

# Comité permanent de lutte à la toxicomanie

## ABUS DE SUBSTANCES :

Tous les traitements se valent-ils ?

Thomas G. Brown, Ph.D.

Wendy-Jo Wood, M.A.

Janvier 2002

---

**ABUS DE  
SUBSTANCES :**

**Tous les traitements se valent-ils ?**

Thomas G. Brown, Ph.D.

Wendy-Jo Wood, M.A.

Janvier 2002

DÉPÔT LÉGAL (DOCUMENT SUR VERSION PAPIER):

ISBN : 2-551-21451-3

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA

BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC

JANVIER 2002

Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.



# Table des matières

---

<b>À PROPOS DES AUTEURS</b>	<b>5</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>6</b>
<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
<b>CHAPITRE 1</b>	<b>10</b>
<b>QU'EST-CE QUE L'APPARIEMENT CLIENT-TRAITEMENT ?</b>	
1.1 L'hypothèse de l'appariement	10
1.2 Les types d'appariement	11
1.3 Bref historique de la littérature sur l'appariement client – traitement	12
1.3.1 Données démographiques	13
1.3.2 Modes de consommation des substances	14
1.3.3 Caractéristiques intrapersonnelles	14
1.3.4 Facteurs interpersonnels	15
1.3.5 Les modalités de traitement	16
1.4 Résumé	16
<b>CHAPITRE 2</b>	<b>17</b>
<b>PROJET MATCH</b>	
2.1 Fondements théoriques et méthodologiques	17
2.2 Principaux résultats	19
2.3 Les réactions au projet MATCH	20
2.3.1 Critiques et controverses	20
2.3.2 Analyses secondaires et continues des résultats	21
<b>CHAPITRE 3</b>	<b>23</b>
<b>L'APPORT DU PROJET MATCH</b>	
3.1 L'appariement : un concept incontournable	23

---

# Table des matières

---

3.1.1	Qualité du traitement	23
3.1.2	Intensité et durée du traitement	23
3.2	Stratégies de recherche émergentes	25
3.2.1	Efficacité potentielle du traitement par opposition à son efficacité en milieu clinique	25
3.2.2	Vers la validité écologique des paradigmes de recherche	27
3.3	Innovations méthodologiques développées pour le projet MATCH	27
<b>CHAPITRE 4</b>		<b>29</b>
<b>LE DÉFI DE L'APPARIEMENT EN PRATIQUE CLINIQUE</b>		
4.1	Auto-sélection des patients	29
4.2	Faisabilité	29
<b>CHAPITRE 5</b>		<b>31</b>
<b>L'APRÈS-MATCH : NOUVELLES ORIENTATIONS DE LA RECHERCHE ET DU TRAITEMENT</b>		
5.1	Des interactions les plus simples aux plus complexes	31
5.2	Élargir le champ de la recherche sur l'appariement	31
5.3	Du contenu au processus	31
<b>CHAPITRE 6</b>		<b>33</b>
<b>RÉSUMÉ</b>		
<b>RÉFÉRENCES</b>		<b>34</b>

---

# À propos des auteurs

---

Thomas G. Brown détient un doctorat en psychologie de l'Université Concordia. Il est chercheur-boursier du Conseil québécois de la recherche sociale. Il est de plus Chef de la recherche d'un centre de réadaptation en toxicomanie, le Pavillon Foster de Saint-Philippe-de-Laprairie (Québec), co-directeur du Programme de recherche sur les addictions du Centre de recherche de l'hôpital Douglas et professeur adjoint au département de psychiatrie de l'Université McGill. Ses intérêts de recherche portent principalement sur l'évaluation de traitements innovateurs, l'étude de groupes particuliers d'individus aux prises avec l'abus de substances et le transfert vers un environnement clinique de technologies de recherche et de traitements fondées sur les résultats de la recherche.

Wendy-Jo Wood poursuit un programme de doctorat en psychologie clinique à l'Université Concordia. Ses intérêts de recherche comprennent les problématiques reliées à l'abus de substances et à la violence faite aux femmes, de même que des sujets plus théoriques comme les stéréotypes, le statut socio-économique et l'expression des émotions liés à l'identité sexuelle. Après l'obtention de son doctorat, elle souhaite continuer à travailler en recherche tout en développant une pratique privée.

# Remerciements

---

Les auteurs tiennent à souligner l'apport de madame Jocelyne Forget, du Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT), dans l'édition de ce manuscrit, des membres du comité de lecture dont les commentaires judicieux ont rehaussé la qualité de la version finale et de madame Lucie Legault, assistée par madame Nicole Dubuc, pour la traduction. À toutes ces personnes, nous adressons nos plus sincères remerciements.

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) a pour mandat principal de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux, ainsi que la ministre déléguée à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse, sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de leur proposer les priorités d'actions ou les domaines d'intervention à privilégier. Les préoccupations du Comité portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus de substances psychoactives que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes.

Outre les réflexions et les échanges qu'il mène au sein de ses rangs, il s'alimente à diverses sources pour réaliser son mandat : il commande des études, il recueille les opinions des divers intervenants et experts des milieux concernés, il analyse les données publiées sur l'évolution de la problématique au Québec.

