennent et renforcent, chez leur personnel d'encadrement, leurs habiletés de leadership, de supervision et d'animation des processus organisationnels.

4.3 FORMATION

Considérant, selon les experts en CRD, la nécessité de posséder des compétences de base pour intervenir auprès des personnes qui éprouvent des problèmes de toxicomanie et souvent des troubles concomitants de santé mentale et de jeu pathologique ;

Considérant que, selon la recension des écrits, le thérapeute a une influence déterminante dans l'issue de l'intervention ;

Considérant que la littérature précise plusieurs caractéristiques et compétences des intervenants susceptibles de favoriser le développement et le maintien d'une alliance thérapeutique ;

Considérant que l'entretien motivationnel constitue une approche de choix dans le développement de l'alliance thérapeutique ;

Considérant l'importance de la formation et de la supervision continues des intervenants de CRD ;

Nous recommandons :

- que les CRD élaborent ou mettent à jour leur programme de formation en fonction des compétences de base à posséder, notamment des modules sur les dépendances (toxicomanie et jeu), les troubles concomitants (dépendance et santé mentale), les outils d'évaluation retenus et les approches d'intervention reposant sur des données probantes et les meilleures pratiques ;
- que les CRD s'assurent que les intervenants possèdent les compétences nécessaires pour développer et maintenir une alliance thérapeutique de qualité auprès des usagers ;
- que les CRD favorisent la formation à l'entretien motivationnel pour permettre à leurs intervenants d'acquérir les compétences nécessaires au développement de l'alliance thérapeutique ;
- que les CRD assurent une supervision clinique continue de leur personnel pour favoriser l'intégration des contenus de formation à leur pratique quotidienne ;
- que les CRD soutiennent la responsabilité des intervenants de participer à des activités de formation et de supervision continues.

4.4 RECHERCHE

Considérant l'importance accordée par les intervenants des CRD à l'évaluation de leur programme et à la perception des usagers à l'égard des services attendus et reçus ;

Considérant l'importance de la recherche pour documenter les facteurs critiques liés au processus de changement et l'évaluation de l'évolution de l'usager ;

Nous recommandons :

- que les CRD intègrent dans leur établissement des activités d'évaluation de programme permettant de fournir à leur personnel, en tenant aussi compte du point de vue des usagers, une rétroaction sur le processus de réadaptation et son impact ;
- que les CRD confient à un comité d'experts (cliniciens, gestionnaires et chercheurs), coordonné par l'Institut universitaire sur les dépendances, le soin de déterminer le ou les outils de monitorage permettant de suivre l'évolution des usagers et la qualité de l'alliance thérapeutique ;
- que les CRD collaborent activement avec les groupes de recherche à l'enrichissement des connaissances, à l'évaluation des pratiques et des instruments afin d'améliorer la compréhension de la problématique et la qualité des interventions auprès des toxicomanes et de leur entourage ;
- que les CRD suscitent des projets de recherche portant sur les processus reliés au changement en cours de traitement et qu'ils participent à ces projets.

5 CONCLUSION

Les services de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes constituent depuis toujours la pierre angulaire de l'offre de service des centres de réadaptation en dépendance (CRD). L'expertise unique dans le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie a été acquise au cours des 50 dernières années. Les CRD ont assuré sur le terrain l'avancement du domaine en s'impliquant non seulement dans le traitement, mais aussi dans des activités d'enseignement et de recherche. Des décennies plus tard, les membres de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) ont choisi de revoir leur offre de service à la lumière des meilleures pratiques et selon les connaissances scientifiques disponibles et les pratiques éprouvées et prometteuses en CRD.

Les recommandations énoncées dans ce guide représentent, pour les intervenants et les gestionnaires de CRD, les pratiques à privilégier afin d'améliorer la qualité des services à la clientèle. Afin de bonifier l'offre de services de base de réadaptation en toxicomanie auprès des adultes, les propositions formulées dans ce guide concernent autant l'intervention clinique que l'organisation de services. Sont aussi présentées des recommandations au regard de la formation pour soutenir les intervenants dans le développement de leurs compétences si déterminantes vis-à-vis de la qualité et de l'issue de l'intervention. Enfin, le document dégage, en fonction des besoins répertoriés dans la recension des écrits et du point de vue exprimé par les intervenants de CRD, des orientations pour la recherche.

L'enthousiasme des membres de l'ACRDQ à collaborer à l'élaboration de ce guide de pratique reflète le souci qu'ils accordent à l'amélioration continue de la qualité de leurs services. Fière de cette recherche d'excellence et du dynamisme de ses membres, l'ACRDQ s'engage à les soutenir dans l'implantation des recommandations retenues dans ce guide, et ce, au bénéfice des adultes alcooliques ou toxicomanes.

6 ANNEXES

ANNEXE 1

Résultats, en 2010, du déploiement de l'offre de services en toxicomanie auprès des adultes dans les CRD

TABLEAU 1

AEO : Adulte : Alcoolisme/Toxicomanie

Mode

	Adulte : Alcool et Toxicomanie				
Établissements	Rencontre individuelle	Rencontre de groupe	Rencontre individuelle et de groupe	Sur rendez-vous	Sans rendez-vous
L'Estran/CSSS de Rivière-du-Loup	1			1	1
CRD de Jonquière/CSSS de Jonquière	1			1	1
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve	1			1	
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	1	1	1	1	1
Centre de réadaptation dépendances et santé mentale de l'Estrie (CJPCMG)	1	1	1	1	1
Centre Dollard-Cormier – IUD			1	1	1
Centre Jellinek			1	1	
Centre Normand	1			1	1
Centre Le Canal/CPR-CN	1			1	1
Centre L'Escale/CSSS de la Haute-Gaspésie	1			1	
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches/ CSSS de Beauce	1			1	1
Centre Le Maillon de Laval/ Centre jeunesse de Laval	1			1	
Le Tremplin/CSSS du Nord de Lanaudière			1	1	1
Centre André-Boudreau	1		1	1	
Centre de réadaptation en dépendance Le Virage	1		1	1	
Pavillon Foster			1	1	
%	75,0 %	12,5 %	50,0 %	100,0 %	56,3 %

CRAN	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Le Grand Chemin	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
La Maison Jean Lapointe	1			1	

TABLEAU 2

AEO : Adulte : Alcoolisme/Toxicomanie

Durée

	Adulte : Alcool et Toxicomanie			
Établissements	1 heure	2 heures	3 heures	3 heures et plus
L'Estran/CSSS de Rivière-du-Loup		1		
CRD de Jonquière/CSSS de Jonquière		1		
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve		1		
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec			1	
Centre de réadaptation dépendances et santé mentale de l'Estrie (CJPCMG)			1	
Centre Dollard-Cormier – IUD			1	
Centre Jellinek			1	
Centre Normand		1		
Centre Le Canal/CPR-CN			1	
Centre L'Escale/CSSS de la Haute-Gaspésie		1		
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches/ CSSS de Beauce		1		
Centre Le Maillon de Laval/ Centre jeunesse de Laval		1		
Le Tremplin/CSSS du Nord de Lanaudière				1
Centre André-Boudreau				1
Centre de réadaptation en dépendance Le Virage				1
Pavillon Foster			1	
%	0,0 %	43,8 %	37,5 %	18,8 %

CRAN	N/A	N/A	N/A	N/A
Le Grand Chemin	N/A	N/A	N/A	N/A
La Maison Jean Lapointe		1		

TABLEAU 3

AEO : Adulte : Alcoolisme/Toxicomanie

Instruments

	Adulte : Alcool et Toxicomanie				
Établissements	IGT	Gain	DEBA-Jeu	Autres	Autres Description
L'Estran/CSSS de Rivière-du-Loup	1		1	1	DEBA/ Drogue/ alcool
CRD de Jonquière/CSSS de Jonquière			1	1	Maison, approc. McGill
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve	1		1	1	DEBA alcool/ drogue
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	1		1	1	Nid-ÉM, Nid-ÉP, SCID I et 2
Centre de réadaptation dépendances et santé mentale de l'Estrie (CJPCMG)	1	1	1	1	Outil maison inspiré du NID-ÉM
Centre Dollard-Cormier – IUD	1			1	Éval. Accès Maison
Centre Jellinek		1		1	Question. Maison
Centre Normand	1		1	1	Quest. Maison
Centre Le Canal/CPR-CN	1		1		
Centre L'Escale/CSSS de la Haute-Gaspésie	1		1		
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches/ CSSS de Beauce				1	NID-ÉP, ETA outil Maison
Centre Le Maillon de Laval/ Centre jeunesse de Laval	1		1	1	DEBA Alcool - DEBA - Drogue
Le Tremplin/CSSS du Nord de Lanaudière	1	1		1	Éval. Sommaire maison
Centre André-Boudreau	1			1	Entrevue d'acc. stand.et NID-ÉM
Centre de réadaptation en dépendance Le Virage	1		1	1	Éval. Sommaire maison
Pavillon Foster		1	1		
%	75,0 %	25,0 %	68,8 %	81,3 %	

CRAN	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Le Grand Chemin	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
La Maison Jean Lapointe		1		1	ADS, DSAT, SCL-90, Quest. Maison

TABLEAU 4

Réadaptation adulte : Alcoolisme/Toxicomanie

Niveaux de services/Intensité

	Adulte : Alcool et Toxicomanie						
Établissements	2 hres ou moins/sem	2,5 à 8,5 hres /sem	9 à 19,5 hres/sem	20 hres et plus /sem	Héb. Stabil. 24/7	Héb. Réadap. 24/7	Consolidation ou suivi
L'Estran/CSSS de Rivière-du-Loup	E				P	P	E
CRD de Jonquière/CSSS de Jonquière	E	E	E	E	E/P	E/P	
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve	E	E	E	E	E	E/P	E
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	E/P	E/P				E	E/P
Centre de réadaptation dépendances et santé mentale de l'Estrie (CJPCMG)	E	E			E	E	E
Centre Dollard-Cormier – IUD	E/P	E/P	E/P	E/P	E/P	E	E/P
Centre Jellinek	E				E	E	E
Centre Normand	E				E	E	E
Centre Le Canal/CPR-CN	E	E			E	E	E/P
Centre L'Escale/CSSS de la Haute-Gaspésie	E				E	E	P
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches/ CSSS de Beauce	E	E			E/P	E	P
Centre Le Maillon de Laval/ Centre jeunesse de Laval	E	E			E/P	E/P	E
Le Tremplin/CSSS du Nord de Lanaudière	E/P	E/P					E/P
Centre André-Boudreau	E					E/P	E
Centre de réadaptation en dépendance Le Virage	E					E/P	
Pavillon Foster	E	E			E	E	E
%	100 %	62,5 %	18,8 %	18,8 %	75,0 %	93,8 %	87,5 %
CRAN	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Le Grand Chemin	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
La Maison Jean Lapointe					A	A	A

E Établissement **P** Partenaire **E/P** Établissement/Partenaire **A** Associé

TABLEAU 5

Réadaptation adulte : Alcoolisme/Toxicomanie

Activités prévues

2 hres ou moins/sem	Adulte : Alcool et Toxicomanie									
100 % Établissements	Rencontre individuelle	Rencontre de groupe	Rencontre conjugale/ familiale	Évaluation/ suivi de santé	Partici. à des ateliers thématiques	Partici. Activités loisirs-sports	Partici. Activités scola./insertion en emploi	Partici. Groupes entraide	Autres	Autres : Description
L'Estran/CSSS de Rivière-du-Loup	E		E							
CRD de Jonquière/CSSS de Jonquière	E	E		E	E	E			E	
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve	E	E	E		E	E	E			
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	E	E	E	E	E		P	P		
Centre de réadaptation dépendances et santé mentale de l'Estrie (CJPCMG)	E	E	E	E	E	P		E/P		
Centre Dollard-Cormier – IUD	E	E	E	E	E	P	E/P	P		
Centre Jellinek	E	E	E					E		
Centre Normand	E	E	E	P				P		
Centre Le Canal/CPR-CN	E	E	E					P		
Centre L'Escale/CSSS de la Haute-Gaspésie	E	E	E	E	E	E	P	E		
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches/ CSSS de Beauce	E	E				E	E			
Centre Le Maillon de Laval/ Centre jeunesse de Laval	E	E	E	E	E		E			
Le Tremplin/CSSS du Nord de Lanaudière	E	E	E	E	E	E	P	P		
Centre André-Boudreau	E	E			E					
Centre de réadaptation en dépendance Le Virage	E	E	E	E	E					
Pavillon Foster	E	E	E		E		E	E		
%	100 %	93,8 %	81,3%	56,3 %	68,8 %	43,8 %	50,0 %	56,3 %	6,3 %	

E Établissement P Partenaire E/P Établissement/Partenaire A Associé

TABLEAU 6

Réadaptation adulte : Alcoolisme/Toxicomanie

Activités prévues

2,5 à 8,5 hres/sem	Adulte : Alcool et Toxicomanie									
62,5 % Établissements	Rencontre individuelle	Rencontre de groupe	Rencontre conjugale/ familiale	Évaluation/ suivi de santé	Partici. à des ateliers thématiques	Partici. Activités loisirs-sports	Partici. Activités scola./insertion en emploi	Partici. Groupes entraide	Autres	Autres : Description
L'Estran/CSSS de Rivière-du-Loup	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
CRD de Jonquière/CSSS de Jonquière	E	E		E	E	E				
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve	E	E			E	E	E			
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	E	E	E	E	E		P	P		
Centre de réadaptation dépendances et santé mentale de l'Estrie (CJPCMG)	E	E		E	E	P		E/P		
Centre Dollard-Cormier – IUD	E	E	E	E	E	P	E/P	P		
Centre Jellinek	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Centre Normand	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Centre Le Canal/CPR-CN	E		E					P		
Centre L'Escale/CSSS de la Haute-Gaspésie	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches/ CSSS de Beauce		E								
Centre Le Maillon de Laval/ Centre jeunesse de Laval	E	E	E	E	E		E			
Le Tremplin/CSSS du Nord de Lanaudière	E	E	E	E	E		P	P		
Centre André-Boudreau	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Centre de réadaptation en dépendance Le Virage	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Pavillon Foster	E	E	E		E		E	E	E	
%	90,0 %	90,0 %	60,0 %	60,0 %	80,0 %	40,0 %	60,0 %	60,0 %	10,0 %	

E Établissement P Partenaire E/P Établissement/Partenaire A Associé

TABLEAU 7

Réadaptation adulte : Alcoolisme/Toxicomanie

Activités prévues

Héb. Stabil. 24/7	Adulte : Alcool et Toxicomanie									
75 % Établissements	Rencontre individuelle	Rencontre de groupe	Rencontre conjugale/ familiale	Évaluation/ suivi de santé	Partici. à des ateliers thématiques	Partici. Activités loisirs-sports	Partici. Activités scola./ insertion en emploi	Partici. Groupes entraide	Autres	Autres : Description
L'Estran/CSSS de Rivière-du-Loup	P	P		P	P	P		P		
CRD de Jonquière/CSSS de Jonquière	E/P	E/P		E/P	E/P	E/P				
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve	E	E		E	E	E	E			
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Centre de réadaptation dépendances et santé mentale de l'Estrie (CJPCMG)	E	E		E	E	E		E/P		
Centre Dollard-Cormier – IUD	E	E	E	E	E	E	E/P	P		
Centre Jellinek	E	E		E	E	E		E		
Centre Normand	E	E		E	E	E				
Centre Le Canal/CPR-CN	E	E		E	E	E		P		
Centre L'Escale/CSSS de la Haute-Gaspésie	E	E	E	E	E	E	P	E		
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches/ CSSS de Beauce	E/P	E		E		E			E	Renc. eq. en réins. Sociale
Centre Le Maillon de Laval/ Centre jeunesse de Laval	E/P	E/P			E/P			E/P		
Le Tremplin/CSSS du Nord de Lanaudière	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Centre André-Boudreau	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Centre de réadaptation en dépendance Le Virage	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Pavillon Foster	E	E	E	E	E	E	E	E		
%	100,0 %	100,0 %	25,0 %	91,6 %	91,6 %	91,6 %	33,0%	66,0%	8,3%	
CRAN	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Le Grand Chemin	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
La Maison Jean Lapointe	A	A	A	A	A			A		

