

Le traitement efficace des problèmes reliés à la drogue et à l'alcool : l'état de nos connaissances

Il existe des différences marquées entre les diverses affirmations concernant l'efficacité des traitements administrés aux alcooliques et aux toxicomanes. Un survol récent des études présentant le résultat des traitements de l'alcoolisme relevait des écarts considérables allant d'un taux de rétablissement supérieur à 90 % dans le cas du service autonome d'un hôpital à un taux d'abstinence de 7 % signalé par la Rand Corporation dans les services subventionnés par le gouvernement américain (1). Comment concilier des résultats si divergents sur l'efficacité des traitements? Des différences dans le contenu des programmes peuvent-elles expliquer des écarts aussi marqués qu'un taux d'abstinence de 90 % dans un cas contre seulement 7 % ailleurs?

Il est probable que les variations considérables relevées dans les affirmations concernant les résultats soient fonction de facteurs autres que le traitement lui-même. Par exemple, le taux de rétablissement de 90 % concernait uniquement des clients qui avaient terminé avec succès un programme en résidence de 28 jours et avaient participé activement à un programme post-cure d'une durée de un à deux ans; dans ce groupe de clients triés sur le volet, plus de 90 % témoignaient d'une « sobriété continue » ou étaient « actuellement sobres » malgré quelques rechutes pendant la période post-cure. Par contraste, le taux de rétablissement de 7 % relevé dans les services subventionnés par le gouvernement s'appliquait aux clients mâles s'étant abstenus de boire de façon continue pendant 4,5 années après le traitement. En plus des différences évidentes dans le choix et la composition de l'échantillon, dans la définition de la réussite du traitement et dans la durée de la période faisant l'objet du suivi, facteurs qui pourraient tous expliquer les écarts dans les résultats observés, il se peut fort bien que les caractéristiques de la clientèle visée par les programmes de traitement aient été différentes. Il importe donc de faire preuve d'une grande circonspection dans l'interprétation des taux de succès rapportés.

Bien que la plupart des études sur l'efficacité des programmes de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie n'aient pas porté sur le réseau correctionnel, leurs résultats peuvent nous aider à comprendre le rôle : a) des caractéristiques des clients; b) du cadre, de la durée et de l'intensité du programme; c) des méthodes de traitement employées; d) des effets du jumelage client-traitement; et e) des méthodes de prévention des rechutes chez les contrevenants. Chacun de ces thèmes est examiné ci-après.

Les caractéristiques des clients

Plusieurs études s'attardent à l'importance des caractéristiques des clients sur les résultats du traitement. Comment, par exemple, les résultats diffèrent-ils chez les hommes et les femmes alcooliques? Bien que l'on affirme souvent que le pronostic soit plus sévère chez les femmes alcooliques que chez les hommes, une analyse des études empiriques révèle que les résultats des traitements sont semblables chez l'un et l'autre sexe(2). Cependant, on a découvert que plusieurs caractéristiques autres que le sexe permettent de prédire la réussite du traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie chez le client ou la cliente : le fait d'être marié, de détenir un emploi, d'être issu d'une classe sociale élevée, d'être à l'aise financièrement, d'avoir une vie sociale active, d'être bien adapté sur les plans professionnel, conjugal et social, et d'avoir un casier judiciaire peu chargé. Malheureusement, ces caractéristiques qui permettent un pronostic optimiste se retrouvent rarement dans la population carcérale.

D'autre part, on a démontré que des caractéristiques souvent observées chez les contrevenants telles que l'agressivité, un nombre élevé de tentatives de suicide, le syndrome *organic brain* et une personnalité psychopathique ne favorisaient pas la réussite des traitements. Le travail effectué par McLellan et ses collègues(3) auprès de personnes souffrant de dépendance à l'alcool et aux drogues, a aussi démontré l'importance de la gravité des symptômes psychiatriques dans la prédiction de la réaction au traitement; on a ainsi observé que les clients souffrant de dépendance à la drogue ou à l'alcool qui ne présentaient pas de troubles psychiatriques graves au moment de leur admission, répondaient favorablement à toute une variété de traitements, tandis que ceux dont le profil psychiatrique était plus lourd démontraient peu d'amélioration et obtenaient, pour la plupart, des résultats peu encourageants. Il est probable que les contrevenants dont le diagnostic fait état à la fois de problèmes psychiatriques et de problèmes de dépendance à l'alcool ou aux drogues n'obtiendront pas de bons résultats dans le cadre des programmes de traitement.