En vue de contribuer au transfert des connaissances, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie publie régulièrement les résultats des études qu'il commande, des consultations qu'il mène, de même que le fruit de ses analyses. Ces documents constituent pour un ensemble d'acteurs des outils en mesure de les guider dans leurs réflexions, leurs échanges et leurs actions.

Conformément à son mandat, le CPLT entreprend régulièrement des études qui visent une meilleure compréhension et clarification des liens entre les dépendances et certaines problématiques associées. Dans cette perspective, il a commandé cette présente étude sur l'efficacité des traitements sur les abus de substances.

# Introduction

---

C'est en 1997 qu'étaient publiés les premiers résultats de l'étude clinique la plus vaste et la plus exhaustive (de même que la plus coûteuse) jamais entreprise sur l'efficacité des traitements. Cette étude, nommée Projet MATCH (Matching Alcoholism Treatment to Client Heterogeneity), était le fruit d'un travail d'équipe auquel prenaient part les plus brillants esprits américains de la recherche sur l'abus de substances. Elle devait répondre à deux questions qui, depuis des décennies, déconcertaient le milieu. La première de ces questions portait sur les effets différentiels des traitements. Dans des essais cliniques contrôlés, on a pu observer que certains types de traitements, différents sur le plan conceptuel (par ex. la thérapie cognitivo-behaviorale ou une approche basée sur l'appui communautaire ou encore l'entraînement aux habiletés sociales) assuraient de meilleurs résultats que l'absence de traitement. Cependant, si on comparait ces différentes approches, aucune ne démontrait une efficacité nettement supérieure aux autres pour l'ensemble des clients. La deuxième énigme concernait l'efficacité du traitement en général. Après des décennies de recherche et développement sur les traitements et indépendamment du type de programme offert, le pronostic post-traitement dans les cas d'abus de substances demeure tout au mieux médiocre. On arrive en fait à un constat assez troublant : un « traitement fructueux » ne survient qu'un peu plus fréquemment que la rémission spontanée en l'absence de tout traitement.

Au début des années 80, les scientifiques s'intéressant aux addictions ont proposé une hypothèse pour expliquer ces observations pour le moins déconcertantes. On reconnaissait que parmi l'ensemble des clients soumis à une forme de traitement ou à une autre, il y aurait ceux qui en bénéficieraient, d'autres dont la condition demeurerait essentiellement inchangée, et d'autres encore dont la condition s'aggraverait. Lorsqu'un traitement spécifique réussissait à donner de bons résultats, on considérait que les individus qui l'avaient suivi avaient été adéquatement « appariés » alors que ceux pour qui le traitement avait échoué avaient été « mal appariés ». Même en comparant différents traitements, ces constatations seraient toujours les mêmes : certains individus profiteraient fort bien d'une forme particulière de traitement alors que d'autres ne montreraient aucun changement ou, pire encore, verraient leur situation se détériorer. De façon générale, on constatait que l'effet moyen de tous les traitements était à peu près équivalent. Ceci expliquait la première énigme. De plus, si les clients pouvaient être plus judicieusement orientés vers le type de traitement pour lequel ils étaient le mieux « appariés », en fonction de caractéristiques individuelles précises (l'appariement client – traitement), les résultats s'amélioreraient grandement : on abordait ainsi le deuxième problème. **C'est essentiellement ce en quoi consiste « l'hypothèse de l'appariement » : les individus qui sont adéquatement appariés à un type de traitement auront de meilleurs résultats que ceux qui ne sont pas appariés ou qui sont mal appariés.** La question n'est donc pas de savoir quel traitement est supérieur à un autre pour l'ensemble des individus mais plutôt de déterminer quel traitement est le plus approprié à tel type d'individus et dans quelles conditions. Les premières études menées sur l'hypothèse de l'appariement se sont déroulées sur une petite échelle et ont donné des résultats préliminaires prometteurs.

Le projet MATCH, quant à lui, se proposait de scruter minutieusement l'hypothèse de l'appariement. Le projet, d'une durée de huit ans, a monopolisé des ressources inimaginables, tant au niveau des experts qui y étaient associés que financièrement (30 millions de dollars US jusqu'à ce jour). Plus de mille clients ont été recrutés dans des centres de traitement de l'alcoolisme un peu partout aux États-Unis. Ils étaient assignés de façon aléatoire à l'un de trois programmes structurés de traitement conceptuellement différents : une thérapie cognitivo-behaviorale (TCB), une thérapie motivationnelle brève (TM), et la facilitation des douze étapes (FDE). Ces programmes étaient offerts soit comme traitement principal, soit en postcure après un traitement intensif standard en externe. Dix