E Établissement P Partenaire E/P Établissement/Partenaire A Associé

TABLEAU 8

Réadaptation adulte : Alcoolisme/Toxicomanie

Activités prévues

Héb. Réadap. 24/7	Adulte : Alcool et Toxicomanie									
93,8 % Établissements	Rencontre individuelle	Rencontre de groupe	Rencontre conjugale/ familiale	Évaluation/ suivi de santé	Partici. à des ateliers thématiques	Partici. Activités loisirs-sports	Partici. Activités scola./insertion en emploi	Partici. Groupes entraide	Autres	Autres : Description
L'Estran/CSSS de Rivière-du-Loup	P	P		P	P	P		P		
CRD de Jonquière/CSSS de Jonquière	E/P	E/P		E/P	E/P	E/P				
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve	E	E	E	E	E	E	E			
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	E	E	E	E	E	E		P		
Centre de réadaptation dépendances et santé mentale de l'Estrie (CJPCMG)	E	E		E	E	E		E/P		Maison des usagers
Centre Dollard-Cormier – IUD	E	E	E	E	E	E/P	E/P	P		
Centre Jellinek	E	E		E	E	E		E		
Centre Normand	E	E		E	E	E		P		
Centre Le Canal/CPR-CN	E	E		E	E	E		P		
Centre L'Escale/CSSS de la Haute-Gaspésie	E	E			E	E		E		
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches/ CSSS de Beauce	E	E		E	E	E			E	Renc. eq. en réins. Sociale
Centre Le Maillon de Laval/ Centre jeunesse de Laval	P	P	P	P	P			P		
Le Tremplin/CSSS du Nord de Lanaudière	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Centre André-Boudreau	E	E		E	E	E/P	E/P			
Centre de réadaptation en dépendance Le Virage	E	E	E	E	E	E				
Pavillon Foster	E	E	E	E	E	E	E	E		
%	100,0 %	100,0 %	40,0 %	83,3 %	100,0 %	93,0 %	26,6 %	66,6 %	6,6 %	

E Établissement P Partenaire E/P Établissement/Partenaire A Associé

TABLEAU 9

Réadaptation adulte : Alcoolisme/Toxicomanie

Durée

	Adulte : Alcool et Toxicomanie						
Établissements	2 hres ou moins/ Nb sem	2,5 hres à 8,5 hres/ Nb sem	9 à 19,5 hres/ Nb sem	20 hres et plus/ Nb sem	Héb. de stab. 24/7/ Nb jours	Héb. de réadapt. 24/7/ Nb sem	Consolidation ou suivi/ Nb mois
L'Estran/CSSS de Rivière-du-Loup	IND						
CRD de Jonquière/CSSS de Jonquière	IND	2		4	14	4	
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve	IND	12	6	6	7	2	IND
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec	8à12	12				3	12
Centre de réadaptation dépendances et santé mentale de l'Estrie (CJPCMG)	IND	IND			IND	IND	IND
Centre Dollard-Cormier – IUD	IND	IND	IND	IND	10à20	12	IND
Centre Jellinek	IND				IND	4	
Centre Normand	IND				5	5	IND
Centre Le Canal/CPR-CN	IND	IND			3,5	4	IND
Centre L'Escale/CSSS de la Haute-Gaspésie	IND				5	3	IND
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches/ CSSS de Beauce	IND	3			10	3	IND
Centre Le Maillon de Laval/ Centre jeunesse de Laval	IND	IND			3	3	6
Le Tremplin/CSSS du Nord de Lanaudière	IND	IND					IND
Centre André-Boudreau	26					3	6
Centre de réadaptation en dépendance Le Virage	24					4	
Pavillon Foster	IND	6			5	4	3
Indéterminée	**13**	**5**	**1**	**1**	**2**	**1**	**8**
Moyenne	**20,0**	**7,0**	**6,0**	**5,0**	**7,5**	**4,2**	**6,8**
Variance <	**8**	**2**	**6**	**4**	**3,5**	**2**	**3**
Variance >	**26**	**12**	**6**	**6**	**20**	**12**	**12**
CRAN	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Le Grand Chemin	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
La Maison Jean Lapointe					6	3,5	4

TABLEAU 10
Programmes/Services en fonction de besoins particuliers

	Types de Programmes/Service									
Établissements	Aînés	Personnes présentant des problèmes de santé mentale	Personnes ayant un profil judiciarisé	Personnes itinérantes adultes et les jeunes de la rue	Femmes enceintes ou mères de jeunes enfants	Personnes ayant des problèmes de santé physique	Services d'urgence et de dégrisement	Programme pour les autochtones	Programmes pour les communautés culturelles	Lesquels
L'Estran/CSSS de Rivière-du-Loup	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
CRD de Jonquière/CSSS de Jonquière						P	P			
Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve	I	I	P/I	I	P/I	I	P			
Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec		P			P					
Centre de réadaptation dépendances et santé mentale de l'Estrie (CJPCMG)	I	P/I	I	P/I	P/I	I			P/I	Client anglop.
Centre Dollard-Cormier – IUD	P	P	P	P	P	P	P	I	I	
Centre Jellinek	P		P	I						
Centre Normand	I	I	I	I	I	I		I		
Centre Le Canal/CPR-CN		I	I							
Centre L'Escale/CSSS de la Haute-Gaspésie	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie de Chaudière-Appalaches/ CSSS de Beauce		I					I			
Centre Le Maillon de Laval/ Centre jeunesse de Laval	P	P	I		I	I				
Le Tremplin/CSSS du Nord de Lanaudière	I	I	P/I	I	I	I				
Centre André-Boudreau		P/I								
Centre de réadaptation en dépendance Le Virage		P/I			P/I					
Pavillon Foster		I						I	P	Chinois
%	41,2 %	70,6 %	47,1 %	35,3 %	47,1 %	41,2 %	23,5 %	17,6 %	17,6 %	
CRAN		I	I		P/I	I				
Le Grand Chemin	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
La Maison Jean Lapointe	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

P Prog/Serv I Interv, exp P/I 2 modes

ANNEXE 2
Résultats de l'analyse des programmations

LES VALEURS ET LES PRINCIPES SOUS-JACENTS AUX PROGRAMMATIONS DES ÉTABLISSEMENTS	ÉTABLISSEMENTS
Tient compte de l'environnement social/ recherche son implication active	79 %
Le respect	71 %
L'accessibilité des services	71 %
L'unicité des usagers	64 %
L'autodétermination/ Recherche l'implication active des usagers	64 %
L'amélioration continue des services	64 %
L'alliance thérapeutique	50 %
Le partenariat	43 %
Croire en leur capacité de changement	36 %
La qualité des services	36 %
La continuité des services	36 %
L'adaptation continue des services aux besoins des usagers	29 %
L'efficacité/efficience des services	29 %
La responsabilisation	21 %
La réinsertion sociale	21 %
La complémentarité des services	21 %
L'expérience et la compétence des cliniciens	21 %
La transparence	14 %
La confiance	14 %
L'acceptation	14 %
La confidentialité	14 %
Des services le plus près possible du milieu de vie	14 %
La multidisciplinarité	14 %
Le dynamisme, la cohésion et la qualité du climat au sein des équipes	14 %
L'authenticitié	7 %
La compassion	7 %
La dignité	7 %
L'intégrité	7 %
L'entraide	7 %
L'intégration et l'appartenance	7 %
La rétention en traitement	7 %
Joindre les clientèles plus vulnérables	7 %
L'engagement du personnel	7 %

LES MODÈLES DE COMPRÉHENSION	ÉTABLISSEMENTS
Vision biopsychosociale de la problématique et du traitement	86 %
Vision écosystémique des problèmes et des solutions	36 %
Reconnaissance de la nature chronique des problèmes chez certains	14 %

LES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES DES ÉTABLISSEMENTS	ÉTABLISSEMENTS
Motivationnelle	71 %
Cognitive-comportementale/prévention de rechute	71 %
Réduction des méfaits	64 %
Thérapie réalité/théorie du choix	29 %
Analyse transactionnelle	14 %
Recours aux groupes d'entraide	14 %
Pharmacologique	14 %
Psychodynamique	7 %
Humaniste	7 %
Conjugale	7 %
Thérapie orientée vers les solutions	7 %
Accompagnement *(coaching)*	7 %
Psychoéducation	7 %
Gestion de cas	7%

AXES D'APPARIEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DANS LEUR PROGRAMME TOXICOMANIE ADULTE	ÉTABLISSEMENTS
Motivation	50 %
Niveaux de soins (ASAM)	43 %
Étapes du traitement (stratégique - croissance; stabilisation-amélioration-consolidation)	36 %
Objectifs vs consommation (abstinence vs réduction)	21 %
Troubles concomitants - santé mentale/toxicomanie	14 %
Problèmes de justice	7 %
Âgés	7 %

ANNEXE 3
Approche par étape et par niveau de soins *(stepped care)*

Cette approche implique une évaluation rigoureuse en vue d'offrir à l'individu un niveau de soins qui tienne compte de ses besoins, de ses attentes et de ce que requiert sa condition. Par exemple, au centre Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec (DMCQ), cette évaluation, en utilisant les outils NID-ÉP et NID-ÉM, se réalise à partir des paramètres d'évaluation de l'American Society of Addiction Medicine (ASAM) qui reposent sur deux critères, soit la présence d'un diagnostic d'abus ou de dépendance à un psychotrope et le profil de l'usager au regard des six dimensions suivantes : l'état d'intoxication/le risque de sevrage, la santé physique, la santé mentale, la motivation au changement, le risque de rechutes, l'environnement social. Les résultats de l'évaluation sont discutés dans le cadre d'une intervention motivationnelle où on vise, avec le client, à convenir d'une orientation qui respecte sa condition actuelle et les objectifs de changement auxquels il adhère. Enfin, un monitorage continu de ces éléments permet d'ajuster le niveau de soins requis.

À titre d'exemple, nous vous présentons un tableau et une situation qui illustrent différents niveaux de soins et le recours aux principes de l'approche par étape et par niveau de soins.[1]

Sous-programmes centrés sur la modification de la consommation	**EXTERNE Réduction de la consommation**	**Instrumentation à l'abstinence**			**EXTERNE Prévention de la rechute/ Consolidation**
		EXTERNE Régulier	**EXTERNE Intensif**	**Hébergement**	
Prérequis	AEO complété (Évaluation niveau de soins, rétroaction, entretien motivationnel)	AEO complété (Évaluation niveau de soins, rétroaction, entretien motivationnel)	AEO complété (Évaluation niveau de soins, rétroaction, entretien motivationnel)	AEO complété (Évaluation niveau de soins, rétroaction, entretien motivationnel)	Instrumentation de l'abstinence complétée (Régulier, Intensif, Hébergement)
Critères d'inclusion	Vise à réduire sa consommation (en cours de traitement) d'ici 1 mois	Vise à acquérir l'abstinence (en cours de traitement) d'une substance d'ici 1 à 2 semaines	Vise à acquérir l'abstinence (en cours de traitement) de toute substance d'ici 1 à 2 semaines	Vise à maintenir l'abstinence de toute substance en cours de traitement	Vise à maintenir l'abstinence de toute substance en cours de traitement
Durée maximale	4 à 10 semaines	15 semaines	15 semaines	3 semaines	12 semaines
Modalités (nombre de rencontres)	Individuel/tiers (4 à 6) et groupe ouvert (8)	Individuel/tiers (4 à 12) et groupe ouvert (12)	Individuel/tiers (4) et groupe ouvert (24)	Individuel/tiers (3) et groupe ouvert (36)	Groupe ouvert (12)
Durée standard des rencontres	Individuel/tiers : 50 min Groupe : 90 min	Individuel/tiers : 50 min Groupe : 120 min	Individuel/tiers : 50 min Groupe : 120 min	Individuel/tiers : 50 min Groupe : 90 min	Individuel/tiers : 50 min Groupe : 90 min
Nombre maximal de participants par groupe	10	10	10	10	10
Accessibilité	Tous les sites externes	Tous les sites externes	Drummondville, Shawinigan, Trois-Rivières, Victoriaville	Trois-Rivières (Pointe-du-Lac)	Tous les sites externes
Particularités	Compléter IGT et plan d'intervention				Révision du plan d'intervention et nouveau plan
	Rencontre avec entourage en début et en fin de processus				

1 Avec l'autorisation de M. Jean-Marc Ménard, le tableau et la situation sont tirés de la programmation du centre DMCQ.

À la suite de son évaluation, un usager pourrait être informé que son profil de consommation et sa condition actuelle commandent selon les critères de l'ASAM un traitement avec hébergement visant l'arrêt de la consommation, compte tenu des nombreuses conséquences négatives associées à cette consommation, du seuil de dépendance atteint, de sa difficulté marquée à contrôler sa consommation et de son environnement où la consommation est quotidienne et facilement accessible. La personne pourrait approuver cette orientation ou encore s'objecter en invoquant sa capacité à contrôler sa consommation et son désir de limiter le changement à une réduction de sa consommation. Il pourrait être convenu d'orienter la personne vers un suivi hebdomadaire en externe pour travailler cet objectif de réduction. L'expérience de cette orientation pourrait conduire dans une étape subséquente vers la mise en place d'une réduction effective de sa consommation ou encore vers la révision de cette orientation compte tenu de l'absence de réduction observée après deux à trois semaines d'essais, malgré les efforts déployés. Un échange entre l'usager et l'intervenant permettrait à cette étape-ci de reconsidérer sous un jour nouveau les conséquences associées à cette consommation, les difficultés marquées de l'usager à contrôler cette consommation malgré sa volonté, l'orientation de traitement indiquée selon les meilleures pratiques, pour se rapprocher progressivement d'une adhésion à un objectif de changement et à un niveau de soins davantage conforme à la réalité de sa situation.

7 RÉFÉRENCES

ABRAHAM, A. J., KNUDSEN, H. K., ROTHRAUFF, T. C. et ROMAN, P. M. (2010). The adoption of alcohol pharmacotherapies in the clinical trials network: The influence of research network participation. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38*, 275-283.

ACKERMAN, S. J. et HILSENROTH, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.

ADAMSON, S. J., SELLMAN, J. D. et FRAMPTON, C. M. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*, 75-86.

ALARY, M., GODIN, G. et LAMBERT, G. (2005). *Étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec et pistes pour l'intervention*. Québec, QC, Canada : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec.

ALEXANDER, J. A. et LEMAK, C. H. (1997). The effects of managed care on administrative burden in outpatient substance abuse treatment facilities. *Medical Care, 35*, 1060-1068.