En résumé, il importe de constater que:

1. les caractéristiques des clients ont été démontrées comme jouant un rôle important dans la prédiction des résultats obtenus dans le cadre des programmes de traitement de l'alcoolodépendance et de la toxicomanie;
2. l'on peut s'attendre à retrouver chez certains délinquants plusieurs des caractéristiques associées à un mauvais pronostic; et que
3. toute comparaison des résultats obtenus dans différents programmes doit tenir compte des différences dans les caractéristiques d'un groupe de délinquants à un autre.

Durée et cadre du traitement

On s'est beaucoup intéressé, au cours des dernières années, aux rapports entre l'intensité et la durée du traitement, ainsi qu'au cadre dans lequel il était administré, et aux résultats obtenus. La montée en flèche du coût des soins de santé a incité les chercheurs à comparer l'efficacité des méthodes traditionnelles de prestation des services avec de nouvelles méthodes moins coûteuses. Plus précisément, on s'est interrogé sur la durée des cures en résidence et leur efficacité-coût par rapport aux traitements de jour ou en consultation externe(4).

Des résultats d'essais cliniques contrôlés ont démontré de façon remarquablement constante que les programmes de traitement prolongés ou intensifs n'offraient aucun avantage particulier. Par exemple, on a observé, dans le cas de l'alcoolisme, que les traitements en résidence dont la durée varie de une à deux semaines donnaient des résultats comparables aux traitements portant sur plusieurs mois. De même, des essais contrôlés, randomisés, au Donwood Institute, à Toronto(5) et au Butler Hospital de Providence, dans le Rhode Island(6) font état de résultats similaires entre les clients reçus dans les programmes de traitement de jour et chez ceux inscrits à des programmes en résidence beaucoup plus coûteux. Ces études laissent entendre qu'il serait préférable de privilégier des facteurs autres que la durée du traitement et le cadre où il est administré dans la conception des futurs programmes de traitement de l'alcoolodépendance et de la toxicomanie.

On s'est aussi interrogé sur l'efficacité du traitement des alcooliques et des toxicomanes en service externe par rapport au traitement en résidence. Une évaluation à grande échelle, menée par la Rand Corporation auprès de clients ayant obtenu leur congé des centres de traitement de l'alcoolisme financés par l'État américain n'a révélé aucune différence dans les résultats obtenus chez les clients traités en service externe et ceux ayant participé à des programmes en résidence. De même, le *Drug Abuse Reporting Program* (DARP), qui touche 44000 clients inscrits dans 52 centres de traitement de la toxicomanie subventionnés par l'État dans l'ensemble des États-Unis, rapporte que chez les opiomanes et les autres clients toxicomanes adultes ou plus jeunes (19 ans et moins), les traitements en service externe ont été aussi sinon plus efficaces que les traitements en résidence. Toutefois, les résultats de ces évaluations d'envergure doivent être interprétés sous toute réserve, étant donné que les clients qui choisissent d'eux-mêmes des traitements en résidence ou en service externe peuvent présenter des différences importantes mais non reconnues quant à certaines caractéristiques influant sur le pronostic.