# Introduction

---

hypothèses principales sur l'appariement et 60 hypothèses secondaires ont été formulées à partir des données les plus prometteuses sur l'appariement que l'on retrouvait dans la littérature sur l'abus de substances. On a cherché à déterminer si certaines caractéristiques individuelles pouvaient s'avérer de bons facteurs d'appariement des clients à des traitements spécifiques; ces caractéristiques étaient la perturbation psychologique, le fonctionnement cognitif, le réseau de soutien social et le sexe. L'option thérapeutique était déterminée par randomisation des clients. Une méthodologie extrêmement rigoureuse permettait d'évaluer minutieusement les clients et les résultats, d'assurer l'intégrité des traitements offerts, de réduire le décrochage des participants et de minimiser l'impact d'autres facteurs confusionnels au cours des trois années de suivi. La publicité entourant le projet MATCH tout au long des huit années qu'il a duré a provoqué l'anticipation, quelque peu irréaliste, de conclusions percutantes. Les données, lorsqu'elles ont finalement été présentées, étaient tout à fait inattendues et portaient extrêmement à controverse. Plutôt que d'élucider le rôle de l'appariement client - traitement, le projet MATCH a complètement remis en question autant ce qui était généralement admis sur l'efficacité des traitements que le processus même de recherche en pratique clinique. Ce rapport résume brièvement les étapes qui ont mené à cette étude remarquable, son approche méthodologique unique, ses principaux résultats ainsi que la controverse qu'elle a suscitée. Nous aborderons aussi les plus récentes interprétations qui font suite aux analyses secondaires des données du projet MATCH. En conclusion, nous tenterons d'appréhender le rôle actuel de l'appariement dans le traitement de l'abus de substances et discuterons des nouvelles orientations explorées dans la foulée de cette étude marquante.

## CHAPITRE 1 QU'EST-CE QUE L'APPARIEMENT CLIENT-TRAITEMENT ?

### 1.1 L'HYPOTHÈSE DE L'APPARIEMENT

Les chercheurs qui s'intéressent au traitement de l'abus d'alcool se butent à d'incessantes difficultés quand il s'agit de déterminer quels traitements sont les plus efficaces. Dans un rapport publié par The Institute of Medicine (1990), on affirmait que bien qu'il y ait eu plus de 600 études sur les résultats des traitements de l'abus d'alcool, aucun traitement ne s'était révélé efficace dans l'ensemble des contextes thérapeutiques et chez l'ensemble des clients. Certaines approches thérapeutiques ont des bases empiriques modestes, par exemple, la thérapie motivationnelle, la thérapie cognitivo-behaviorale et les programmes d'appui communautaire (Donovan, Kadden, DiClemente, Carroll, Longabaugh, Zweben, & Rychtarik, 1994); toutefois, les études n'ont pu révéler lequel ou lesquels de ces traitements étaient les plus efficaces. Pour trouver le meilleur traitement des problèmes d'alcool, les chercheurs ont mené des études comparant un traitement à un autre. Les résultats de ces soi-disant études de « l'effet majeur » furent décevants : les chercheurs en sont arrivés à la conclusion que les programmes en interne n'étaient pas plus efficaces que les programmes externes, et que les traitements de longue durée n'étaient pas meilleurs que les traitements plus brefs. **Le résultat principal de toutes ces études est la production d'une abondante littérature démontrant que divers traitements, d'approche sociale, comportementale ou pharmacologique, peuvent être relativement efficaces mais qu'aucun n'est plus efficace qu'un autre.**

Cela a mené les chercheurs à l'hypothèse de l'appariement, i.e. à prendre en considération d'autres variables qui pourraient faire en sorte

qu'un individu donné a plus de chance de réussir tel type de traitement plutôt qu'un autre. Quand les chercheurs parlent de l'appariement, le plus souvent ils font allusion aux interactions entre les caractéristiques des clients et les traitements qui sont les plus susceptibles de mener à de bons résultats. On a observé, par exemple, que la gravité des symptômes psychopathologiques pouvait aider à prédire le résultat du traitement. Pettinati, Meyers, Jenson, Kaplan et Evans (1993) ont constaté que des alcooliques présentant des symptômes psychopathologiques graves avaient moins tendance à décrocher précocement du traitement lorsqu'ils étaient traités en interne plutôt qu'en externe. Plusieurs de ces études à petite échelle viennent étayer le concept de l'appariement client - traitement et nous en discuterons plus en détail dans les sections suivantes.

Bien que la majorité des études sur l'appariement s'intéresse aux interactions client - traitement, d'autres formes d'appariement peuvent jouer un rôle tout aussi important et méritent d'être prises en considération. Par exemple, les préférences du client face au traitement peuvent déterminer si un traitement particulier a de bonnes chances de donner de bons résultats (Mattson, 1994) : on peut s'attendre à ce que les individus qui préfèrent travailler en groupe réussissent mieux des traitements offerts dans ce format, par exemple les Alcooliques Anonymes (AA), alors que ceux qui préfèrent travailler individuellement réussiront davantage dans des programmes comme la thérapie cognitivo-behaviorale (TCB) ou la thérapie motivationnelle brève. Une étude l'a démontré très précisément : lors d'un suivi réalisé après 6 mois, on a observé de bien meilleurs résultats chez des participants qui avaient été aléatoirement assignés au type de programme postcure qu'ils préféraient que chez les autres clients, pour ce qui est de plusieurs variables de la consommation (Brown, Seraganian, Tremblay & Annis, sous presse).