ALHO, H. (2002). Drug treatment of alcohol dependence: An evidence based review. *Psychiatria Fennica, 33*, 76-85.

ALTERMAN, A. I., O'BRIEN, C. P., MCLELLAN, T. A., AUGUST, D. S., SNIDER, E. C., DROBA, M. *et al.* (1994). Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 182*, 157-163.

ANDERSON, T., OGLES, B. M., PATTERSON, C. L., LAMBERT, M. J. et VERMEERSCH, D. A. (2009). Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 755-768.

ANDRZEJEWSKI, M. E., KIRBY, K. C., MORRAL, A. R. et IGUCHI, M. Y. (2001). Technology transfer through performance management: The effects of graphical feedback and positive reinforcement on drug treatment counselors' behavior. *Drug and Alcohol Dependence, 63*, 179-186.

ANGLIN, D. M., 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*, 308-323.

ANNIS, H. (1988). Patient-treatment matching in the management of alcoholism. *NIDA Research Monography, 90*, 152-161.

ANTON, R. F., O'MALLEY, S. S., CIRAULO, D. A., CISLER, R. A., COUPER, D., DONOVAN, D. M. *et al.* (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA, 295*.

APODACA, T. R. et LONGABAUGH, R. (2009). Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction, 104*, 705-715.

ASAY, T. P. et LAMBERT, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M.A.Hubble, B. L. Duncan et S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy*, 23-55. Washington, DC, USA: American Psychological Association.

ASSS ESTRIE (2009). *Cadre de référence régional sur le plan de services individualisés Estrie : «Au cœur du PSI : la personne et ses proches»*. Sherbrooke, QC, Canada: Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie.

AZRIN, N. H. (1976). Improvements in the Community-Reinforcement Approach to Alcoholism. *Behavior Research and Therapy, 14*, 339-348.

AZRIN, N. H. et BESALEL, V. (1980). *Job Club Counselor's Manual*. Baltimore, MD, USA: University Press.

AZRIN, N. H. et PHILIP, R. A. (1979). The job club method fo the job handicapped: A comparative outcome study. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 23*, 144-155.

AZRIN, N. H., PHILIP, R. A., THIENES-HONTOS, P. et BESALEL, V. A. (1980). Comparative evaluation of the job club program with welfare recipients. *Journal of Vocational Behavior, 16*, 145.

AZRIN, N. H., SISSON, R. W., MEYERS, R. et GODLEY, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 13*, 105-112.

BABOR, T. F. (2008). Treatment for persons with substance use disorders: mediators, moderators, and the need for a new research approach. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 17 Suppl 1*, S45-S49.

BAER, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 125-143.

BAKER, A. et LEE, N. K. (2003). A review of psychosocial interventions for amphetamine use. *Drug Alcohol Review, 22*.

BALDWIN, S. A., WAMPOLD, B. E. et IMEL, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 842-852.

BALLEW, J. R. et MINK, G. (1996). *Case Management in Social Work (2nd Ed.)*. Springfield, IL,USA: Charles C. Thompson.

BANDURA, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ, USA: Prentice-Hall.

BARBER, J. G. et CRISP, B. R. (1995). The «pressures to change» approach to working with the partners of heavy drinkers. *Addiction*, *90*, 269-276.

BARBER, J. G. et GILBERTSON, R. (1997). Coping with a Partner Who drinks Too Much: Does Anything Work? *Substance Use and Misuse*, *32*, 485-494.

BARBER, J. P., CRITS-CHRISTOPH, P., GRENYER, B. F. et DIGUER, L. (2010). Lester Bernard Luborsky (1920 – 2009). *American Psychologist*, *65*, 293.

BARBER, J. P., GALLOP, R., CRITS-CHRISTOPH, P., BARRETT, M. S., KLOSTERMANN, B. A., MCCARTHY, K. S. *et al*. (2008). The role of the alliance and techniques in predicting outcome of supportive-expressive dynamic therapy for cocaine dependence. *Psychoanalytic Psychology*, *25*, 461-482.

BARTHOLOMEW, N. G., JOE, G. W., ROWAN-SZAL, G. A. et SIMPSON, D. D. (2007). Counselor assessments of training and adoption barriers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *33*, 193-199.

BEAUMONT, C. *et al*. (2010). *Programme régional d'évaluation spécialisée en dépendance – Fondements et modalités d'organisation*. Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ).

BEAUMONT, C., CHARBONNEAU, R., DELISLE, J., LANDRY, A., MÉNARD, J.-M., PAQUETTE, D. *et al*. (2005). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux. Pour une intervention efficace des centres de réadaptation et de leurs partenaires*. Montréal, QC, Canada : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT).

BELL, J., CAPLEHORN, J. R. et MCNEIL, D. R. (1994). The effect of intake procedures on performance in methadone maintenance. *Addiction*, *89*, 463-471.

BERGERON, J., TREMBLAY, J., COURNOYER, L.-G., LANDRY, M. et BROCHU, S. (2008). *L'approche motivationnelle dans les programmes de traitement pour jeunes toxicomanes* (rapport en préparation). Québec, QC, Canada : Fonds québécois de recherche, sciences et culture.

BERNSTEIN, J., BERNSTEIN, E., TASSIOPOULOS, K., HEEREN, T., LEVENSON, S. et HINGSON, R. (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug Alcohol Depend*, *77*.

BERTRAND, K., BEAUMONT, C., DURAND, G. et MASSICOTTE, L. (2006). *Les services de réadaptation offerts par les CRPAT aux jeunes et à leur entourage dans le cadre du programme dépendances. Pratiques gagnantes et offre de services de base*. Montréal, QC, Canada : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes (FQCRPAT).

BEUTLER, L. E. (2000). David and Goliath. When empirical and clinical standards of practice meet. *American Psychologist*, *55*, 997-1007.

BLOSE, J. O. et HOLDER, H. D. (1991). The utilization of medical care by treated alcoholics: longitudinal patterns by age, gender, and type of care. *Journal of Substance Abuse*, *3*, 13-27.

BOOK, J., HARBIN, H., MARQUES, C., SILVERMAN, C., LIZANICH-ARO, S. et LAZARUS, A. (1995). The ASAM and Green Spring alcohol and drug detoxification and rehabilitation criteria for utilization review. *The American Journal on Addictions*, *4*, 187-197.

BORNOVALOVA, M. A. et DAUGHTERS, S. B. (2007). How does dialectical behavior therapy facilitate treatment retention among individuals with comorbid borderline personality disorder and substance use disorders? *Clinical Psychology Review*, *27*, 923-943.

BOWEN, S., CHAWLA, N., COLLINS, S. E., WITKIEWITZ, K., HSU, S., GROW, J. *et al*. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, *30*, 295-305.

BRANDON, T. H., VIDRINE, J. I. et LITVIN, E. B. (2007). Relapse and relapse prevention. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 257-284.

BROCHU, S. (2006). Evidence-Based drug policies. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, *7*, 36-45.

BROCHU, S., BERGERON, J., LANDRY, M., GERMAIN, M. et SCHNEEBERGER, P. (2002). The impact of treatment on criminalized substance addicts. *Journal of Addictive Diseases*, *21*, 23-41.

BROCHU, S., COURNOYER, L. G., TREMBLAY, J., BERGERON, J., BRUNELLE, N. et LANDRY, M. (2006). Understanding treatment impact on drug-addicted offenders. *Substance Use and Misuse*, *41*, 1937-1949.

BROCHU, S., LANDRY, M., BERGERON, J. et CHIOCCHIO, F. (1997). The impact of a treatment process for substance users as a function of their degree of exposure to treatment. *Substance Use and Misuse*, *32*, 1993-2011.

BROOME, K. M., FLYNN, P. M., KNIGHT, D. K. et SIMPSON, D. D. (2007). Program structure, staff perceptions, and client engagement in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *33*, 149-158.

BROOME, K. M., KNIGHT, D. K., EDWARDS, J. R. et FLYNN, P. M. (2009). Leadership, burnout, and job satisfaction in outpatient drug-free treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *37*, 160-170.

BROOME, K. M., SIMPSON, D. D. et JOE, G. W. (1999). Patient and program attributes related to treatment process indicators in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, *57*, 127-135.

BROWN, B. S. et FLYNN, P. M. (2002). The federal role in drug abuse technology transfer: a history and perspective. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *22*, 245-257.

BROWN, E. S., BEARD, L., DOBBS, L. et RUSH, A. J. (2006). Naltrexone in patients with bipolar disorder and alcohol dependence. *Depression and Anxiety*, *23*, 492-495.

BROWN, T. G., SERAGANIAN, P., TREMBLAY, J. et ANNIS, H. M. (2002). Process and outcome changes with relapse prevention versus 12-Step aftercare programs for substance abusers. *Addiction*, *97*, 677-689.

BROWN, T. G., SERAGANIAN, P., TREMBLAY, J. et ANNIS, H. M. (2002). Matching substance abuse aftercare treatments to client characteristics. *Addictive Behaviors*, *27*, 585-604.

BRUST, J. C. M. (2007). *Aspects neurologiques de l'addiction*. Paris, France: Elsevier.

BUDNEY, A. J., HIGGINS, S. T., RADONOVICH, K. J. et NOVY, P. L. (2000). Adding voucher-based incentives to coping skills and motivational enhancement improves outcomes during treatment for marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*.

BURKE, B. L., ARKOWITZ, H. et MENCHOLA, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*.

BYWOOD, P. T., TERAO, H. et ROCHE, A. M. (2008). *Effective dissemination: An examination of theories and models of change for research dissemination in the AOD field*. Adelaide: National Centre for Education and Training on Addiction.

CACCIOLA, J. S., CAMILLERI, A. C., CARISE, D., RIKOON, S. H., MCKAY, J. R., MCLELLAN, A. T. *et al*. (2008). Extending residential care through telephone counseling: Initial results from the Betty Ford center focused continuing care protocol. *Addictive Behaviors, 33*, 1208-1216.

CADCA (2005). *Across Cultures: Uniting the Community to Fight Drugs. Guide diffusé en Webcast par le SAMSHA*. Community Anti-Drug Coalitions of America, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

CAPOCCIA, V. A., COTTER, F., GUSTAFSON, D. H., CASSIDY, E. F., FORD, J. H., MADDEN, L. *et al*. (2007). Making «stone soup»: improvements in clinic access and retention in addiction treatment. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 33*, 95-103.

CARISE, D., BROOKS, A., ALTERMAN, A., MCLELLAN, A. T., HOOVER, V. et FORMAN, R. (2009). Implementing evidence-based practices in community treatment programs: initial feasibility of a counselor «toolkit». *Substance Abuse, 30*, 239-243.

CARR, C. J., XU, J., REDKO, C., LANE, D. T., RAPP, R. C., GORIS, J. *et al*. (2008). Individual and system influences on waiting time for substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*.

CARROLL, K. M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical psychopharmacology, 4*, 46-54.

CARROLL, K. M., BALL, S. A., NICH, C., MARTINO, S., FRANKFORTER, T. L. *et al*. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment of substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence, 81*, 301-312.

CARROLL, K. M., FARENTINOS, C., BALL, S. A., CRITS-CHRISTOPH, P., LIBBY, B., MORGENSTERN, J. *et al*. (2002). MET meets the real world: design issues and clinical strategies in the Clinical Trials Network. *Journal of Substance Abuse Treatment, 23*, 73-80.

CARROLL, K. M., LIBBY, B., SHEEHAN, J. et HYLAND, N. (2001). Motivational interviewing to enhance treatment initiation in substance abusers: an effectiveness study. *American Journal on Addictions, 10*.

CARROLL, K. M., NICH, C., BALL, S. A., MCCANCE, E. et ROUNSAVILE, B. J. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction, 93*, 713-727.

CARRUZZO, E., ZIMMERMANNA, G., ZUFFEREY, C., MONNAT, M., ROUGEMONT-BUECKING, A., BESSON, J. *et al*. (2008). L'entretien motivationnel, une nouvelle « panacée » dans la prise en charge de patients toxicodépendants? Une revue de littérature. *Pratiques psychologiques, 15*, 405-413.

CASEY FAMILY PROGRAMS AND THE U.S.DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2001). *The starting early starting smart story*. Washington, DC, USA: Casey Family Programs and the U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

CASTONGUAY, L.-G. et BEUTLER, L. E. (2006). Principles of Therapeutic Change: A Task Force on Participants, Relationships, and Techniques Factors. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 631-638.

CCLAT (2010). *Compétences pour les intervenants canadiens en toxicomanie*. Ottawa, ON, Canada : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

CCLAT (2005). *Toxicomanie au Canada : Enjeux et options actuels*. Ottawa, ON, Canada : Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

CHANUT, F., BROWN, T. G. et DONGUIER, M. (2005). Motivational interviewing and clinical psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*, 715-721.

CHICK, J., HOWLETT, H., MORGAN, M. Y. et RITSON, B. (2000). United Kingdom Multicentre Acamprosate Study (UKMAS): a 6-month prospective study of acamprosate versus placebo in preventing relapse after withdrawal from alcohol. *Alcohol Alcohol, 35*, 176-187.

CHUN, J., GUYDISH, J. R., SILBER, E. et GLEGHORN, A. (2008). Drug treatment outcomes for persons on waiting lists. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 34*, 526-533.

CLARK, J. J. (2009). Contemporary psychotherapy research: implications for substance misuse treatment and research. *Substance Use and Misuse, 44*, 42-61.

CLEARY, M., HUNT, G. E., MATHESON, S. et WALTER, G. (2008). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *Journal of Advanced Nursing, 65*, 238-258.

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*, 25-33.

CONDELLI, W. S., KOCH, M. A. et FLETCHER, B. (2000). Treatment refusal/attrition among adults randomly assigned to programs at a drug treatment campus: The New Jersey Substance Abuse Treatment Campus, Seacaucus, NJ, USA. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18*, 395-407.

CONDON, T. P., MINER, L. L., BALMER, C. W. et PINTELLO, D. (2008). Blending addiction research and practice: strategies for technology transfer. *Journal of Substance Abuse Treatment, 35*, 156-160.

CONNORS, G. J., WALITZER, K. S. et DERMEN, K. H. (2002). Preparing clients for alcoholism treatment: Effects on treatment participation and outcomes. *Journal of Counsulting and Clinical Psychology, 70*, 1161-1169.

COONEY, N., BABOR, T., DICLEMENTE, C. et DEL BOCA, F. K. (2003). *Clinical and scientific implications of Project MATCH. Treatment matching in alcoholism*. New York, NY, USA: Cambridge University Press.

COPELAND, J., SWIFT, W., ROFFMAN, R. et STEPHENS, R. (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive-behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment, 21*, 55-64.

COVIELLO, D. M., ALTERMAN, A. I., RUTHERFORD, M., CACCIOLA, J. S., MCKAY, J. R. et ZANIS, D. A. (2001). The effectiveness of two intensities of psychosocial treatment for cocaine dependence. *Drug and Alcohol Abuse, 61*, 145-154.

COVIELLO, D. M., ZANIS, D. A., WESNOSKI, S. A. et ALTERMAN, A. I. (2006). The effectiveness of outreach case management in re-enrolling discharged methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence, 85*, 56-65.

CRITS-CHRISTOPH, P., GIBBONS, M. B., GALLOP, R., RING-KURTZ, S., BARBER, J. P., WORLEY, M. *et al*. (2008). Supportive-Expressive Psychodynamic Therapy for Cocaine Dependence: A Closer Look. *Psychoanalytic Psychology, 25*, 483-498.