Heureusement, un certain nombre d'essais randomisés et contrôlés ont fait l'objet de comptes rendus qui permettent une comparaison directe de l'efficacité générale des traitements sous forme de services externes par rapport à ceux en résidence. Dans le cadre de ces essais, des alcooliques ou autres toxicomanes ont été orientés au hasard vers des services de consultation externe ou des centres de traitement en résidence. Un certain nombre de ces études ont été menées à l'intérieur des réseaux de probation et de liberté conditionnelle. Par exemple, 74 délinquants, adolescents toxicomanes sous la tutelle des services de probation juvénile de San Francisco ont été affectés, au hasard, soit à un traitement en résidence, soit au régime habituel de consultation externe en probation(7). Le traitement institutionnalisé, d'une durée moyenne de 132 jours, comportait une psychothérapie d'inspiration psychodynamique, des rencontres communautaires, de la thérapie familiale, de la thérapie par les loisirs, du psychodrame ainsi que la poursuite des programmes éducatifs. Le suivi effectué un an après le début du traitement révélait les mêmes résultats à plusieurs points de vue, y compris la consommation d'alcool et de drogues ainsi que le fonctionnement en société, tant chez les adolescents institutionnalisés que chez ceux ayant reçu les services externes habituels sous probation. Une étude portant sur des adultes en liberté conditionnelle ayant dans leur passé une dépendance aux opiacés, présentait des résultats semblables(8). Durant la première année de leur libération conditionnelle, des détenus affectés au hasard soit aux services de liberté conditionnelle, soit à un programme expérimental dans une maison de transition n'ont présenté aucune différence dans le nombre de nouvelles condamnations criminelles ou le nombre de semaines passées en liberté sans faire usage de drogues.

La preuve offerte par ces essais ainsi que par d'autres études contrôlées est manifeste. Le traitement de la toxicomanie par le biais de consultations externes peut donner essentiellement les mêmes résultats que le traitement en institution à un coût considérablement moindre.

Les méthodes de traitement

Certaines méthodes de traitement sont-elles plus efficaces que d'autres? Cette question fait actuellement l'objet d'une certaine controverse dans le domaine du traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Bill Miller, un chercheur réputé dans le domaine, soutient que certaines méthodes de traitement telles que la

cure de déconditionnement, les exercices de contrôle de soi, la formation des aptitudes sociales, la gestion du stress, la thérapie matrimoniale et familiale et le renforcement par la communauté se sont avérées particulièrement efficaces pour le traitement des alcooliques. (Il note non sans ironie que ces méthodes ne sont généralement pas incluses dans la plupart des programmes de traitement actuels.)

Par contraste, d'autres chercheurs soutiennent qu'à long terme, les résultats obtenus à l'aide de diverses méthodes de traitement diffèrent peu. Ces chercheurs notent que même si l'on observe à l'occasion des différences statistiquement significatives entre diverses méthodes, ces écarts sont généralement minimes. Alors que les caractéristiques des clients au début du traitement comptent habituellement pour environ 30 % de la variance dans les résultats obtenus, on rapporte que les variables associées au traitement lui-même ne sont responsables que de 6 à 7 % de la variance, le reste étant partagé avec la valeur pronostique des caractéristiques du client. Manifestement, il reste beaucoup à apprendre sur l'amélioration des traitements.

Le jumelage client-traitement

Bien que l'incidence des variables associées au traitement sur les résultats prête encore à controverse, de plus en plus de spécialistes conviennent qu'il serait peu judicieux de rechercher une seule approche apte à donner des résultats positifs dans tous les cas. Il est généralement reconnu qu'il existe une grande hétérogénéité chez les alcooliques, les cocaïnomanes et les autres toxicomanes, et qu'un client présentant certaines caractéristiques peut réagir favorablement à un genre de traitement ou à un cadre donné, tandis qu'une autre approche ou un autre cadre sera plus approprié pour un client présentant d'autres caractéristiques. L'effort qui consiste à associer un type de traitement à un client afin d'améliorer les chances de réussite est appelé jumelage client-traitement ou hypothèse de jumelage. Bien que l'accumulation de données empiriques confirmant les effets du jumelage soit à ses débuts, on convient généralement que l'affectation des clients ayant des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie à différents types de traitements, selon le cas, a le potentiel d'améliorer sensiblement les résultats.