Un autre paradigme de l'appariement en psychothérapie porte sur l'interaction entre les caractéristiques des thérapeutes et celles des clients (Kelly, 1990; Beutler, 1981; Chartier, 1971; Razin, 1971). Certains croient que les caractéristiques des thérapeutes comme la sincérité, le respect et la capacité de créer un environnement empathique sont des gages de succès des traitements mais d'autres estiment plutôt qu'une approche confrontante donne de meilleurs résultats (Mattson, 1994). Dans un cas comme dans l'autre, il se peut que ce soit les caractéristiques des clients qui fassent en sorte que les caractéristiques des thérapeutes favorisent ou gênent le processus thérapeutique. Miller, Benefield et Tonigan (1993) ont ainsi constaté que les individus qui voyaient leur problème d'alcool comme une mauvaise habitude avaient plus de chances de réussir leur traitement lorsqu'ils étaient traités par des thérapeutes empathiques plutôt que par des thérapeutes confrontants. Par contre, auprès des individus qui percevaient plutôt leur alcoolisme comme une maladie, le traitement donnait d'aussi bons résultats que le thérapeute soit empathique ou confrontant.

L'appariement est donc un phénomène complexe qui implique une multiplicité d'interactions potentielles. Pour compliquer le tout, les paradigmes d'appariement peuvent aussi être de nature dynamique (Mattson, 1994). Ainsi, à mesure que se modifient le comportement, les attitudes et les circonstances de vie d'un client, les stratégies thérapeutiques peuvent aussi devoir évoluer. Prochaska, DiClemente et Norcross (1992) estiment que la guérison des problèmes d'alcool est un processus comprenant cinq stades indépendants : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien. À chacun de ces stades, on devra user de stratégies différentes. Par exemple, en présence de clients qui commencent tout juste à reconnaître leur problème d'alcool mais qui ne sont pas sûrs de ce qu'ils sont prêts à faire pour le régler (i.e. qui sont au stade de

contemplation), les thérapeutes devront adopter des stratégies appropriées à ce stade du processus : ils pourront explorer avec le client le pour et le contre d'un changement d'habitudes ainsi que les différents traitements disponibles. Par ailleurs, en présence d'individus motivés qui ont déjà commencé à modifier leur comportement (i.e. qui en sont au stade de l'action), les thérapeutes devront plutôt utiliser des stratégies de type résolution de problèmes.

## 1.2 LES TYPES D'APPARIEMENT

Ce ne sont pas toutes les caractéristiques des clients qui interagissent avec les interventions thérapeutiques. En fait, certaines caractéristiques agiront positivement sur les résultats de tous les traitements, indépendamment du genre d'intervention. On appelle ces caractéristiques, qui affectent pareillement les résultats de tous les traitements, des prédicteurs des résultats. Ainsi, les personnes mariées, qui ont un emploi, qui sont intelligentes et ont un statut socio-économique élevé ont de bien meilleures chances de succès, peu importe le traitement qu'elles suivent, que les personnes qui ne présentent pas ces particularités socio-démographiques. Étant donné que les prédicteurs des résultats déterminent dans quelle mesure une personne peut bénéficier du traitement, quel qu'il soit, ces facteurs ne sont pas considérés comme des variables d'appariement.

Les facteurs d'appariement, pour leur part, affectent les résultats de façon différentielle, selon le type de traitement. Par exemple, le fait que les individus présentent, à des degrés divers, certaines caractéristiques peut déterminer s'il est probable ou non qu'ils répondront favorablement à un traitement particulier. Il existe deux genres principaux d'appariement client - traitement : ordinal et désordinal (Mattson, 1994; Smith & Sechrest, 1991). La figure 1 illustre les effets de ces deux

types d'appariement. On parle d'appariement ordinal lorsque, par exemple, des sujets qui présentent peu d'une caractéristique donnée réagissent mieux à un traitement qu'à un autre; chez les sujets qui, au contraire, présentent beaucoup de cette même caractéristique, le traitement aura probablement le même taux de succès, peu importe le genre d'intervention. Par exemple, selon l'intensité des symptômes dépressifs qu'éprouve un individu, on pourrait prédire s'il aura autant de chances de tirer profit d'un traitement ou d'un autre ou si une forme particulière de traitement sera supérieure à l'autre pour lui.

On parlera plutôt d'appariement désordinal lorsque les effets des interventions sont inversés en présence de groupes différents. Par exemple, des individus qui présentent telle caractéristique à un degré élevé profiteront mieux de tel type de traitement, alors que ce même traitement aura des résultats médiocres chez les individus qui affichent cette même caractéristique à un degré moindre. La recherche a ainsi démontré que chez les individus ayant un niveau élevé de psychopathologie, les traitements qui visent à développer les habiletés d'adaptation sont plus efficaces que les thérapies interactionnelles; par contre, la tendance inverse peut être observée chez les individus présentant peu de psychopathologie, lesquels profitent mieux d'une thérapie interactionnelle que d'un traitement visant à développer les habiletés d'adaptation (Cooney, Kadden, Litt, & Getter, 1991; Kadden, Getter, Cooney, & Litt, 1989).