CRITS-CHRISTOPH, P., RING-KURTZ, S., MCCLURE, B., TEMES, C., KULAGA, A., GALLOP, R. *et al*. (2010). A randomized controlled study of a web-based performance improvement system for substance abuse treatment providers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38*, 251-262.

CRITS-CHRISTOPH, P., SIQUELAND, L., BLAINE, J., FRANK, A., LUBORSKY, L., ONKEN, L. S. *et al*. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry, 56*, 493-502.

CRITS-CHRISTOPH, P., SIQUELAND, L., BLAINE, J., FRANK, A., LUBORSKY, L., ONKEN, L. S. *et al*. (1997). The National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. Rationale and methods. *Archives of General Psychiatry, 54*, 721-726.

CRITS-CHRISTOPH, P., SIQUELAND, L., CHITTAMS, J., BARBER, J. P., BECK, A. T., FRANK, A. *et al*. (1998). Training in cognitive, supportive-expressive, and drug counseling therapies for cocaine dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 484-492.

CRITS-CHRISTOPH, P., SIQUELAND, L., MCCALMONT, E., WEISS, R. D., GASTFRIEND, D. R., FRANK, A. *et al*. (2001). Impact of psychosocial treatments on associated problems of cocaine-dependent patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 825-830.

CSAT (2009). *Clinical Supervision and Professional Development of the Substance Abuse Counselor (TIP 52)* (Rep. N° 09-4435). Rockville, MD, USA: Center for Substance Abuse Treatment. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (DHHS Publication N° -SMA- 09-4435).

CUILLERIER, G., FORGET, D. et DUCHARME, R. (2002). Agir en attendant... Profil et trajectoire des personnes en attente de service au Centre André-Boudreau.

CUNNINGHAM, J. A. (2000). Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite? *Drug and Alcohol Dependence, 59*, 211-213.

DE LEON, G., MELNICK, G. et CLELAND, C. M. (2008). Client matching: a severity-treatment intensity paradigm. *Journal of Addictive Diseases, 27*, 99-113.

DEFULIO, A., DONLIN, W. D., WONG, C. J. et SILVERMAN, K. (2009). Employment-based abstinence reinforcement as a maintenance intervention for the treatment of cocaine dependence: a randomized controlled trial. *Addiction, 104*, 1530-1538.

DELL, C. A. et POOLE, N. (2009). *Appliquer une analyse sur le sexe, le genre et la diversité au Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada*. Ottawa, ON, Canada : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie.

DEMARCE, J. M., LASH, S. J., STEPHENS, R. S., GRAMBOW, S. C. et BURDEN, J. L. (2008). Promoting continuing care adherence among substance abusers with co-occurring psychiatric disorders following residential treatment. *Addictive Behaviors, 33*, 1104-1112.

DEMBO, R., WALTERS, W. et MEYERS, K. (2005). A pratice/research collaborative: An innovative to identifying and responding to psychosocial functioning problems and recidivism risk among juvenile arrestees. *Journal of Offender Rehabilitation, 41*, 39-66.

DENNIS, M. L., SCOTT, C. K., FUNK, R. et FOSS, M. A. (2005a). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28 Suppl 1*, S51-S62.

DENNIS, M., SCOTT, C. K., FUNK, R. et FOSS, M. A. (2005b). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*, S51-S62.

DESROSIERS, P. (2008). *Les services de désintoxication dans les CRD – meilleures pratiques et offre de services de base dans un contexte de réseau intégré de services*. Montréal, QC, Canada : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ).

DESROSIERS, P., FABRÈS, É. et SAVARD, P. (2009). *Traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution*. Montréal, QC, Canada : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ).

DESROSIERS, P. et JACQUES, C. (2009). *Les services en jeu pathologique dans les centres de réadaptation en dependance. Guide de bonnes pratiques et offre de services de base.* Montréal, QC, Canada : Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ).

DIMEFF, L. A. et LINEHAN, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addiction Science & Clinical Practice, 4*, 39-47.

DONLIN, W. D., KNEALING, T. W., NEEDHAM, M., WONG, C. J. et SIVERMAN, K. (2008). Attendance rates in a workplace predict subsequent outcome of employment-based reinforcement of cocaine abstinence in methadone patients. *Journal of Applied Behavior Analysis, 41*, 499-516.

DONOVAN, D. M., ANTON, R. F., MILLER, W. R., LONGABAUGH, R., HOSKING, J. D. et YOUNGBLOOD, M. (2008). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence (The COMBINE Study): examination of posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69*, 5-13.

DONOVAN, D. M., ROSENGREN, D. B., DOWNEY, L., COX, G. B. et SLOAN, K. L. (2001). Attrition prevention with individuals awaiting publicly funded drug treatment. *Addiction, 96*.

DUCHARME, L.J., KNUDSEN, H. K. et ROMAN, P. M. (2008). Emotional exhaustion and turnover intention in human service occupations: The protective role of co-worker support. *Sociological Spectrum, 28*, 81-104.

DUCHARME, L. J., KNUDSEN, H. K., ROMAN, P. M. et JOHNSON, J. A. (2007). Innovation adoption in substance abuse treatment: exposure, trialability, and the Clinical Trials Network. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*, 321-329.

DUCKERT, F., AMUNDSEN, A. et JOHNSON, J. (1992). What happens to drinking after therapeutic intervention? *British Journal of Addiction, 87*, 1457-1467.

DUHAMEL, D. (2007). *Toxicomanie et phénomène suicidaire : Savoir pour mieux intervenir.* Montréal, QC, Canada : Centre Dollard-Cormier.

DUNCAN, B. L., MILLER, S. D., WAMPOLD, B. E. et HUBBLE, M. A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy (2nd ed.)*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.

DUNN, C., DEROO, L. et RIVARA, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction, 96*, 1725-1742.

DURKIN, E. M. (2002). An organizational analysis of psychosocial and medical services in outpatient drug abuse treatment programs. *Social Service Review, 76*, 406-429.

DUTRA, L., STATHOPOULOU, G., BASDEN, S. L., LEYRO, T. M., POWERS, M. B. et OTTO, M. W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *American Journal of Psychiatry, 165*, 179-187.

EDWARDS, G., ORFORD, J., EGERT, S., GUTHRIE, S., HAWKER, A., HENSMAN, C. *et al.* (1977). Alcoholism: a controlled trial of «treatment» and «advice». *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 38*, 1004-1031.

EPSTEIN, E. E. et MCCRADY, B. S. (2002). Couple therapy in the treatment of alcohol problems. In A.S.Gurman et N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3rd ed., p. 597-628). New York, NY, USA: Guilford Press.

EPSTEIN, E. E., MCCRADY, B. S., MORGAN, T., COOK, S. M., KUGLER, G. et ZIEDONIS, D. (2007a). Couples treatment for drug-dependent males: Preliminary efficacy of a stand alone outpatient model. *Addictive Disorders & Their Treatment, 6*, 21-37.

EPSTEIN, E. E., MCCRADY, B. S., MORGAN, T., COOK, S. M., KUGLER, G. et ZIEDONIS, D. (2007b). The successive cohort design: A model for developing new behavioral therapies for drug use disorders, and application to beharioral couple treatment. *Addictive Disorders & Their Treatment, 6*, 1-19.

ETHERIDGE, R. M., CRADDOCK, S. G., HUBBARD, R. L. et ROUNDS-BRYANT, J. L. (1999). The relationship of counseling and self-help participation to patient outcomes in DATOS. *Drug Alcohol Dependence, 57*, 99-112.

ETTNER, S. L., HUANG, D., EVANS, E., ASH, D. R., HARDY, M., JOURABCHI, M. *et al.* (2006). Benefit-cost in the California treatment outcome project: does substance abuse treatment «pay for itself»? *Health Services Research, 41*, 192-213.

FALS-STEWART, W., BIRCHLER, G. R. et KELLEY, M. L. (2006). Learning sobriety together: A randomized clinical trial examining behavioral couples therapy with alcoholic female patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 579-591.

FALS-STEWART, W., BIRCHLER, G. R. et O'FARRELL, T. J. (1996). Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: Effects on relationship adjustment and drug-using behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 959-972.

FALS-STEWART, W., KASHDAN, T. B., O'FARRELL, T. J. et BIRCHLER, G. R. (2002). Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: Effects on partner violence. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*, 87-96.

FALS-STEWART, W., KLOSTERMANN, K., YATES, B. T., O'FARRELL, T. J. et BIRCHLER, G. R. (2005). Brief relationship therapy for alcoholism: a randomized clinical trial examining clinical efficacy and cost-effectiveness. *Psychology of Addictive Behavior, 19*, 363-371.

FALS-STEWART, W., O'FARRELL, T. J. et BIRCHLER, G. R. (1997). Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: a cost outcomes analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 789-802.

FALS-STEWART, W., O'FARRELL, T. J., BIRCHLER, G. R. et GORMAN, C. (2004). *Manual 2: Brief Behavioral Couples Therapy for Drug Abuse & Alcoholism: A 6-Session Manual.* (vol. 2) Buffalo, NY, USA: Addiction and Family Research Group.

FALS-STEWART, W., O'FARRELL, T. J., FEEHAN, M., BIRCHLER, G. R., TILLER, S. et MCFARLIN, S. K. (2000). Behavioral couples therapy versus individual-based treatment for male substance-abusing patients: An evaluation of significant individual change and comparison of improvement rates. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *18*, 249-254.

FESTINGER, D. S., LAMB, R. J., KOUNTZ, M. R., KIRBY, K. C. et MARLOWE, D. (1995). Pretreatment dropout as a function of treatment delay and client variables. *Addictive Behaviors*, *20*, 111-115.

FESTINGER, D. S., LAMB, R. J., MARLOWE, D. B. et KIRBY, K. C. (2002). From telephone to office: intake attendance as a function of appointment delay. *Addictive Behaviors*, *27*, 131-137.

FINDINGS (2009). *Style not content key to matching patients to therapeutic approaches*. Document téléchargé le 15 juin 2010 du site Web **http://findings.org.uk/count/downloads/download.php?file=Providence.nug# 5077**. *Drug and Alcohol Findings*. United Kingdom.

FIORENTINE, R. (2001). Counseling frequency and the effectiveness of outpatient drug treatment: revisiting the conclusion that «more is better». *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *27*, 617-631.

FIORENTINE, R. et ANGLIN, M.D. (1997). Does increasing the opportunity for counseling increase the effectiveness of outpatient drug treatment? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *23*, 369-382.

FIORENTINE, R. et ANGLIN, M. D. (1996). More is better: counseling participation and the effectiveness of outpatient drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *13*, 341-348.

FIXSEN, D. L., NAOOM, S. F., BLASE, K. A., FRIEDMAN, R. M. et WALLACE, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL, USA: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, the National Implementation Research Network.

FLICKER, S. M., WALDRON, H. B., TURNER, C. W., BRODY, J. L. et HOPS, H. (2008). Ethnic matching and treatment outcome with Hispanic and Anglo substance-abusing adolescents in family therapy. *Journal of Family Psychology*, *22*, 439-447.

FORD, J. H., GREEN, C. A., HOFFMAN, K. A., WISDOM, J. P., RILEY, K. J., BERGMANN, L. *et al*. (2007). Process improvement needs in substance abuse treatment: admissions walk-through results. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *33*, 379-389.

FORMAN, R., CRITS-CHRISTOPH, P., KAYNAK, O., WORLEY, M., HANTULA, D. A., KULAGA, A. *et al*. (2007). A feasibility study of a web-based performance improvement system for substance abuse treatment providers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *33*, 363-371.

FORMAN, R. F. et NAGY, P. D. (2006). *Substance abuse: Clinical issues in intensive outpatient treatment (TIP47)*. Rockville, MD, USA: SAMHSA.

FRENCH, M. T., FANG, H. et FRETZ, R. (2010). Economic evaluation of a prerelease substance abuse treatment program for repeat criminal offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *38*, 31-41.

FRENCH, M. T., MAUSKOPF, J. A., TEAGUE, J. L. et ROLAND, E. J. (1996). Estimating the dollar value of health outcomes from drug-abuse interventions. *Medical Care*, *34*, 890-910.

FRENCH, M. T., MCCOLLISTER, K. E., CACCIOLA, J., DURELL, J. et STEPHENS, R. L. (2002a). Benefit-cost analysis of addiction treatment in Arkansas: specialty and standard residential programs for pregnant and parenting women. *Substance Abuse*, *23*, 31-51.

FRENCH, M. T., SALOME, H. J. et CARNEY, M. (2002). Using the DATCAP and ASI to estimate the costs and benefits of residential addiction treatment in the State of Washington. *Social Science & Medicine*, *55*, 2267-2282.

FRENCH, M. T., SALOME, H. J., SINDELAR, J. L. et MCLELLAN, A. T. (2002b). Benefit-cost analysis of addiction treatment: methodological guidelines and empirical application using the DATCAP and ASI. *Health Services Research*, *37*, 433-455.

FRIEDMANN, P. D., ALEXANDER, J. A. et D'AUNNO, T. A. (1999). Organizational correlates of access to primary care and mental health services in drug abuse treatment units. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *16*, 71-80.

FULLER, B. E., RIECKMANN, T., NUNES, E. V., MILLER, M., ARFKEN, C., EDMUNDSON, E. *et al*. (2007). Organizational Readiness for Change and opinions toward treatment innovations. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *33*, 183-192.

GARCIA-RODRIGUEZ, O., SECADES-VILLA, R., HIGGINS, S. T., FERNANDEZ-HERMIDA, J. R., CARBALLO, J. L., ERRASTI PEREZ, J. M. *et al*. (2009). Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: A randomized controlled trial. *Experimental and Clinical psychopharmacology*, *17*, 131-138.

GARITI, P., ALTERMAN, A. I., HOLUB-BEYER, E., VOLPICELLI, J. R., PRENTICE, N. et O'BRIEN, C. P. (1995). Effects of an appointment reminder call on patient show rates. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *12*, 207-212.

GARNER, B. R. (2009). Research on the diffusion of evidence-based treatments within substance abuse treatment: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *36*, 376-399.

GARETT, J., LANDAU-STANTON, J., STANTON, M. D., STELLATO-KABAT, J. et STELLATO-KABAT, D. (1997). ARISE: a method for engaging reluctant alcohol- and drug-dependent individuals in treatment. Albany-Rochester Interventional Sequence for Engagement. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *14*, 235-248.

GARRETT, J. et LANDAU, J. (2007). Family Motivation to Change — A Major Factor in Engaging Alcoholics in Treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *25*, 65-83.

GARRETT, J., LANDAU, J., SHEA, R., STANTON, D., BACIEWICZ, G. et BRINKMAN-SULL, D. (1998). The arise intervention: Using family and network links to engage addicted persons in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15*, 333-343.

GASTPAR, M., BONNET, U., BONING, J., MANN, K., SCHMIDT, L. G., SOYKA, M. *et al*. (2002). Lack of efficacy of naltrexone in the prevention of alcohol relapse: results from a German multicenter study. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 22*, 592-598.

GEERLINGS, P., ANSOMS, C. et VAN DEN BRINK, W. (1997). Acamprosate and prevention of relapse in alcoholics. *European Addiction Research, 3*, 129-137.