Depuis quelques années, on a fondé beaucoup d'espoir dans l'utilisation d'une variété d'agents pharmacologiques pour le traitement de la cocaïnomanie, parmi lesquels on retrouvait la désipramine, le lithium, la bromocriptine et d'autres drogues psychotropes. Dernièrement, des chercheurs réputés ont affirmé qu'on ne saurait, actuellement, espérer mettre au point un traitement unique pour tous les cocaïnomanes, pas plus que pour les opiomanes ou les alcooliques. On constate toutefois des progrès en définissant de façon plus précise le jumelage de certains agents pharmacologiques avec différents types de cocaïnomanies. À ce jour, les études ont fait appel à la symptomatologie DSM-III Axis 1; en général, il s'agit d'essais préliminaires sans anonymat et sans placebo. Les données préliminaires laissent entendre que certains agents pharmacologiques pourraient être plus efficaces chez des sous-populations diagnostiques précises de cocaïnomanes. Par exemple, le méthylphénidate, un succédané à même tolérance croisée que la cocaïne, ne s'est révélé efficace que dans le traitement du 5 % de cocaïnomanes qui présentent une déficience de l'attention clairement démontrée. De même, on a découvert que les cocaïnomanes non cyclothymiques ne réagissaient pas au lithium, tandis qu'il existe un lien direct entre la consommation de lithium et l'interruption de la consommation et la réduction de l'envie de la cocaïne chez les patients cyclothymiques. Ces conclusions devront être confirmées par des essais en double

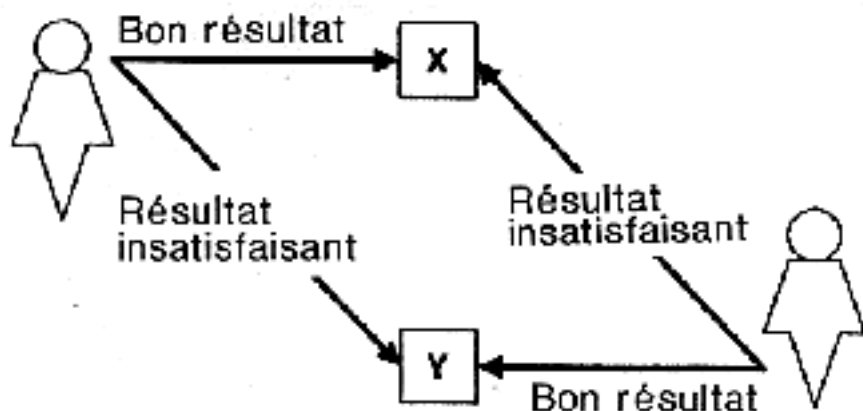
aveugle portant sur des échantillons plus importants.

Pour pouvoir faire la démonstration d'une réaction différentielle au traitement ou de l'effet de jumelage, on doit examiner des clients qui diffèrent quant à une caractéristique particulière sous deux conditions de traitement ou plus. Le graphique illustre un cas simple; on obtient de bons résultats avec le client de type A en lui administrant le traitement X tout en obtenant des résultats médiocres avec le traitement Y, le contraire étant vrai lorsqu'il s'agit du client de type B. Dans cet exemple, les effets redevables au jumelage seraient quand même illustrés si on obtenait des résultats semblables avec le client de type B en le soumettant aux traitements X et Y tout en obtenant de bons résultats avec le client de type A en le soumettant au traitement X.

Graphique 1

Le jumelage client-traitement

Client de type A Traitements Client de type B



La recherche des effets du jumelage patient-traitement oblige à une évaluation sérieuse des variables associées au patient, d'une part, et à celles associées au traitement, d'autre part. La conceptualisation et l'évaluation des caractéristiques importantes chez les patients sont plus avancées que la mesure des variables associées au traitement bien que l'on fasse des progrès en matière d'évaluation de certains aspects des cadres de traitement. Le tableau présente une liste des patients et des variables associées au traitement dont il a été question dans la documentation portant sur le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies en fonction du jumelage patient-traitement.