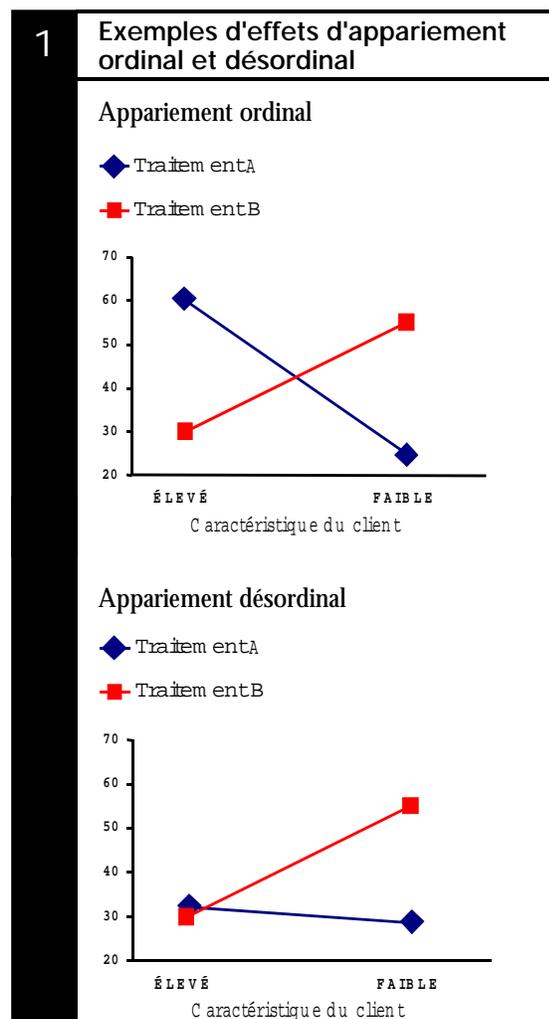


Figure 1

### 1.3 BREF HISTORIQUE DE LA LITTÉRATURE SUR L'APPARIEMENT CLIENT – TRAITEMENT

La recherche sur l'appariement client - traitement dans le domaine de l'alcoolisme n'est pas un nouveau sujet d'étude empirique (Wallerstein, 1956, 1957; Bowman & Jellinek,

1941). Cette recherche ne se limite pas non plus à ce seul domaine : des chercheurs se sont aussi intéressés aux interactions client - traitement dans les interventions psychothérapeutiques (Snow, 1991) et en psychopédagogie (Cronbach, 1967, 1975; Cronbach & Snow, 1977).

Dans une recension des écrits sur l'appariement client - traitement en alcoologie, Mattson et coll. (1994) ont identifié quatre grandes catégories de caractéristiques des clients autour desquelles la littérature sur l'appariement gravitait : les facteurs démographiques, les caractéristiques propres à la consommation de substances, les caractéristiques intrapersonnelles et le fonctionnement interpersonnel. Nous nous servons de ces catégories pour présenter un bref résumé de la littérature sur l'appariement.

### 1.3.1 Données démographiques

On peut être tenté de procéder à l'appariement en fonction de caractéristiques démographiques simples (comme le sexe, l'état matrimonial et l'âge) car elles sont faciles à mesurer. Le sexe est la variable démographique la plus souvent représentée dans la littérature. Scott et Anderson (1990) ont montré que les hommes qui abusent d'alcool avaient davantage tendance à diminuer leur consommation après avoir reçu l'avis d'un médecin plutôt qu'après avoir rempli un sondage sur la santé alors que l'une ou l'autre de ces méthodes se valait chez les femmes. Une autre étude, menée par Cronkite & Moos (1984), a montré que les thérapies de groupe étaient généralement plus efficaces chez les hommes alors que les femmes avaient plus de chances de succès en suivant un programme de traitement de type éducatif incluant films et conférences. On a aussi montré qu'après leur traitement, les femmes ont de meilleurs résultats en suivant un programme postcure de type AA plutôt qu'un programme de prévention de la rechute; on a pu observer l'effet contraire

chez les hommes (Brown, Seraganian, Tremblay & Annis, sous presse).

L'âge est un autre critère d'appariement facilement accessible. Les études qui se sont penchées sur l'appariement âge - modalité de traitement n'ont généralement pas réussi à démontrer d'effets significatifs entre ces facteurs (voir Project MATCH, 1997; Brown et coll., sous presse). Toutefois, la recherche s'est principalement intéressée à la façon dont l'appariement pouvait améliorer les résultats chez les personnes adultes abusant de substances. Même si l'appariement peut aussi profiter aux adolescents qui souffrent d'abus d'alcool, les cliniciens travaillant auprès des adolescents sont confrontés à des défis additionnels bien au-delà de ceux rencontrés auprès des populations adultes et ces conditions compliquent encore plus les tentatives d'appariement. Par exemple, la prévalence de consommation de substances est élevée chez les adolescents, mais il est souvent très difficile de faire la part entre les premiers signes d'abus et l'expérimentation typique de drogues et d'alcool chez les jeunes (Jacobs, Copperman, Joffe, Kulig, McDonald, Rogers, & Shah, 2000). Contrairement à ce que l'on retrouve habituellement dans les centres de traitement pour adultes, il y a une plus grande prévalence de troubles d'abus de substances que de troubles de dépendance dans les centres de traitement pour adolescents. Il est donc crucial de pouvoir différencier les consommateurs occasionnels qui sont au stade de l'expérimentation des consommateurs plus réguliers chez qui l'abus entraîne des conséquences émotionnelles et physiques. L'abus de substances chez les adolescents n'est souvent qu'une facette d'un plus large tableau clinique de perturbation. La consommation peut être symptomatique plutôt que la cause réelle de ces perturbations. En outre, chez les adolescents, les résultats sont extrêmement sensibles aux facteurs extrinsèques du traitement. Certains éléments, comme l'environnement familial et l'implication des

parents, des pairs et des professeurs, peuvent jouer un rôle déterminant en soutenant ou au contraire en entravant le travail d'intervention (Jacobs et al., 2000).