GENTILELLO, L. M. et DUGGAN, P. (1993). Family intervention with the alcoholic after major injury in the trauma center setting. In T.J. O'Farrell (Ed.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions*, 381-402. New York, NY, USA: Guilford Press.

GHOSE, T. (2008). Organizational- and individual-level correlates of posttreatment substance use: a multilevel analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*, 249-262.

GODFREY, C., STEWART, D. et GOSSOP, M. (2004). Economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2-year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Addiction, 99*, 697-707.

GOSSOP, M. (2006). *Treating Drug Misuse Problems: Evidence of Effectiveness*. UK: NHS: National Treatment Agency for Substance Misuse.

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*, 89-98.

GOTTHEIL, E., MCLELLAN, T. et DRULEY, K. A. (1992). Length of stay, patient severity and treatment outcome: sample data from the field of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol, 53*, 69-75.

GOTTHEIL, E., MCLELLAN, A. T. et DRULEY, K. A. (1981). *Matching patient needs and treatment methods in alcoholism and drug abuse*. Springfield, IL, USA: Charles C. Thomas.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2007). *Unis dans l'action : Programme-services Dépendances : Offre de service 2007-2012*, Québec, QC, Canada : Gouvernement du Québec.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2006). *Unis dans l'action : Cadre de référence et guide de bonnes pratiques. Pour orienter le traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution*, Québec, QC, Canada : Gouvernement du Québec.

GREENER, J. M., JOE, G. W., SIMPSON, D. D., ROWAN-SZAL, G. A. et LEHMAN, W. E. (2007). Influence of organizational functioning on client engagement in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*, 139-147.

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*, 145-154.

GRELLA, C. E., HSER, Y. I., JOSHI, V. et ANGLIN, M. D. (1999). Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence, 57*, 151-166.

GRENYER, B. F. (1995). *Treatment manual for supportive-expressive dynamic psychotherapy : special adaptation for treatment of cannabis (marijuana) dependence / Brin F.S. Grenyer, Lester Luborsky & Nadia Solowij*. Sydney : National Drug and Alcohol Research Centre.

GRIFFETH, R. W., HOM, P. W. et GAERTNER, S. (2000). A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover: Update, moderator tests, and research implications for the next millennium. *Journal of Management, 26*, 463-488.

GUYDISH, J., WERDEGAR, D., SORENSEN, J. L., CLARK, W. et ACAMPORA, A. (1998). Drug abuse day treatment: a randomized clinical trial comparing day and residential treatment programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 280-289.

GUYDISH, J., WOODS, W. J., DAVIS, T., BOSTROM, A. et FRAZIER, Y. (2001). Does centralized intake improve drug abuse treatment outcomes? *Journal of Substance Abuse Treatment, 20*, 265-273.

HAAGA, D. A., HALL, S. M. et HAAS, A. (2006a). Participant factors in treating substance use disorders. In L.-G.Castonguay et L. E. Beutler (Eds.), *Principles of Therapeutic Change that Work*, 272-292. New York, NY, USA: Oxford University Press.

HAAGA, D. A., MCCRADY, B. et LEBOW, J. (2006b). Integrative principles for treating substance use disorders. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 675-684.

HARMON, S. C., LAMBERT, M. J., SMART, D. M., HAWKINS, E., NIELSEN, S. L., SLADE, K. *et al*. (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist-Client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy Research, 17*, 379-392.

HARRINGTON GODLEY, S., GODLEY, M. D., PRATT, A. et WALLACE, J. L. (1994). Case management services for adolescent substance abusers: A program description. *Journal of Substance Abuse Treatment, 11*, 309-317.

HARRIS, A. H. S., MCKELLAR, J. D., MOOS, R. H., SCHAEFER, J. A. et CRONKITE, R. C. (2006). Predictors of engagement in continuing care following residential substance use disorder treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 84*, 93-101.

HARWOOD, H. (2007). Don't forget the workplace. *Psychiatric Services, 58*, 191.

HAWKINS, E. J., LAMBERT, M. J., VERMEERSCH, D. A., SLADE, K. et TUTTLE, K. C. (2004). The Therapeutic Effects of Providing Patient Progress Information to Therapists and Patients. *Psychotherapy Research, 14*, 308-327.

HEALEY, A., KNAPP, M., ASTIN, J., GOSSOP, M., MARSDEN, J., STEWART, D. *et al*. (1998). Economic burden of drug dependency. Social costs incurred by drug users at intake to the National Treatment Outcome Research Study. *The British Journal of Psychiatry, 173*, 160-165.

HEINRICH, C. J. et LYNN, L. E., Jr. (2002). Improving the organization, management, and outcomes of substance abuse treatment programs. *The Amercian Journal of Drug and Alcohol Abuse, 28*, 601-622.

HENGGELER, S. W., CHAPMAN, J. E., ROWLAND, M. D., HALLIDAY-BOYKINS, C. A., RANDALL, J., SHACKELFORD, J. *et al*. (2007). If you build it, they will come: statewide practitioner interest in contingency management for youths. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*, 121-131.

HERSH, D., VAN, K., Jr. et KRANZLER, H. R. (1998). Naltrexone treatment of comorbid alcohol and cocaine use disorders. *Psychopharmacology (Berlin), 139*, 44-52.

HETTEMA, J., STEELE, J. et MILLER, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 91-111.

HIGGINS, S. T., BUDNEY, A. J., BICKEL, W. K. et HUGUES, J. R. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *The American Journal of Psychiatry, 150*, 763-769.

HIGGINS, S. T., BUDNEY, A. J., BICKEL, W. K., BADGER, G. J., FOERG, F. E. et OGDEN, D. (1995). Outpatient behavioral treatment for cocaine dependence: One-year outcome. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 3*, 205-212.

HIGGINS, S. T., BUDNEY, A. J., BICKEL, W. K., FOERG, F. E., DONHAM, R. et BADGER, G. J. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry, 51*, 568-576.

HIGGINS, S. T., HEIL, S. H., DANTONA, R., DONHAM, R., MATTHEWS, M. et BADGER, G. J. (2007). Effects of varying the monetary value of voucher-based incentives on abstinence achieved during and following treatment among cocaine-dependent outpatients. *Addiction, 102*, 271-281.

HOFFMAN, K. A., FORD, J. H., CHOI, D., GUSTAFSON, D. H. et MCCARTY, D. (2008). Replication and sustainability of improved access and retention within the Network for the Improvement of Addiction Treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 98*, 63-69.

HOLDER, H. D. et BLOSE, J. O. (1991). A comparison of occupational and nonoccupational disability payments and work absences for alcoholics and nonalcoholics. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 33*, 453-457.

HOLDER, H. D., CISLER, R. A., LONGABAUGH, R., STOUT, R. L., TRENO, A. J. et ZWEBEN, A. (2000). Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH. *Addiction, 95*.

HORNG, F. F. et CHUEH, K. H. (2004). Effectiveness of telephone follow-up and counseling in aftercare for alcoholism. *The Journal of Nursing Research, 12*, 11-20.

HORSFALL, J., CLEARY, M., HUNT, G. E. et WALTER, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Harvard Review of Psychiatry, 17*, 24-34.

HSER, Y. I., ANGLIN, M. D., GRELLA, C., LONGSHORE, D. et PRENDERGAST, M. L. (1997). Drug treatment careers. A conceptual framework and existing research findings. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*, 543-558.

HSER, Y. I., JOSHI, V., MAGLIONE, M., CHOU, C. P. et ANGLIN, M. D. (2001). Effects of program and patient characteristics on retention of drug treatment patients. *Evaluation and Program Planning, 24*, 341.

HSER, Y. I., MAGLIONE, M., POLINSKY, M. L. et ANGLIN, D. M. (1998). Predicting drug treatment entry among treatment-seeking individuals. *Substance Abuse Treatment, 15*, 213-220.

HSER, Y. I., POLINSKY, M. L., MAGLIONE, M. et ANGLIN, M. D. (1999). Matching clients' needs with drug treatment services. *Journal of Substance Abuse Treatment, 16*, 299-305.

HUANG, M. C., CHEN, C. H., YU, J. M. et CHEN, C. C. (2005). A double-blind, placebo-controlled study of naltrexone in the treatment of alcohol dependence in Taiwan. *Addiction Biology, 10*, 289-292.

HUBBARD, R. L., CRADDOCK, S. G. et ANDERSON, J. (2003). Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS). *Journal of Substance Abuse Treatment, 25*, 125-134.

HUBBARD, R. L., CRADDOCK, S. G., FLYNN, P. M., ANDERSON, J. et ETHERIDGE, R. M. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors, 11*, 261-278.

HUBBLE, M. A., DUNCAN, B. L. et MILLER, S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.

HUBBLE, M. A., DUNCAN, B. L., MILLER, S. D. et WAMPOLD, B. E. (2010). Introduction. In B.L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold et M. A. Hubble (Eds.). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy (2nd ed.)*, 23-46. Washington, DC, USA: American Psychological Association.

HUNT, G. M. et AZRIN, N. H. (1973). A Community Reinforcement Approach to Alcoholism. *Behavior Research and Therapy, 11*, 91-104.

HUNTER-REEL, D., MCCRADY, B. et HILDEBRANDT, T. (2009). Emphasizing interpersonal factors: an extension of the Witkiewitz and Marlatt relapse model. *Addiction, 104*, 1281-1290.

ILGEN, M. et MOOS, R. (2005). Deterioration following alcohol-use disorder treatment in project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol, 66*, 517-525.

IMEL, Z. E., WAMPOLD, B. E., MILLER, S. D. et FLEMING, R. R. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*, 533-543.

INSTITUTE OF MEDICINE (1998). *Bridging the gap between practice and research: Forging partnerships with community-based drug and alcohol treatment*, Washington, DC, USA: National Academy Press.

IRVIN, J. E., BOWERS, C. A., DUNN, M. E. et WANG, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 563-570.

JOE, G. W., BROOME, K. M., ROWAN-SZAL, G. A. et SIMPSON, D. D. (2002). Measuring patient attributes and engagement in treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*, 183-196.

JOHNSON INSTITUTE (1987). *How to use intervention in your professional practice: A guide for helping-professionals who work with chemical dependents and their families*. Minneapolis, MN, USA: Johnson Institute Books.

JOHNSON, J. A., KNUDSEN, H. K. et ROMAN, P. M. (2002). Counselor turnover in private facilities. *Frontlines: Linking Alcohol Services Research and Practice, 5*, 8.

JOHNSON, S. M. et GREENMAN, P. S. (2006). The path to a secure bond: Emotionally focused couple therapy. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 597-609.

JOHNSON, S. M., HUNSLEY, J., GREENBERG, L. et SCHINDLER, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 67-79.

JUNG, Y. C. et NAMKOONG, K. (2006). Pharmacotherapy for alcohol dependence: anticraving medications for relapse prevention. *Yonsei Medical Journal, 47*, 167-178.

KAHLER, C. W., MCCRADY, B. S. et EPSTEIN, E. E. (2003). Sources of distress among women in treatment with their alcoholic partners. *Journal of Substance Abuse Treatment, 24*, 257-265.

KARNO, M. P. et LONGABAUGH, R. (2007). Does matching matter? Examining matches and mismatches between patient attributes and therapy techniques in alcoholism treatment. *Addiction, 102*, 587-596.

KASKUTAS, L. A. (2009). Alcoholics Anonymous effectiveness: Faith meets science. *Journal of Addictive Diseases, 28*, 145-157.

KELLEY, M. L. et FALS-STEWART, W. (2002). Couples- versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: effects on children's psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 417-427.

KELLY, J. F., MAGILL, M. et STOUT, R. L. (2009). How do people recover from alcohol dependence? A systematic review of the research on mechanisms of behavior change in Alcoholics Anonymous. *Addiction Research & Theory, 17*, 236-259.

KIRBY, K. C., MARLOWE, D. B., FESTINGER, D. S., GARVEY, K. A. et LAMONACA, V. (1999). Community reinforcement training for family and significant others of drug abusers: a unilateral intervention to increase treatment entry of drug users. *Drug and Alcohol Dependence, 56*, 85-96.

KLINGEMANN, H. K. H. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction, 86*, 727-744.

KLINGER, E. et COX, W. M. (2004). Motivation and the theory of current concerns. In W. M. Cox et E. Klinger (Eds.), *Handbook of Motivational Counseling: Concepts, Approaches, and Assessment*, 3-27. West Sussex, England: John Wiley & Sons.

KNUDSEN, H. K., ABRAHAM, A. J., JOHNSON, J. A. et ROMAN, P. M. (2009). Buprenorphine adoption in the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *Journal of Substance Abuse Treatment, 37*, 307-312.

KNUDSEN, H. K., DUCHARME, L. J. et ROMAN, P. M. (2008). Clinical supervision, emotional exhaustion, and turnover intention: a study of substance abuse treatment counselors in the Clinical Trials Network of the National Institute on Drug Abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment, 35*, 387-395.

KNUDSEN, H. K., DUCHARME, L. J. et ROMAN, P. M. (2007). Research network involvement and addiction treatment center staff: Counselor attitudes toward buprenorphine. *The American Journal on Addictions, 16*, 365-371.

KNUDSEN, H. K. et STUDTS, J. L. (2010). The implementation of tobacco-related brief interventions in substance abuse treatment: A national study of counselors. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38*, 212-219.

KOENIG, L., SIEGEL, J. M., HARWOOD, H., GILANI, J., CHEN, Y. J., LEAHY, P. *et al.* (2005). Economic benefits of substance abuse treatment: findings from Cuyahoga County, Ohio. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28 Suppl 1*, S41-S50.

KOWNACKI, R. J. et SHADISH, W. R. (1999). Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments. *Subsance Use and Misuse, 34*, 1897-1916.

KRAFT, M. K. et DICKINSON, J. E. (1997). Partnerships for improved service delivery: The Newark Target Cities Project. *Health & Social Work, 22*, 143-148.

KRANZLER, H. R., MODESTO-LOWE, V. et VAN, K. J. (2000). Naltrexone vs. nefazodone for treatment of alcohol dependence. A placebo-controlled trial. *Neuropsychopharmacology, 22*, 493-503.

KRAUS, D. R. (2010). Le thérapeute « validé empiriquement » : les cliniciens ont tous leurs forces et leurs faiblesses. *Cahier de recherche et pratique. Ordre des psychologues du Québec, 1*, 12-15.

KRUPSKI, A., SEARS, J. M., JOESCH, J. M., ESTEE, S., HE, L., DUNN, C. *et al.* (2010). Impact of brief interventions and brief treatment on admissions to chemical dependency treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 110*, 126-136.

KRYSTAL, J. H., CRAMER, J. A., KROL, W. F., KIRK, G. F. et ROSENHECK, R. A. (2001). Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *New England Journal of Medicine, 345*, 1734-1739.

LADEWIG, D., KNECHT, T., LEHER, P. et FENDL, A. (1993). Acamprosate—a stabilizing factor in long-term withdrawal of alcoholic patients. *Therapeutic Umschau.*, *50*, 182-188.

LAMBERT, M. J. (2010). Suivi en temps réel et réponse à la psychothérapie : une pratique fondée sur les données probantes. *Cahier de recherche et pratique. Ordre des psychologues du Québec*, *1*, 10-11.

LAMBERT, M. J., HANSEN, N. B. et FINCH, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome dat to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 159-172.