Un compte rendu récent, par l'auteur du présent article, de la documentation sur le traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies, a permis de relever 15 études qui semblent témoigner des effets du jumelage client-traitement(9). Une de ces études portant sur une population de contrevenants du Monteith Correctional Centre, dans le nord de l'Ontario, a démontré l'importance d'une variable de personnalité pour l'affectation différentielle des détenus alcooliques à une forme de traitement très

interactive. Cent cinquante détenus alcooliques dont certains avaient une bonne image de soi et d'autres une mauvaise ont été répartis au hasard en deux groupes recevant respectivement 224 heures de psychothérapie de groupe à interaction intensive ou des soins en institution. Les détenus alcooliques ayant une bonne image de soi ont obtenu de meilleurs résultats en participant à la thérapie de groupe qu'en recevant des soins en institution, l'inverse s'étant produit en ce qui concerne les détenus alcooliques ayant une piètre image de soi. Pour ces derniers, la thérapie de groupe semble avoir eu un effet préjudiciable.

Graphique 2

Le jumelage patient-traitement

Données variables sur le patient

1) Données générales

DONNÉES

SOCIODÉMOGRAPHIQUES

(ex. : âge, sexe, état matrimonial, stabilité sociale, antécédents familiaux en matière d'alcoolisme et de toxicomanie)

RESSOURCES DU MILIEU

(ex. : ressources financières, support affectif)

ÉTAT

NEUROPSYCHOLOGIQUE

(ex. : genre et degré de déficit neuropsychologique)

PERSONNALITÉ

(ex. : estime de soi, diagnostic psychiatrique établi à l'aide du test MMPI, graves problèmes psychiatriques)

Données variables sur le traitement

CADRE

(ex. : en établissement, clinique externe, traitement de jour)

INTENSITÉ - DURÉE

(ex. : brèves consultations, thérapie de longue durée)

MÉTHODE

(ex. : disulfiram, thérapie de relaxation)

THÉRAPIES

(ex. : directive, non directive, aide professionnelle, aide mutuelle)

OBJECTIF

(ex. : abstinence, modération)

CONTEXTE

(ex. : thérapie individuelle, thérapie de groupe)

2) Données concernant l'alcool et les drogues

CONSUMMATION

(ex. : nombre d'années d'abus de l'alcool et des drogues, quantités consommées, fréquence)

DÉPENDANCE

(ex. : intensité des symptômes de dépendance, réactions physiques)

ATTENTES - RÉSULTATS ESPÉRÉS

(ex. : fonctionnement)

réactions physiques)

ATTENTES - RÉSULTATS

ESPÉRÉS

(ex. : fonctionnement autonome, reconnaît l'existence d'une maladie)

SITUATIONS DÉJÀ VÉCUES

(ex. : types de situations à risques élevés)

Adapté de Annis, H.M. (1988). Patient-Treatment Matching in the Management of Alcoholism. Dans C.P. O'Brien (Éd.), *Treatment of Chemical Dependence*. NIDA Research Monograph (90). Washington National Institute on Drug Abuse.

Une étude menée par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie à Toronto a révélé que le profil de risque des clients alcooliques peut offrir des indices déterminants pour l'affectation différentielle à des traitements. Soixante-dix alcooliques participant à un programme d'aide aux employés ont été répartis au hasard entre une thérapie de prévention des rechutes et un programme de consultation plus traditionnel donné sous forme de service externe. Chaque client a été identifié comme ayant un « profil général » (c'est-à-dire comme ayant une prédisposition à la consommation dans toutes les catégories de risque) ou un « profil différencié » (c'est-à-dire comme étant plus à risque dans certains types de situation que dans d'autres). Après six mois, le suivi n'a révélé aucune différence dans la consommation quotidienne typique d'alcool chez les clients à profil généralisé en fonction des deux méthodes de traitement; toutefois, les résultats obtenus chez les clients à profil différencié ont été considérablement meilleurs dans le cas de la thérapie de prévention des rechutes que dans le cas de la consultation traditionnelle. Les résultats ont été significatifs autant sur le plan statistique que sur le plan clinique; l'effet de jumelage client-traitement fut responsable dans ce cas de plus de 30 % de la variance des résultats.