Il va sans dire que les paradigmes d'appariement chez les adolescents seraient bien différents de ceux proposés pour les populations adultes. Curieusement, la littérature portant sur l'appariement chez les adolescents est très rare. On a bien proposé certains modèles d'appariement qui mettent en évidence les différences entre les adultes et les adolescents qui abusent de substances (Mee-Lee, 1995). Chez une population d'adolescents abusant de substances, une hypothèse d'appariement intéressante serait d'observer de quelle manière les attitudes des figures parentales interagiraient avec le traitement. Pour le moment, cette hypothèse n'a pas encore été vérifiée empiriquement.

Bien qu'il soit commode d'utiliser des caractéristiques démographiques comme variables d'appariement, il est important de noter que ces caractéristiques peuvent facilement devenir des facteurs confusionnels. Les variables démographiques sont en étroite corrélation avec d'autres facteurs sous-jacents (culturels, sociaux et psychologiques). Par exemple, le sexe, utilisé comme variable biologique, peut être confondu avec le rôle associé à l'identité sexuelle, lequel à son tour est grandement influencé par la culture. L'origine raciale peut être confondue avec le statut socio-économique. C'est donc dire que même s'il y a quelques preuves d'interactions entre données démographiques et traitement, les mécanismes d'action véritables de ce type d'appariement ne sont pas très clairs.

### 1.3.2 Modes de consommation des substances

Dans la deuxième catégorie de caractéristiques, on retrouve les comportements associés à la consommation d'alcool et de drogues, tels que

la quantité et la durée de la consommation, l'histoire familiale et les conséquences de la consommation. Ces variables sont intuitivement attrayantes car on est normalement porté à penser que différents modes de consommation appellent différents types de traitement. Des études ont montré que certains traitements étaient plus efficaces chez les individus très dépendants de l'alcool que chez ceux qui le sont moins, ce qui constitue un effet d'appariement désordinal (Litt, Babor, Delboca, Kadden, & Cooney, 1992; Miller et coll., 1993). Toutefois, d'autres études ont plutôt observé un effet d'appariement ordinal. Par exemple, McLellan, Woody, Luborsky, O'Brien, et Druly (1983b) ont trouvé que les individus moins dépendants profitaient davantage de certains programmes thérapeutiques alors que tous les types de traitements donnaient des résultats médiocres lorsque la dépendance était plus grave.

Pour ce qui est des modes d'abus de substances, Brown et coll., (sous presse) ont montré que les individus qui abusaient de plusieurs substances bénéficiaient davantage d'un programme postcure axé sur l'abstinence, de type AA, alors que ceux qui n'abusaient que d'une seule drogue s'en sortaient mieux en suivant un programme postcure de prévention de la rechute. D'autres auteurs (Maude-Griffin, Hohenstein, Humfleet, Reilly, Tusel & Hall, 1998) ont démontré qu'une approche cognitivo-behaviorale était plus efficace qu'une approche par les 12 étapes chez les cocaïnomanes.

### 1.3.3 Caractéristiques intrapersonnelles

On a aussi soumis à l'étude les interactions entre le type de traitement et certaines caractéristiques intrapersonnelles comme la personnalité, la détresse psychiatrique et le fonctionnement cognitif. Une ancienne étude sur l'appariement menée chez des adultes dépendants de l'alcool ou de drogues (McLellan, Luborsky, Wood, O'Brien &

Druley, 1983a) n'a pu mettre en évidence d'interactions entre des symptômes psychiatriques de faible ou de grande intensité (tels que mesurés par l'Indice de Gravité d'une Toxicomanie) et quatre différentes modalités thérapeutiques. Toutefois, on a pu constater des effets thérapeutiques différentiels chez les individus présentant un niveau modéré de symptômes psychiatriques. Les personnes moins socialisées ou à tendances sociopathiques bénéficient probablement davantage de traitements axés sur les habiletés d'adaptation de base que de traitements basés sur les processus interactionnels (Cooney, Kadden, & Litt, 1990). Par ailleurs, on a observé des effets d'appariement désordinal avec la détresse psychologique : les individus chez qui la détresse psychologique est élevée et persistante profitent mieux d'un programme postcure plus didactique basé sur les AA que les individus présentant un faible niveau de détresse; ces derniers s'en sortent mieux par une approche davantage axée sur l'adaptation, comme les programmes de prévention de la rechute. Une étude plus récente de McLellan et ses collaborateurs (1997) a montré qu'un traitement ciblant spécifiquement les problèmes psychiatriques, familiaux et professionnels des clients assurait davantage l'assiduité au traitement et la réalisation intégrale du programme ; on a aussi observé que les résultats de ce type de traitement étaient de 20 à 30 % supérieurs à ceux d'un traitement qui ne s'adaptait pas systématiquement aux besoins des clients.

Dans une étude portant sur des femmes abusant de substances, on a pu identifier des motifs d'abus liés à la personnalité qui interagissaient avec le traitement et menaient à des résultats différentiels (Conrod, Stewart, Pihl, Coté, Fontaine & Dongier, 2000). Plus spécifiquement, on a conçu des interventions brèves qui ciblaient la motivation à consommer de ces femmes réparties en trois groupes selon qu'elles étaient : sensibles à l'anxiété, désespérées-introverties ou à la recherche de

sensations et impulsives. Lorsque l'intervention n'était pas appariée à leur motivation à consommer / profil de personnalité, les femmes en bénéficiaient moins que dans le cas contraire où l'intervention tenait compte de la personnalité.