LAMBERT, M. J., WHIPPLE, J. L., HAWKINS, E. J., VERMEERSCH, D. A., NIELSEN, S. L. et SMART, D. W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 288-301.

LAMBERT, M. J., WHIPPLE, J. S., SMART, D. M., VERMEERSCH, D. A., NIELSEN, S. L. et HAWKINS, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, *11*, 49-68.

LANDAU, J., GARRETT, J., SHEA, R. R., STANTON, M. D., BRINKMAN-SULL, D. et BACIEWICZ, G. (2000). Strength in numbers: the ARISE method for mobilizing family and network to engage substance abusers in treatment. A Relational Intervention Sequence for Engagement. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *26*, 379-398.

LANDAU, J., STANTON, M. D., BRINKMAN-SULL, D., IKLE, D., MCCORMICK, D., GARRETT, J. *et al.* (2004). Outcomes with the ARISE approach to engaging reluctant drug- and alcohol-dependent individuals in treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *30*, 711-748.

LASH, S. J. et BLOSSER, S. L. (1999). Increasing adherence to substance abuse aftercare group therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *16*, 55-60.

LANDRY, M. et LECAVALIER, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits dans le champ de la réadaptation en toxicomanie : un facteur de changements. *Drogues, santé et société*, *2*, 124-140.

LANDRY, M., BROCHU, S., NADEAU, L., BRUNELLE, N., BERGERON, J., COURNOYER, L.-G. *et al.* (2010). Quinze années de recherche au RISQ : bilan des connaissances sur l'impact des traitements. *Drogues, santé et société*, *8*, 187-231.

LANDRY, M., GUYON, L. et BROCHU, S. (2001). *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie : études québécoises*. Sainte-Foy, QC : Presses de l'Université Laval.

LASH, S. J. (1998). Increasing participation in substance abuse aftercare treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *24*, 31-36.

LASH, S. J. et DILLARD, W. (1996). Encouraging participation in aftercare group therapy among substance-dependent men. *Psychological Reports*, *79*, 585-586.

LASH, S. J., GILMORE, J. D., BURDEN, J. L., WEAVER, K. R., BLOSSER, S. L. et FINNEY, M. L. (2005). The impact of contracting and prompting substance abuse treatment entry: a pilot trial. *Addictive Behaviors*, *30*, 415-422.

LASH, S. J., PETERSEN, G. E., O'CONNOR, E. A. et LEHMANN, L. P. (2001). Social reinforcement of substance abuse aftercare group therapy attendance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *20*, 3-8.

LASH, S. J., STEPHENS, R. S., BURDEN, J. L., GRAMBOW, S. C., DEMARCE, J. M., JONES, M. E. *et al.* (2007). Contracting, prompting, and reinforcing substance use disorder continuing care: a randomized clinical trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, *21*, 387-397.

LEBOW, J., KELLY, J., KNOBLOCH-FEDDERS, L. M. et MOOS, R. (2006). Relationship factors in treating substance use disorders. In L.-G.Castonguay et L. E. Beutler (Eds.), *Principles of Therapeutic Change that Work*, 293-317. London, England: Oxford University Press.

LEE, N. K. et RAWSON, R. A. (2008). A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Review*, *27*, 309-317.

LEHMAN, W. E., GREENER, J. M. et SIMPSON, D. D. (2002). Assessing organizational readiness for change. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *22*, 197-209.

LEICHSENRING, F., SALZER, S., JAEGER, U., KACHELE, H., KREISCHE, R., LEWEKE, F. *et al.* (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *166*, 875-881.

LEMAK, C. H., ALEXANDER, J. A. et CAMPBELL, C. (2003). Administrative burden and its implications for outpatient substance abuse treatment organizations. *Psychiatric Services*, *54*, 705-711.

LIEPMAN, M. R. (1993). Using family influence to motivate alcoholics to enter treatment: The Johnson Institute Intervention approach. In T. J. O'Farrell (Ed.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions*, 54-77. New York, NY, USA: Guilford Press.

LIEPMAN, M. R., NIRENBERG, T. D., DOOLITTLE, R. H., BEGIN, A. M., BROFFMAN, T. E. et BABICH, M. E. (1989). Family functioning of male alcoholics and their female partners during periods of drinking and abstinence. *Family Process*, *28*, 239-249.

LINDQUIST, C. U. (1986). Battered women as coalcoholics: Treatment implications and case study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *23*, 622-628.

LINEHAN, M. M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY, USA: Guilford Press.

LINEHAN, M. M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York, NY, USA: Guilford Press.

LINEHAN, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, *1*, 328-333.

LOGAN, D. G. (1983). Getting alcoholics to treatment by social network intervention. *Hospital and Community Psychiatry*, *34*, 360-361.

LONG, C. G., WILLIAMS, M. et HOLLIN, C. R. (1998). Treating alcohol problems: A study of programme effectiveness and cost effectiveness according to length and delivery of treatment. *Addiction*, *93*, 561-571.

LONGABAUGH, R., WIRTZ, P. W., ZWEBEN, A. et STOUT, R. L. (1998). Network Support for drinking, alcoholics anonymous and long-term matching effects. *Addiction*, *93*, 1313-1333.

LOPEZ VIETS, V. (2008). Helping latino families concerned about a loved one. *Alcoholism Treatment Quarterly*, *25*, 111-123.

LOUIS, K. S., KRUSE, S. D. et BRYK, A. S. (1995). Professionalism and community: What is it and why is it important in urban schools? In K.S.Louis et S. D. Kruse (Eds.), *Professionalism and Community: Perspectives on Reforming Urban Schools*, 3-22. Thousand Oaks, CA, USA: Corwin Press.

LUBORSKY, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive (SE) Treatment*. New York, NY, USA: Basic Books.

LUBORSKY, L., BARBER, J. P. et CRITS-CHRISTOPH, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*, 281-287.

LUBORSKY, L. et CRITS-CHRISTOPH, P. (1997). *Understanding Transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method (2nd Edition)*. American Psychological Association.

LUBORSKY, L., CRITS-CHRISTOPH, P., MCLELLAN, A. T., WOODY, G., PIPER, W., LIBERMAN, B. *et al*. (1986). Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. *American Journal of Orthopsychiatry*, *56*, 501-512.

LUBORSKY, L., GRAFF, H., PULVER, S. et CURTIS, H. (1973). A clinical-quantitative examination of consensus on the concept of transference. *Archives of General Psychiatry*, *29*, 69-75.

LUBORSKY, L., WOODY, G. E., MCLELLAN, A. T., O'BRIEN, C. P. et ROSENZWEIG, J. (1982). Can independent judges recognize different psychotherapies? An experience with manual-guided therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*, 49-62.

LUNDAHL, B. W., KUNZ, C. B., TOLLEFSON, D. et BURKE, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, *20*, 137-160.

LUNDGREN, L. M., SCHILLING, R. F. et PELOQUIN, S. D. (2005). Evidence-based drug treatment practice and the child welfare system: the example of methadone. *Social Work*, *50*, 53-63.

LUTY, J. (2003). What works in drug addiction? *Advances in Psychiatric Treatment*, *9*, 280-288.

MAGILL, M. et RAY, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *70*, 516-527.

MAGURA, S., STAINES, G., KOSANKE, N., ROSENBLUM, A., FOOTE, J., DELUCA, A. *et al*. (2003). Predictive validity of the ASAM Patient Placement Criteria for naturalistically matched vs. mismatched alcoholism patients. *American Journal of Addiction*, *12*, 386-397.

MALLAMS, J. H., GODLEY, M. D., HALL, G. M. et MEYERS, R. J. (1982). A social-systems approach to resocializing alcoholics in the community. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *43*, 1115-1123.

MANN, K. (2004). Pharmacotherapy of alcohol dependence: a review of the clinical data. *CNS Drugs*, *18*, 485-504.

MANN, K., LEHERT, P. et MORGAN, M. Y. (2004). The efficacy of acamprosate in the maintenance of abstinence in alcohol-dependent individuals: results of a meta-analysis. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, *28*, 51-63.

MARIJUANA TREATMENT PROJECT RESEARCH GROUP (2004). Brief treatments for cannabis dependence: findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 455-466.

MARK, D. et LUBORSKY, L. (1992). *A Manual for the Use of Supportive-Expressive Psychotherapy in the Treatment of Cocaine Abuse*. Philadephia, PA, USA: Department of Psychiatry, University of Pennsylvania.

MARK, T. L., WOODY, G. E., JUDAY, T. et KLEBER, H. D. (2001). The economic costs of heroin addiction in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, *61*, 195-206.

MARLATT, G. A. (1999). *From hindsight to foresight: A commentary on project MATCH*. New York, NY, USA: Guilford Press.

MARLATT, G. A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In G. A. Marlatt et J. R. Gordon (Eds.), *Relapse Prevention*, 250-280. New York, NY, USA: Guilford Press.

MARQUES, A. C. et FORMIGONI, M. L. C. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction*, *96*, 835-846.

MARSH, J. C., CAO, D., GUERRERO, E. et SHIN, H. C. (2009). Need-service matching in substance abuse treatment: racial/ethnic differences. *Evaluation and Program Planning*, *32*, 43-51.

MARTELL, B. A., ORSON, F. M., POLING, J., MITCHELL, E., ROSSEN, R. D., GARDNER, T. *et al*. (2009). Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial. *Archives of General Psychiatry*, *66*, 1116-1123.

MARTINO, S., CARROLL, K. M., NICH, C. et ROUNSAVILLE, B. J. (2006). A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. *Addiction*, *101*.

MASON, B. J., GOODMAN, A. M., CHABAC, S. et LEHERT, P. (2006). Effect of oral acamprosate on abstinence in patients with alcohol dependence in a double-blind, placebo-controlled trial: the role of patient motivation. *Journal of Psychiatric Research*, *40*, 383-393.

MAUDE-GRIFFIN, P. M., HOHENSTEIN, J. M., HUMFLEET, G. L., REILLY, P. M., TUSEL, D. J. et HALL, S. M. (1998). Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 832-837.

MCCARTY, D., GUSTAFSON, D. H., WISDOM, J. P., FORD, J., CHOI, D., MOLFENTER, T. *et al*. (2007). The Network for the Improvement of Addiction Treatment (NIATx): enhancing access and retention. *Drug and Alcohol Dependence*, *88*, 138-145.

MCCAUGHRIN, W. C. et PRICE, R. H. (1992). Effective outpatient drug treatment organizations: Program features and selection effects. *International Journal of the Addictions*, *27*, 1335-1358.

MCCAUL, M. E. et SVIKIS, D. (1991). Improving patient compliance in outpatient treatment: Clinician-targeted interventions. In C. G. Pickens, G. Leukefeld et C. R. Schuster (Eds.), *Improving Drug Abuse Treatment (NIDA Research Monograph No 106)*, 204-217. Rockville, MD, USA: National Institute of Drug Abuse.

MCCONNELL, K. J., HOFFMAN, K. A., QUANBECK, A. et MCCARTY, D. (2009). Management practices in substance abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *37*, 79-89.

MCCRADY, B. S. et EPSTEIN, E. E. (1995). Marital therapy in the treatment of alcohol problems. In N.S.Jacobson et A. S. Gurman (Eds.), *Clinical Handbook of Couple Therapy*, 369-393. New York, NY, USA: Guilford Press.

MCCRADY, B. S., EPSTEIN, E. E. et HIRSCH, L. S. (1999). Maintaining change after conjoint behavioral alcohol treatment for men: outcomes at 6 months. *Addiction*, *94*, 1381-1396.

MCCRADY, B. S., EPSTEIN, E. E. et KAHLER, C. W. (2004). Alcoholics anonymous and relapse prevention as maintenance strategies after conjoint behavioral alcohol treatment for men: 18-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 870-878.

MCCRADY, B. S., HAAGA, D. A. et LEBOW, J. (2006). Integration of therapeutic factors in treating substance abuse disorders. In L.-G.Castonguay et L. E. Beutler (Eds.), (pp. 341-350). London, England: Oxford University Press.

MCCRADY, B. S. et NATHAN, P. E. (2006). Treatment factors in treating substance use disorders. In L.-G. Castonguay et L. E. Beutler (Eds.), *Principles of Therapeutic Change that Work*, 319-340. London, England: Oxford University Press.

MCCRADY, B. S., NOEL, N. E., ABRAMS, D. B. et STOUT, R. L. (1991). Effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *British Journal of Addiction*, *86*, 1415-1424.

MCCRADY, B. S., NOEL, N. E., ABRAMS, D. B. et STOUT, R. L. (1986). Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, *47*, 459-467.

MCCUSKER, J., BIGELOW, C., VICKERS-LAHTI, M., SPOTTS, D., GARFIELD, F. et FROST, R. (1997). Planned duration of residential drug abuse treatment: Efficacy versus effectiveness. *Addiction*, *92*, 1467-1478.

MCCUSKER, J., VICKERS-LAHTI, M., STODDARD, A., HINDIN, R., BIGELOW, C., ZORN, M. *et al*. (1995). The effectiveness of alternative planned durations of residential drug abuse treatment. *American Journal of Public Health*, *85*, 1426-1429.

MCELRATH, D. (1997). The Minnesota Model. *Journal of Psychoactive Drugs*, *29*, 141-144.

MCGOVERN, M. P. et CARROLL, K. M. (2003). Evidence-based practices for substance use disorders. *Psychiatric Clinic of North America*, *26*, 991-1010.

MCKAY, J. R. (2009). Continuing care research: what we have learned and where we are going. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *36*, 131-145.

MCKAY, J. R. (2005). Is there a case for extended interventions for alcohol and drug use disorders? *Addiction*, *100*, 1594-1610.

MCKAY, J. R., ALTERMAN, A. I., MCLELLAN, A. T., SNIDER, E. C. et O'BRIEN, C. P. (1995). Effect of random versus nonrandom assignment in a comparison of inpatient and day hospital rehabilitation for male alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 70-78.

MCKAY, J. R., CACCIOLA, J. S., MCLELLAN, T. A., ALTERMAN, A. I. et WIRTZ, P. W. (1997). An initial evaluation of the psychosocial dimensions of the American Society of Addiction Medicine criteria for inpatient versus intensive outpatient substance abuse rehabilitation. *Journal of Studies on Alcohol*, *58*, 239-252.

MCKAY, J. R., CARISE, D., DENNIS, M. L., DUPONT, R., HUMPHREYS, K., KEMP, J. *et al*. (2009). Extending the benefits of addiction treatment: Practical strategies for continuing care and recovery. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *36*, 127-130.

MCKEE, S. A., CARROLL, K. M., SINHA, R., ROBINSON, J. E., NICH, C., CAVALLO, D. *et al*. (2007). Enhancing brief cognitive-behavioral therapy with motivational enhancement techniques in cocaine users. *Drug and Alcohol Dependence*, *91*, 97-101.

MCLELLAN, A. T., CACCIOLA, J. C., ALTERMAN, A. I., RIKOON, S. H. et CARISE, D. (2006). The Addiction Severity Index at 25: Origins, Contributions and Transitions. *American Journal on Addictions*, *15*, 113-124.

MCLELLAN, A. T., GRISSOM, G. R., BRILL, P., DURELL, J., METZGER, D. S. et O'BRIEN, C. P. (1993). Private substance abuse treatments: are some programs more effective than others? *Journal of Substance Abuse Treatment*, *10*, 243-254.