Stratégies portant sur la prévention des rechutes chez les délinquants

De plus en plus, on reconnaît que la prévention des rechutes est un problème capital dans le traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies. Un des cadres théoriques les plus réputés employés en rapport avec le problème de la rechute est celui fourni par l'approche de l'apprentissage socio-cognitif d'Albert Bandura. La distinction cruciale que trace la théorie d'auto-efficacité de Bandura entre les méthodes de départ et les méthodes de maintien a amorcé une évolution conceptuelle importante dans le traitement des toxicomanies. Le maintien d'une modification du comportement est un domaine qui, jusqu'à dernièrement, a été généralement négligé dans les programmes de traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies. On se penche maintenant sur la mise au point de méthodes de traitement visant la prévention des rechutes, conçues spécifiquement pour encourager le maintien des modifications du comportement.

L'apprentissage socio-cognitif pour la prévention des rechutes fait l'objet d'une évaluation par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie à Toronto. Le modèle de prévention des rechutes comporte essentiellement une analyse hautement individualisée du comportement alcoolique ou toxicomane du client durant la dernière année afin de préciser les situations à risque élevé pour ce client particulier. Pour ce faire, on a mis au point un questionnaire auto-administré de 100 questions, intitulé *Liste des occasions*

de consommation d'alcool(10), pour évaluer la consommation en fonction des huit catégories de situations propices à la rechute identifiées dans l'ouvrage de Allan Marlatt(11) : émotions déplaisantes, inconfort physique, émotions plaisantes, mise à l'épreuve du contrôle de soi, fortes envies et tentations, conflit avec les autres, pressions sociales incitant à la consommation et moments plaisants en compagnie des autres. On a confirmé la fiabilité, la validité du contenu et la validité externe des sous-échelles de la LOCA, démontrant par ailleurs qu'un système de classification fondé sur le profil du résultat des sous-évaluations de la LOCA était associé à l'âge, au sexe et aux variables associées à la consommation. Un questionnaire annexe portant sur les drogues autres que l'alcool, intitulé *Inventory of Drug Taking Situations* (IDTS), fait présentement l'objet d'une évaluation psychométrique.

Dans le cadre de l'apprentissage socio-cognitif pour la prévention des rechutes, l'évaluation des situations présentant un risque élevé pour le client constitue la première étape de la mise au point d'un plan individuel de traitement. Ce traitement donne aux clients des exercices à faire à la maison qui les amèneront à adopter des comportements d'adaptation différents dans les situations comportant pour eux des risques élevés de rechute. La maîtrise acquise par les clients lorsqu'ils parviennent à adopter ces comportements plutôt que de consommer de l'alcool ou des drogues a des répercussions importantes sur l'évaluation cognitive que font les clients de leurs capacités personnelles d'adaptation; il en résulte une amélioration des jugements d'auto-efficacité et une modification du comportement associé à la consommation d'alcool et de drogues.

En se fondant sur des essais cliniques menés à la Fondation de la recherche sur la toxicomanie à Toronto(12), on recommande une approche en deux phases pour la prévention des rechutes. La phase I porte principalement sur des méthodes réputées efficaces pour amorcer une modification du comportement relié à la consommation d'alcool ou de drogues, tandis que la phase II offre des méthodes plus susceptibles de maintenir ces modifications à long terme. La phase I fait appel à des moyens d'induction puissants comme l'évitement des situations où l'on fait usage d'alcool et de drogues, la coercition, l'hospitalisation, l'emploi de méthodes de protection comme des drogues sensibilisantes (p. ex. l'antabuse), la participation du conjoint ou de la conjointe ou de collatéraux responsables et l'adoption d'un rôle directif par les thérapeutes.

Durant la phase II, la phase de maintien, tous les moyens d'aide extérieurs sont graduellement supprimés; on encourage les clients à faire leurs propres déductions fondées sur celles qui aident à généraliser et à prolonger les modifications du comportement. Le défi principal consiste surtout à créer des tâches (une exposition à des conditions comportant un signal réel) qui offrent l'occasion aux clients de maîtriser leur problème d'alcool ou de drogues dans des situations qui faisaient autrefois problème. On établit une hiérarchie des situations à risque; le recours à une aide extérieure appris dans la phase I est délaissé peu à peu, y compris le transfert graduel de la responsabilité de la prévision des risques et de l'élaboration des méthodes d'adaptation du thérapeute au client; on assigne plusieurs tâches mettant en jeu toute une variété de situations à risque, de façon que le client puisse plus facilement prendre conscience de son degré de maîtrise; et on s'assure que les tâches assignées touchent à toutes les principales situations à risque dans la hiérarchie des clients avant l'arrêt du traitement. L'objectif du traitement est de rehausser le sens d'auto-efficacité des clients dans toutes les situations où ceux-ci sont susceptibles de consommer de l'alcool ou des drogues.