D'autres études ont exploré des aspects cognitifs comme le locus de contrôle (Hartman Krywonis, & Morrison, 1988), l'état de manque (Kadden, Litt, Cooney, & Busher, 1992), et l'autonomie (McKay, Longabaugh, Beattie, Maisto, & Noel, 1993). Ainsi, une étude s'est intéressée à la pharmacothérapie chez des alcooliques (Jaffe, Rounseville, Chang, Schottenfeld, Meyer, O'Malley, 1996). Les individus qui présentaient à la fois un fort état de manque et un déficit cognitif (quant aux habiletés d'apprentissage non-verbal) s'en sortaient mieux lorsqu'ils recevaient de la naltrexone en plus de suivre une psychothérapie, comparativement aux individus dont l'état de manque était moins élevé et qui montraient de meilleures habiletés d'apprentissage verbal.

#### 1.3.4 Facteurs interpersonnels

Dans la quatrième catégorie de variables, on retrouve les facteurs interpersonnels comme la stabilité sociale et le soutien social (Kissin, Platz, & Su, 1970; Welte, Hynes, Sokolow, & Lyons, 1981). Welte et coll. (1981) ont trouvé qu'un traitement prolongé en interne (de plus de 30 jours) était associé à de meilleurs résultats chez les individus plutôt instables sur le plan social. En revanche, chez les individus ayant un haut niveau de stabilité sociale, la prolongation du traitement en interne n'améliorait pas les résultats. Pettinati et al. (1993) ont constaté que les gens dont le réseau de soutien social est faible avaient moins tendance à décrocher des traitements en interne que des programmes externes.

## 1.3.5 Les modalités de traitement

Dans une autre perspective, l'appariement peut aussi être d'abord formulé en fonction des différentes modalités de traitement. Les caractéristiques les plus évidentes des traitements comprennent les objectifs thérapeutiques (par ex. l'abstinence, la diminution de la consommation ou la réduction des méfaits) et leur cadre d'application (externe par opposition à interne). Les protocoles cliniques préconisent généralement de traiter en interne les clients ayant un soutien social faible, une dépendance importante et des problèmes médicaux ou psychiatriques concomitants. En révisant les fondements empiriques de ces recommandations, Finney, Hahn & Moos (1996) en sont arrivés à la conclusion qu'en fait la littérature est loin d'être claire quant à savoir quelle clientèle bénéficie le plus d'un traitement en interne ou en externe mais, ce qui semble plus important que la simple distinction entre traitement interne et externe est ce qui a tendance à se passer dans l'une ou l'autre de ces situations. En effet, certains facteurs médiateurs du traitement comme son intensité et certains facteurs modérateurs comme le soutien social incitant à une consommation modérée peuvent être confondus avec les modalités du traitement mais ils pourraient en fait représenter les déterminants réels des résultats du traitement. C'est donc dire qu'un traitement suffisamment intensif et axé sur le développement d'un réseau de soutien social pourrait être tout aussi bénéfique en externe plutôt qu'en interne, tout en étant moins envahissant et moins coûteux. Il faudra plus de recherches dans ce domaine pour en arriver à discerner les éléments actifs des modalités de traitement les plus courantes.

## 1.4 RÉSUMÉ

De façon générale, la littérature sur l'appariement a fourni des indices en faveur de l'appariement des patients à une modalité de traitement. On a pu démontrer que des facteurs

sociodémographiques, psychologiques et d'autres reliés à l'abus de substances interagissaient avec des modalités de traitement spécifiques ou des approches différentes, ce qui permettait de prédire de meilleurs résultats. Toutefois, dans les débuts de la recherche sur l'appariement, des lacunes méthodologiques importantes ont miné la confiance quant à la rigueur des données. Par exemple, les échantillons étudiés étaient souvent composés exclusivement d'alcooliques alors que d'autres études ciblaient des échantillons plus naturalistes de polytoxicomanes (par ex. alcool et cocaïne). La mise en œuvre des programmes thérapeutiques testés variait considérablement d'une étude à l'autre, offrant peu de garanties sur la qualité des traitements expérimentaux ou sur leur équivalence. On a souvent observé des effets d'appariement dans des études dont le but était en fait d'explorer les « effets majeurs », c'est-à-dire des études comparant un traitement à un autre. En « allant ainsi à la pêche », on trouve des effets d'appariement qui ne sont que pure coïncidence et qui ont peu de fondement intuitif ou théorique. Finalement, la majorité de ces études portaient sur des échantillons relativement petits et utilisaient des mesures différentes dont la fiabilité était souvent mal connue. Bien que les statistiques extraites de ces études puissent détecter de forts effets d'appariement, elles ne sont peut-être pas assez sensibles pour détecter des effets d'appariement légers ou modérés. Au début des années 90, il paraissait essentiel de mener une étude sur l'appariement qui ferait autorité et qui : 1) porterait sur un vaste échantillon, utiliserait une méthodologie rigoureuse et des protocoles d'évaluation détaillés permettant de détecter des effets d'appariement même subtils, 2) proposerait des traitements expérimentaux dont la qualité était reconnue, et 3) serait conçue pour explorer les effets spécifiques d'appariement qui semblaient les plus prometteurs, théoriquement et pratiquement, d'après la littérature sur le sujet.