MCLELLAN, A. T., KEMP, J., BROOKS, A. et CARISE, D. (2008). Improving public addiction treatment through performance contracting: the Delaware experiment. *Health Policy*, *87*, 296-308.

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*, 1689-1695.

MCLELLAN, A. T., MCKAY, J. R., FORMAN, R., CACCIOLA, J. et KEMP, J. (2005a). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction, 100*, 447-458.

MCLELLAN, A. T., MCKAY, J. R., FORMAN, R., CACCIOLA, J. et KEMP, J. (2005b). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: From retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction, 100*, 447-458.

MCMURRAN, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology, 14*, 83-100.

MEE-LEE, D., MCLELLAN, A. T. et MILLER, S. D. (2010). What works in substance abuse and dependence treatment. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold et M. A. Hubble (Eds.), *The Heart and Soul of Change (2nd Edition). Delivering What works in Therapy*, 393-417. Washington, DC, USA: American Psychological Association.

MEE-LEE, D., SHULMAN, G. D., FISHMAN, M., GASTFRIEND, D. R. et GRIFFITH, J. H. (2001). *ASAM-PPC-2R. ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Reladed Disorders. Second Edition-Revised*. Chevy Chase, MD, USA: American Society of Addiction Medicine.

MERCER, D. et WOODY, G. (1992). *Addiction Counseling*. Philadelphia PA, USA: Center for Studies of Addiction, University of Pennsylvania, Philadelphia Veterans Affairs Medical Center.

MERCIER, C., LANDRY, M., CORBIÈRE, M. et PERREAULT, M. (2004). Measuring Clients' Perceptions as Outcome Measurement. In A. R. Roberts et K. R. Yeager (Eds.), *Evidence-Based Practice Manual: Research and Outcome Measures in Health and Human Services*, 904-917. London, England: Oxford University Press.

MERTENS, J. R., WEISNER, C. M. et RAY, G. T. (2005). Readmission among chemical dependency patients in private, outpatient treatment: patterns, correlates and role in long-term outcome. *Journal of Studies on Alcohol, 66*, 842-847.

MESSINA, N., GRELLA, C. E., CARTIER, J. et TORRES, S. (2010). A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38*, 97-107.

MEYERS, R. E. (1986). How to understand the relationship between psychopathology and addictive disorders. In R. E. Meyer (Ed.), *Psychopathology and Addictive Disorders*, 301-362. New York, NY, USA: Guilford Press.

MEYERS, R. J., DOMINGUEZ, T. P. et SMITH, J. E. (1996). Community reinforcement training with concerned others. In V. B. Van Hasselt et M. Hersen (Eds.), *Sourcebook of psychological treatment manuals for adult disorder,* 257-294. New York, NY, USA: Plenum Press.

MEYERS, R. J., MILLER, W. R. et SMITH, J. E. (2001). Community reinforcement and family training (CRAFT). In R. J. Meyers et W. R. Miller (Eds.), *A community reinforcement approach to addiction treatment. International research monographs in the addictions*, 147-160. New York, NY, USA: Cambridge University Press.

MEYERS, R. J., MILLER, W. R., SMITH, J. E. et TONIGAN, J. S. (2002). A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1182-1185.

MEYERS, R. J. et SMITH, J. E. (1995). *Clinical Guide to Alcohol Treatment: The Community Reinforcement Approach*. New York, NY, USA: Guilford Press.

MEYERS, R. J., VILLANUEVA, M. et SMITH, J. E. (2005). The Community Reinforcement Approach: History and new directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 19*, 247-260.

MILLER, S. D., DUNCAN, B. L., BROWN, J., SORRELL, R. et CHALK, M. (2006). Using formal client feedback to improve outcome and retention: Making ongoing real-time assessment available. *Journal of Brief Therapy, 5*, 5-22.

MILLER, W. R. (2000). Rediscovering fire: small interventions, large effects. *Psychology of Addictive Behaviors, 14*, 6-18.

MILLER, W. R. (1995). *Motivationnal Enhancement Therapy with Drug Abusers*. Albuquerque, NM, USA: National Institute on Drug Abuse (R01-DA08896).

MILLER, W. R., MEYERS, R. J. et TONIGAN, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 688-697.

MILLER, W. R., MEYERS, R. J., TONIGAN, J. S. et GRANT, K. A. (2001). Community Reinforcement and traditional approaches: Findings of a controlled trial. In R. J. Meyers et W. R. Miller (Eds.), *A Community Reinforcement Approach to the Treatment of Addiction*. Cambridge, England: University Press.

MILLER, W. R. et ROLLNICK, S. (2006). *L'entretien motivationnel : Aider la personne à engager le changement (traduction de Dorothée Lécaillier et Philippe Michaud)*. Paris, France: Inter-Éditions.

MILLER, W. R. et ROLLNICK, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd edition)*. New York, NY, USA: Guilford Press.

MILLER, W. R., SORENSEN, J. L., SELZER, J. A. et BRIGHAM, G. S. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: a review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*, 25-39.

MILLER, W. R., WALTERS, S. T. et BENNETT, M. E. (2001). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 62*, 211-220.

MILLER, W. R. et WILBOURNE, P. L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, *97*, 265-277.

MILLER, W. R., ZWEBEN, A., DICLEMENTE, C. C. et RYCHTARIK, R. G. (1992). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*. (vol. 2) Rockville, MD, USA: National Institute on alcohol abuse and alcoholism.

MOOS, R. H. (2005). Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, *100*, 595-604.

MOOS, R. H., KING, M. J., BURNETT, E. B. et ANDRASSY, J. M. (1997). Community residential program policies, services, and treatment orientations influence patients' participation in treatment. *Journal of Substance Abuse*, *9*, 171-187.

MOOS, R. H. et MOOS, B. S. (2006). Participation in treatment and Alcoholics Anonymous: a 16-year follow-up of initially untreated individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 735-750.

MOOS, R. H. et MOOS, B. S. (2005). Paths of entry into alcoholics anonymous: consequences for participation and remission. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, *29*, 1858-1868.

MOOS, R. H. et MOOS, B. S. (1998). The staff workplace and the quality and outcome of substance abuse treatment. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *59*, 43-51.

MOOS, R. H., PETTIT, B. et GRUBER, V. A. (1995). Characteristics and outcomes of three models of community residential care for abuse patients. *Journal of Substance Abuse*, *7*, 99-116.

MORGENSTERN, J. et MCKAY, J. R. (2007). Rethinking the paradigms that inform behavioral treatment research for substance use disorders. *Addiction*, *102*, 1377-1389.

NADEAU, L. (2001). La cooccurence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux. In M. Landry, L. Guyon et S. Brochu (Eds.), *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises*, 45-71. Québec, QC, Canada : Les presses de l'Université Laval.

NAMKOONG, K., LEE, B. O., LEE, P. G., CHOI, M. J. et LEE, E. (2003). Acamprosate in Korean alcohol-dependent patients: a multi-centre, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Alcohol Alcohol*, *38*, 135-141.

NEMES, S., WISH, E. D. et MESSINA, N. (1999). Comparing the impact of standard and abbreviated treatment in a therapeutic community. Findings from the district of Columbia treatment initiative experiment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *17*, 339-347.

NIAAA (2007). *Helping patients who drink too much: A clinician's Guide*. Rockville, MD, USA: U.S. Department of Health and Human Services.

NIDA (2009). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (2nd edition)*. Rockville, MD, USA: U.S. Department of Health and Human Services.

NOËL, L., LAFOREST, J. et ALLARD, P.-R. (2007). *Usage de drogues par injection et interventions visant à réduire la transmission du VIH et du VHC*. Québec, QC, Canada : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Gouvernement du Québec.

NUTTBROCK, L. A., RAHAV, M., RIVERA, J. J., NG-MAK, D. S. et LINK, B. G. (1998). Outcomes of homeless mentally ill chemical abusers in community residences and a therapeutic community. *Psychiatric Services*, *49*, 68-76.

O'FARRELL, T. J. (1993). A behavioral marital therapy couples group program for alcoholics and their spouses. In T. J. O'Farrell et W. R. Miller (Eds.), *Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions*, 170-209. New York, NY, USA: Guilford Press.

O'FARRELL, T. J., CHOQUETTE, K. A. et CUTTER, H. S. G. (1998). Couples relapse prevention sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: Outcomes during the three years after starting treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, *59*, 357-370.

O'FARRELL, T. J., CUTTER, H. S. G., CHOQUETTE, K. A., FLOYD, F. J. et BAYOG, R. (1992). Behavioral marital therapy for male alcoholics: Marital and drinking adjustment during the two years after treatment. *Behavior Therapy*, *23*, 529-549.

O'FARRELL, T. J., CUTTER, H. S. et FLOYD, F. J. (1985). Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: Effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. *Behavior Therapy*, *16*, 147-167.

O'FARRELL, T. J. et FALS-STEWART, W. (2006). *Behavioral Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse*. New York, NY, USA: Guilford Press.

O'FARRELL, T. J., MURPHY, C. M., STEPHAN, S. H., FALS-STEWART, W. et MURPHY, M. (2004). Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for male alcoholic patients: the role of treatment involvement and abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 202-217.

O'MALLEY, S. S., JAFFE, A. J., RODE, S. et ROUNSAVILLE, B. J. (1996). Experience of a «slip» among alcoholics treated with naltrexone or placebo. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 281-283.

OGBORNE, A. C. et GRAVES, G. (2005). *Optimisation de la main-d'œuvre affectée au traitement des toxicomanies au Canada : Résultats d'une enquête nationale auprès des fournisseurs de services*. Ottawa, ON, Canada : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

ORWIN, R. G., ELLIS, B., WILLIAMS, V. et MARANDA, M. (2000). Relationships Beetween Treatment Components, Clint-Level Factors, and Positive Treatment Outcomes. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *22*, 383-397.

OSLIN, D., LIBERTO, J. G., O'BRIEN, J. et KROIS, S. (1997). Tolerability of naltrexone in treating older, alcohol-dependent patients. *American Journal on Addictions*, *6*, 266-270.

PATTISON, E. M., SOBELL, M. B. et SOBELL, L. C. (1977). *Emerging Concepts of Alcohol Dependence*. New York, NY, USA: Springer.

PELISSIER, B., JONES, N. et CADIGAN, T. (2007). Drug treatment aftercare in the criminal justice system: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*, 311-320.

PERREAULT, M., WHYTE, N. D., FABRÈS, É., LANDRY, M., ANNESTIN, A. S. et RABOUIN, D. Relationship between perceived improvement and treatment satisfaction among clients of a methadone maintenance program. *Evaluation and Program Planning*, (sous presse).

PETRAKIS, I. L., POLING, J., LEVINSON, C., NICH, C., CARROLL, K. et ROUNSAVILLE, B. (2005). Naltrexone and disulfiram in patients with alcohol dependence and comorbid psychiatric disorders. *Biological Psychiatry, 57*, 1128-1137.

POLICH, M., ARMOR, D. J. et BRAIKER, H. B. (1981). *The Course of Alcoholism: Four Years Later*. New York, NY, USA: Wiley.

POLICH, J. M., ARMOR, D. J. et BRAIKER, H. B. (1980). *The course of alcoolism: Four years after treatment (R-2433-NIAAA)*. Santa Monica, CA, USA: The Rand Corporation.

POWERS, M. B., VEDEL, E. et EMMELKAMP, P. M. G. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 28*, 952-962.

PRENDERGAST, M. L., PODUS, D., CHANG, E. et URADA, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence, 67*, 53-72.

PROJECT MATCH RESEARCH GROUP (1998a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity : Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clinical Experimental Research, 22*, 1300-1311.

PROJECT MATCH RESEARCH GROUP (1998b). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 59*, 631-639.

PROJECT MATCH RESEARCH GROUP (1998c). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research, 8*, 455-474.

PROJECT MATCH RESEARCH GROUP (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol, 58*, 7-29.

RANGE, B. P. et MARLATT, G. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for alcohol and drug use disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30 Suppl 2*, S88-S95.

RAPP, R. C., OTTO, A. L., LANE, D. T., REDKO, C., MCGATHA, S. et CARLSON, R. G. (2008). Improving linkage with substance abuse treatment using brief case management and motivational interviewing. *Drug and Alcohol Dependence, 94*.

RAPP, R. C., XU, J., CARR, C. A., LANE, D. T., WANG, J. et CARLSON, R. (2006). Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *Journal of Substance Abuse Treatment, 30*, 227-235.

REDKO, C., RAPP, R. C. et CARLSON, R. G. (2007). Pathways of substance users linking (or not) with treatment. *Journal of Drug Issues, 37*, 597-618.

REESE, R. J., NORSWORTHY, L. A. et ROWLANDS, S. R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*, 418-431.

REHM, J., BALIUNAS, D., BROCHU, S., FISCHER, B., GNAM, W., PATRA, J. *et al.* (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002. Points saillants*. Ottawa, ON, Canada : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

RIVERS, J. E. et ANWYL, R. S. (2000). Juvenile assessment centers: strengths, weaknesses, and potential. *The Prison Journal, 80*, 96-113.

ROGERS, C. (1951). *Client-Centered Therapy*. Boston, MA, USA: Houghton Mifflin.

ROGERS, C. R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context*, 184-256. New York, NY, USA: McGraw-Hill.

ROGERS, E. M. (2003). *Diffusion of Innovations (5th ed.)*. New York, NY, USA: Free Press.

ROHRBAUGH, M. J. et SHOHAM, V. (2002). Couple treatment for alcohol abuse: A systemic family-consultation model. In S.G.Hofmann et M. C. Tompson (Eds.), *Treating Chronic and Severe Mental Disorders: A Handbook of Empirically Supported Interventions*, 277-295. New York, NY, USA: Guilford Press.

ROMAN, P. M., DUCHARME, L. J. et KNUDSEN, H. K. (2006). Patterns of organization and management in private and public substance abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*, 235-243.

ROOZEN, H. G., BOULOGNE, J. J., VAN TULDER, M. W., VAN DEN, B. W., DE JONG, C. A. et KERKHOF, A. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence, 74*, 1-13.

RÖSNER, S., LEUCHT, S., LEHERT, P. et SOYKA, M. (2008). Acamprosate supports abstinence, naltrexone prevents excessive drinking: evidence from a meta-analysis with unreported outcomes. *Journal of Psychopharmacology, 22*, 11-23.

ROUSSAUX, J. P., HERS, D. et FERAUGE, M. (1996). Does acamprosate diminish the appetite for alcohol in weaned alcoholics? *Journal de pharmacie de Belgique, 51*, 65-68.

ROWAN-SZAL, G. A., GREENER, J. M., JOE, G. W. et SIMPSON, D. D. (2007). Assessing program needs and planning change. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*, 121-129.

RUBACK, S. L. M., SANBOECK, A., LAURITZEN, T. et CHRISTENSEN, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice, 55*, 305-312.

RYAN, R. M. et DECI, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*, 68-78.

RYCHTARIK, R. G., CONNORS, G. J., WHITNEY, R. B., MCGILLICUDDY, N. B., FITTERLING, J. M. et WIRTZ, P. W. (2000). Treatment settings for persons with alcoholism: evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 277-289.

SACKS, S., SACKS, J. Y., MCKENDRICK, K., BANKS, S. et STOMMEL, J. (2004). Modified TC for MICA offenders: crime outcomes. *Behavioral Sciences & the Law, 22*, 477-501.

SAFRAN, J. D. et MURAN, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 233-243.