Certaines de ces méthodes de consultation pour la prévention des rechutes sont présentement à l'essai dans le réseau correctionnel de l'Ontario, où le cadre institutionnel pose des problèmes particuliers pour leur application. Idéalement, les programmes institutionnels reposent à la fois sur le recours aux séances de thérapie conçues pour aider les prévenus à identifier les situations à risque élevé et pratiquer des réactions d'adaptation autres que la consommation ainsi que sur l'emploi de permissions temporaires pour permettre une exposition graduelle à des situations à risque élevé dans la communauté. Les services de probation et de libération conditionnelle peuvent offrir un bon cadre de counseling pour la mise en oeuvre des méthodes de prévention des rechutes, dans la mesure où la divulgation des écarts en matière de consommation d'alcool et de drogues n'entraîne pas automatiquement de sanctions disciplinaires.

Dernièrement, une recherche clinique de grande envergure sur les méthodes de prévention des rechutes a été lancée dans le réseau pénitentiaire américain (U.S. Federal Bureau of Prisons) afin d'évaluer un nouveau programme de soins communautaires résidentiels destiné aux hommes et femmes devant être libérés dans 18 mois ou moins. Dans le cadre de cette recherche contrôlée touchant à plus de 6 000 détenus ayant des problèmes de toxicomanie et répartis dans plusieurs prisons, les sujets devant participer au nouveau programme subiront une évaluation en fonction de la Liste des occasions de consommation d'alcool (LOCA) et de l'*Inventory of Drug-Taking Situations* (IDTS) afin de tracer leur profil de risque de consommation d'alcool ou de drogues. Les résultats serviront d'outils cliniques pour la mise au point de plans individuels de traitement pour la prévention des rechutes. On évaluera les effets du programme en fonction de l'auto-efficacité des sujets face à la consommation de drogues, la consommation elle-même de drogues, le comportement criminel, le fonctionnement professionnel et social et la santé mentale et physique durant une période de contrôle de cinq ans.

Conclusion

L'évolution de nos connaissances quant à l'efficacité des traitements de désintoxication se reflète dans l'évolution des questions qui orientent la recherche clinique dans le domaine. Les questions plus simples touchant à l'effet des caractéristiques des patients sur les résultats et de l'efficacité comparative des traitements en fonction de la durée, de l'intensité, du cadre et des méthodes nous amènent à nous pencher sur des questions plus complexes telles que les effets de l'interaction client-traitement et la mise au point de méthodes individualisées de prévention des rechutes. On retrouve à la source de cette évolution la prise de conscience qu'il existe une grande hétérogénéité au sein de la population toxicomane et alcoolique qui demande à être traitée, ainsi qu'une grande diversité d'approches possibles au traitement.

Jusqu'à maintenant, les résultats semblent indiquer que dans certaines conditions, les avantages découlant du jumelage des clients à des méthodes pertinentes de traitement peuvent améliorer grandement les résultats. Les études où le choix des variables client-traitement est fondé principalement sur des notions théoriques, ont eu tendance à produire les effets de jumelage les plus marqués, responsables de 16 à 30 % de la variance dans les résultats du traitement. Ces résultats sont fort encourageants. Il est certain que l'on a encore beaucoup à apprendre sur les caractéristiques les plus évidentes des clients ayant des problèmes d'alcool ou de drogues et sur la façon de les associer à certaines dimensions de traitement pertinentes sur le plan théorique. Néanmoins, les données actuelles laissent supposer assez clairement que les résultats des traitements chez les alcooliques et autres toxicomanes profiteront favorablement de connaissances

accrues sur la meilleure façon de jumeler les clients aux méthodes de traitement, et sur la mise en oeuvre de méthodes de consultation pour la prévention des rechutes qui favorisent la persistance des progrès réalisés durant le traitement, après la réinsertion des clients.