SALDANA, L., CHAPMAN, J. E., HENGGELER, S. W. et ROWLAND, M. D. (2007). The Organizational Readiness for Change scale in adolescent programs: Criterion validity. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*, 159-169.

SAMHSA (2009). *Identifying and Selecting Evidence-Based Interventions Revised Guidance Document for the Strategic Prevention Framework State Incentive Grant Program*. Rockville, MD, USA: U.S. Departement of Health and Human Services.

SAMHSA (2008). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. Inservice training. Based on a Treatment Improvement Protocol (TIP 42)*. Rockville, MD, USA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of Health and Human Services.

SAMHSA (2007). *Understanding Evidence-Based Practices for Co-Occurring Disorders*. Rockville, MD, USA: U.S. Departement of Health and Human Services.

SAMHSA (2006). *Treatment Episode Data Set (TEDS): 2004. Discharges from Substance Abuse Treatment Services* (Rep. nº DASIS Series: S-35, DHHS Publication nº (SMA) 06-4207). Rockville, MD, USA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies.

SAMHSA (1998). *Substance abuse among older adults. Treatment Improvement Protocol (TIP 26)*. Rockville, MD, USA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of Health and Human Services.

SANTÉ CANADA (2006). *Intervention précoce, services d'approche et liens communautaires pour femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa, ON, Canada : Gouvernement du Canada.

SANTÉ CANADA (2002a). *Meilleures pratiques. Traitement et réadaptation des personnes aînées ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa, ON, Canada : Gouvernement du Canada.

SANTÉ CANADA (2002b). *Meilleures pratiques. Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*. Ottawa, ON, Canada : Gouvernement du Canada.

SANTÉ CANADA (1999). *Meilleures pratiques: Alcoolisme et toxicomanie - Traitement et réadaptation*. Santé Canada.

SANTÉ CANADA (1998). *Recherche documentaire. Stratégies relatives à l'évaluation des programmes de lutte contre l'abus des substances chez les autochtones : examen de la question*. Ottawa, ON, Canada : Gouvernement du Canada.

SCHMITZ, J. M., OSWALD, L. M., JACKS, S. D., RUSTIN, T., RHOADES, H. M. et GRABOWSKI, J. (1997). Relapse prevention treatment for cocaine dependence: Group vs. individual format. *Addictive Behaviors, 22*, 405-418.

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*, 959-971.

SEARS, C., DAVIS, T. et GUYDISH, J. (2002). Effects of treatment history and centralized intake on drug treatment outcomes. *Journal of Psychoactive Drugs, 34*, 87-95.

SEDERER, L. I. et BENNETT, M. J. (1996). Managed mental health care in the united States: A status report. *Administration and Policy Mental Health and Mental Health Services Research, 23*, 289-307.

SELIGMAN, M. E. P. (1996). Science as an ally of practice. *American Psychologist, 51*, 1072-1079.

SELLS, S. B. et SIMPSON, D. D. (1980). The case for drug abuse treatment effectiveness, based on the DARP research program. *British Journal of Addiction, 75*, 117-131.

SHEARER, J. (2007). Psychosocial approaches to psychostimulant dependence: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*, 41-52.

SHOHAM, V., ROHRBAUGH, M. J., STICKLE, T. R. et JACOB, T. (1998). Demand-withdraw couple interaction moderates retention in cognitive-behavioral versus family-systems treatments for alcoholism. *Journal of Family Psychology, 12*, 557-577.

SHWARTZ, M., BAKER, G., MULVEY, K. P. et PLOUGH, A. (1997). Improving publicly funded substance abuse treatment: The value of case management. *American Journal of Public Health, 87*, 1659-1664.

SIEGAL, H. A. (1998). *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment (TIP 27)*. Rockville, MD, USA: Centre for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

SILVA, C. J. et SERRA, A. M. (2004). Cognitive and cognitive-behavioral therapy for substance abuse disorders. *Revista Brasileira de Psyiquiatria, 26*, S33-S39.

SILVERMAN, K., SVIKIS, D., ROBLES, E., STITZER, M. L. et BIGELOW, G. E. (2001). A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: six-month abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 9*, 14-23.

SILVERMAN, K., SVIKIS, D., WONG, C. J., HAMPTON, J., STITZER, M. L. et BIGELOW, G. E. (2002). A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: three-year abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 10*, 228-240.

SILVERMAN, K., WONG, C. J., NEEDHAM, M., DIEMER, K. N., KNEALING, T., CRONE-TODD, D. *et al*. (2007). A randomized trial of employment-based reinforcement of cocaine abstinence in injection drug users. *Journal of Applied Behavior Analysis, 40*, 387-410.

SIMONEAU, H. (2002). *Processus motivationnel en cours de traitement des toxicomanies selon la perspective de la théorie de l'auto-détermination*. Montréal, QC, Canada : Université de Montréal.

SIMPSON, D. D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*, 99-121.

SIMPSON, D. D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*, 171-182.

SIMPSON, D. D. et FLYNN, P. M. (2007). Moving innovations into treatment: A stage-based approach to program change. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*, 111-120.

SIMPSON, D. D., JOE, G. W. et BROOME, K. M. (2002). A national 5-year follow-up of *treatment* outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry, 59*, 538-544.

SIMPSON, D. D., JOE, G. W., BROOME, K. M., HILLER, M. L., KNIGHT, K. et ROWAN-SZAL, G. (1997). Program diversity and treatment retention rates in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors, 11*, 279-293.

SIMPSON, D. D., JOE, G. W., FLETCHER, B. W., HUBBARD, R. L. et ANGLIN, D. M. (1999). A National Evaluation of Treatment Outcomes for Cocaine Dependence. *Archives of General Psychiatry, 56*, 507-514.

SIMPSON, D. D., JOE, G. W. et ROWAN-SZAL, G. A. (2007). Linking the elements of change: Program and client responses to innovation. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*, 201-209.

SIMPSON, D. D., ROWAN-SZAL, G. A., JOE, G. W., BEST, D., DAY, E. et CAMPBELL, A. (2009). Relating counselor attributes to client engagement in England. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*, 313-320.

SISSON, R. W. et AZRIN, N. H. (1993). Community reinforcement training for families: A method to get alcoholics into treatment. In T.J.O'Farrell (Ed.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions*, 34-53. New York, NY, USA: Guilford Press.

SISSON, R. W. et AZRIN, N. H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 17*, 15-21.

SMITH, J. E., MEYERS, R. J. et DELANEY, H. D. (1998). The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 541-548.

SMITH, J. E., MEYERS, R. J. et MILLER, W. R. (2001). The community reinforcement approach to the treatment of substance use disorders. *American Journal of Addiction, 10 (Suppl)*, 51-59.

SMITH, L. A., GATES, S. et FOXCROFT, D. (2008). Therapeutic communities for substance related disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

SNYDER, D. K., WILLS, R. M. et GRADY-FLETCHER, A. (1991). Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: a 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 138-141.

SOBELL, L. C., SOBELL, M. B. et AGRAWAL, S. (2009). Randomized controlled trial of a cognitive cobehavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors, 23*, 672-683.

SOSIN, M. R. (2002). Negotiating case decisions in substance abuse managed care. *Journal of Health and Social Behavior, 43*, 277-295.

SRISURAPANONT, M. et JARUSURAISIN, N. (2005). Naltrexone for the treatment of alcoholism: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Neuropsycho - pharmacology, 8*, 267-280.

STARK, M. J., CAMPBELL, B. K. et BRINKERHOFF, C. V. (1990). «Hello, may we help you?» A study of attrition prevention at the time of the first phone contact with substance-abusing clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 16*, 67-76.

STEIN, M. D., HERMAN, D. S. et ANDERSON, B. J. (2009). A motivational intervention trial to reduce cocaine use. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*.

STEINGLASS, P. (2009). Systemic-motivational therapy for substance abuse disorders: An integrative model. *Journal of Family Therapy, 31*, 2-155.

STEPHENS, R. S., ROFFMAN, R. A. et CURTIN, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*.

STOTTS, A. L., POTTS, G. F., INGERSOLL, G., GEORGE, M. R. et MARTIN, L. E. (2006). Preliminary feasibility and efficacy of a brief motivational intervention with psychophysiological feedback for cocaine abuse. *Substance Abuse, 27*, 9-20.

THOMAS, E. J. et AGER, R. D. (1993). Unilateral Family Therapy with spouses of uncooperative alcohol abusers. In T. J. O'Farrell (Ed.), *Treating alcohol problems: Marital and family interventions*, 3-33. New York, NY, USA: Guilford Press.

TIMS, F. M., DENNIS, M., HAMILTON, N., BUCHAN, B., DIAMOND, G., FUNK, R. *et al*. (2002). Characteristics and problems of 600 adolescent cannabis abusers in outpatient treatment. *Addiction, 97 (Suppl 1)*, 46-57.

TREMBLAY, J., ALLAIRE, G., DUFRESNE, J., LECAVALIER, M. et NEVEU, Y. (2004). *Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes. Chefs de file des services en toxicomanie et jeu pathologique*. Montréal, QC, Canada : Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes.

TREMBLAY, J., BOUCHARD, G. et BERTRAND, K. (2009). Vie conjugale et abus de substances : Interrelations et traitement. *Revue canadienne de counseling*.

TREMBLAY, J. et SIMONEAU, H. Trois modèles motivationnels et le traitement de la dépendance aux substances psychoactives. *Drogues santé et société*, (sous presse).

TRENT, L. K. (1998). Evaluation of a four- versus six-week length of stay in the Navy's alcohol treatment program. *Journal of Studies on Alcohol*, *59*, 270-279.

UKATT RESEARCH TEAM (2005a). Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *British Medical Journal*, *Online*.

UKATT RESEARCH TEAM (2005b). Effectiveness of treatment for alcohol problems: Findings of the randomized UK alcohol treatment trial (UKATT). *British Medical Journal*, *331*, 541-547.

UNION EUROPÉENNE (2008). Plan d'action drogue de l'Union européenne (2009-2012). *Journal officiel de l'Union européenne*, *326*, 7-25.

VAILLANT, G. E. (1983). *The Natural History of Alcoholism*. Cambridge, MA, USA: Harvard University Press.

VALDEZ, A. et SIFANECK, S. J. (2010). Qualitative methodological issues in drug user research. *Substance Use and Misuse*, *45*, 645-647.

VALLEJO, Z. et AMARO, H. (2009). Adaptation of mindfulness-based stress reduction program for addiction relapse prevention. *The Humanistic Psychologist*, *37*, 192-206.

VASILAKI, E. I., HOSIER, S. G. et COX, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol*, *41*.

VAUGHAN-SARRAZIN, M. S., HALL, J. A. et RICK, G. S. (2000). Impact of case management on use of health services by rural clients in substance abuse treatment. *Journal of Drug Issues*, *30*, 435-463.

VINNARS, B., THORMÄHLEN, B., GALLOP, R., NORÉN, K. et BARBER, J. P. (2009). Do personality problems improve during psychodynamic supportive-expressive psychotherapy? Secondary outcome results from a randomized controlled trial for psychiatric outpatients with personality disorders. Vinnars, Bo; Thormählen, Barbro; Gallop, Robert; Norén, Kristina; Barber, Jacques P. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *46*, 362-375.

VOLPICELLI, J. R., WATSON, N. T., KING, A. C., SHERMAN, C. E. et O'BRIEN, C. P. (1995). Effect of naltrexone on alcohol «high» in alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 613-615.

WAKEFIELD, P. J., WILLIAMS, R. E., YOST, E. B. et PATTERSON, K. M. (1996). *Couple Therapy for Alcoholism: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual*. New York, NY, USA: Guilford Press.

WALDRON, H. B. et KAMINER, Y. (2004). On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction*, *99 Suppl 2*, 93-105.

WALTERS, S. T., MATSON, S. A., BAER, J. S. et ZIEDONIS, D. M. (2005). Effectiveness of workshop training for psychosocial addiction treatments: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *29*, 283-293.

WAMPOLD, B. E. (2010). The research evidence for the common factors models: a historically situated perspective. In B. Duncan, B. S. D. Miller, B. E. Wampold et M. A. Hubble (Eds.), *The Hearth and Soul of Change (2nd Ed.)*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.

WAMPOLD, B. E., MONDIN, G. W., MOODY, M., STICH, F., BENSON, K. et AHN, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empiricially, «all must have prizes». *Psychological Bulletin*, *122*, 203-215.

WASHTON, A. et ZWEBEN, J. E. (2009). *Cocaine and methamphetamine addiction: Treatment, recovery, and relapse prevention*. New York, NY, USA: WW Norton & Co.

WEISS, R. D., JAFFEE, W. B., DE MENIL, V. P. et COGLEY, C. B. (2004). Group Therapy for Substance Use Disorders: What Do We Know? *Harvard Review of Psychiatry*, *12*, 339-350.

WELLS, R., LEMAK, C. H., ALEXANDER, J. A., NAHRA, T. A., YE, Y. et CAMPBELL, C. I. (2007). Do licensing and accreditation matter in outpatient substance abuse treatment programs? *Journal of Substance Abuse Treatment*, *33*, 43-50.

WHIPPLE, J. L., LAMBERT, M. J., VERMEERSCH, D. A., SMART, D. W., NIELSEN, S. L. et HAWKINS, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology*, *50*, 59-68.

WHITE, W. L. (2008). *Recovery Management and Recovery-Oriented Systems of Care: Scientific Rational and Promising Practices*. Rockville, MD, USA: SAMHSA / CSAT.

WHO-REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2001). *Prisons, Drugs and Society. A concensus Statement on Principles, Policies and Practices. Health in prisons project and the Pompidou Group of the Council of Europe*. World Health Organization, Regional Office for Europe.

WILBOURNE, P. et MILLER, W. R. (2002). Treatment for alcoholism: Older and wiser? *Alcoholism Treatment Quarterly*, *20*, 41-50.

WILKINSON, S., MISTRAL, W. et GOLDING, J. (2008). What is most and least useful in residential rehabilitation? A qualitative study of service users and professionals. *Journal of Substance Use*, *13*, 404-414.

WINTERS, J., FALS-STEWART, W., O'FARRELL, T. J., BIRCHLER, G. R. et KELLEY, M. L. (2002). Behavioral couples therapy for female substance-abusing patients: Effects on substance use and relationship adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 344-355.

WITKIEWITZ, K. et MARLATT, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, *59*, 224-235.

WOODS, W. J., KLINGEMANN, S. D. et GUYDISH, J. R. (2002). The San Francisco centralized intake unit: a description of participants and service episodes. *Journal of Psychoactive Drugs*, *34*, 17-24.

WOODWARD, A., DAS, A., RASKIN, I. E. et MORGAN-LOPEZ, A. A. (2006). An exploratory analysis of treatment completion and client and organizational factors using hierarchical linear modeling. *Evaluation and Program Planning*, *29*, 335-351.

WOODY, G. E., MCLELLAN, A. T., LUBORSKY, L. et O'BRIEN, C. P. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 1302-1308.

ZGIERSKA, A., RABAGO, D., ZUELSDORFF, M., COE, C., MILLER, M. et FLEMING, M. (2008). Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: A feasibility pilot study. *Journal of Addiction Medicine*, *2*, 165-173.

ZHANG, Z., FRIEDMANN, P. D. et GERSTEIN, D. R. (2003). Does retention matter? Treatment duration and improvement in drug use. *Addiction*, *98*, 673-684.