Helen M. Annis est présentement directrice des services psychologiques à la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et professeure à la Faculté de médecine de l'Université de Toronto. Elle a siégé au conseil de la Société canadienne de psychologie comme membre du bureau de direction du Répertoire canadien des psychologues offrant des services de santé, comme rédactrice en chef du journal *Canadian Psychology* / *Psychologie canadienne* et comme experte-conseil pour le compte de plusieurs organismes dont la Fédération canadienne des sciences sociales, le National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism in the United States et l'Organisation mondiale de la santé.

Depuis qu'elle s'est jointe à la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, en 1970, Helen M. Annis poursuit des recherches sur le traitement des alcooliques et des autres toxicomanes. Elle est l'auteure de plus de 50 articles et de trois ouvrages sur le sujet. Son travail sur la mise au point d'un modèle de traitement pour la prévention des rechutes chez les alcooliques et autres toxicomanes est reconnu dans le monde entier, et les instruments d'évaluation ainsi que les méthodes cliniques qu'elle a mis au point ont été traduits dans une demi-douzaine de langues.

(1)Emrick, C.D. et Hansen, J. (1983). *Assertions regarding effectiveness of treatment for alcoholism*, *American Psychologist*, 1078-1088.

(2)Annis, H.M. et Liban, C.B. (1980) *Alcoholism in women: Treatment modalities and outcomes*. In O.J. Kalant (Ed.), *Alcohol and drug problems in women. Vol. 5, Research advances in alcohol and drug problems*. New York: Plenum Press.

(3)McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P. et Druley, K.A. (1983). *Predicting response to alcohol and drug abuse treatments: Role of psychiatric severity*. *Archives of General Psychiatry*, 40, 620-625.

(4)Pour plus de renseignements sur ce sujet, voir: Annis, H.M. (1986). *"Is Inpatient Rehabilitation of Alcoholic Cost-Effective? Con Position," Advances in Alcohol and Substance Abuse* 5, 175-179; Miller, W.R., et Hester, R.K. (1986). *"Inpatient Alcoholism Treatment: Who Benefits?" American Psychologist* 41, 794-805; et Wilkinson, D.A., et Martin, G.W. (sous presse). *"Intervention Methods for Youth with the Problems of Substance Abuse."* dans *Drug Use by Adolescents*, ed. H.M. Annis et C.S. Davis. Toronto: Fondation de la recherche sur la toxicomanie.

(5)McLachlan, J.F.C., et Stein, R.L. (1982). *Evaluation of a day clinic for alcoholics*. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 261-272.

(6)McCrady, B., Longabaugh, R., Fink, E., Stout, R., Beattie, M., et Ruggleri-Athelet, A. (1986). *Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment: 12-month outcomes*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 708-713.

(7)Amini, F. Zilberg, N.J., Burke, E.L., et Salasnek, S. (1982). *A controlled study of inpatient vs. outpatient treatment of delinquent drug abusing adolescents . One year results*. *Comprehensive*

Psychiatry, 23(5), 436-444

(8) Miller, D.E., Himelson, A.N. et Geis, G. (1967). *Community's response to substance misuse: The East Los Angeles Halfway House for felon addicts*. *The International Journal of the Addictions*, 2(2), 305-311.

(9) Annis, H.M. (1988). *Patient-treatment matching in the management of alcoholism*. In L.S. Harris (Ed.) *Problems in Drug Dependence*. NIDA Research Monograph 90. Rockville. Maryland; NIDA.

(10) Annis, H.M. (1982). *Inventory of Drinking Situations*. Toronto: *Fondation de la recherche sur la toxicomanie*.

(11) Marlatt, G.A. et Gardon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: *The Guilford Press*.

(12) Annis, H.M. et Davis, C. (1989). *Relapse Prevention*. In Hester, R.K. et Miller, W.R. (Eds.) *Handbook of alcoholism treatment approaches*. New York: *Pergamon Press*.