## CHAPITRE 2 PROJET MATCH

### 2.1 FONDEMENTS THÉORIQUES ET MÉTHODOLOGIQUES

De nombreuses et importantes limites d'ordre méthodologique ont marqué les premières recherches sur l'appariement. Un des objectifs principaux du projet MATCH était de s'attaquer à ces limites en concevant une vaste étude contrôlée plus cohérente sur le plan conceptuel (Project MATCH, 1997a, 1997b, 1998a, 1998b). En réalité, le projet a fait bien plus que de simplement surpasser en qualité les études précédentes sur l'appariement client-traitement. On peut dire que c'est la plus imposante étude sur les résultats psychothérapeutiques jamais menée en psychologie. Ce projet était en effet sans précédent si l'on considère le budget alloué pour sa réalisation (plus de 30 millions de dollars US), la rigueur de sa méthodologie et de son instrumentation, de même que la complexité des analyses statistiques effectuées. L'équipe de recherche elle-même proclamait fièrement que cette étude était « la plus grande jamais entreprise dans le domaine de la psychothérapie de même que la plus puissante au niveau statistique » (Project MATCH, 1997a, p.25).

Le projet MATCH s'attaquait aux lacunes des protocoles d'essais cliniques antérieurs qui compromettaient leur validité interne et externe. Parmi ces lacunes, on peut identifier : 1) l'absence d'hypothèses *a priori* clairement définies; 2) le fait que les clients n'étaient pas assignés aléatoirement aux traitements expérimentaux; 3) le fait que les traitements n'étaient pas standardisés ni appliqués tels que prescrits dans un manuel; 4) le manque de supervision visant à assurer la qualité des traitements offerts; et 5) l'inexistence d'un protocole d'évaluation des résultats détaillé, valide et fiable (Project MATCH, 1997a).

Les principales hypothèses *a priori* du projet MATCH étaient fondées sur des résultats empiriques antérieurs. Aux fins de l'étude, on a sélectionné dix éléments principaux caractérisant les clients : le rôle de l'alcool dans leur vie (la gravité des problèmes d'alcool), le fonctionnement cognitif, la capacité d'abstraction, le sexe, la quête de sens (le désir de trouver un but plus élevé à leur vie), la motivation et la disposition au changement, la gravité du statut psychiatrique, la sociopathie, l'incitation à boire et le sous-type d'alcoolisme.

On a également sélectionné trois approches thérapeutiques distinctes sur le plan conceptuel. Même si les Alcooliques Anonymes (AA) représentent l'approche thérapeutique prédominante en Amérique du Nord, les précédentes études sur l'appariement n'incluaient pas ce type d'intervention dans leurs protocoles. Le programme de Facilitation des 12 étapes (FDE) a été développé dans le cadre du projet MATCH en s'inspirant du mouvement AA. Le mouvement AA repose sur un concept fondamental qui définit l'alcoolisme comme une maladie du corps, de l'esprit et de l'âme. Même si le programme de facilitation (FDE) couvre les 12 étapes, il insiste surtout sur trois de ces étapes : l'aveu d'impuissance du client face à l'alcool, la croyance en une puissance suprême à laquelle s'abandonner, et la nécessité de se livrer à un inventaire moral. Les séances de counseling étaient structurées de la même façon à chaque semaine et comprenaient un survol des symptômes, une discussion sur l'engagement dans le mouvement AA, la présentation et l'explication des thèmes de la semaine. Les échanges hebdomadaires étaient complétés par des devoirs de lecture des publications des AA.

Le deuxième traitement était la thérapie cognitivo-behaviorale (TCB) qui comprend : 1) l'évaluation des situations environnementales, interpersonnelles et émotionnelles associées à un risque accru de rechute, et 2) l'accroissement du sentiment d'efficacité personnelle par

l'utilisation d'un ensemble plus varié et plus efficace d'habiletés d'adaptation. La troisième approche était la thérapie motivationnelle (TM), une intervention brève conçue pour accroître la motivation et favoriser l'engagement dans le processus de changement. Les trois traitements étaient offerts sur une base individuelle pendant une période de 12 semaines. Dans le cas de la TCB et de la FDE, les séances de traitement avaient lieu chaque semaine alors que la TM comprenait quatre séances réparties sur une période de 12 semaines. Les traitements ont été offerts dans neuf centres cliniques à travers les États-Unis. Les résultats ont été évalués à intervalles de trois mois durant les 15 premiers mois et, chez le groupe de clients traités en externe, on a procédé à une évaluation additionnelle 39 mois après le traitement.

Le projet portait sur un grand échantillon que l'on voulait représentatif de la population « réelle » des personnes abusant d'alcool. L'échantillon comprenait 1726 patients. Neuf cent cinquante-deux sujets ont été traités dans le cadre de programmes en externe et 744 en postcure après un traitement intensif en interne ou en hôpital de jour. Tout a été mis en œuvre pour que les deux volets de l'étude soient aussi semblables que possible. Après une évaluation initiale, on demandait aux participants éligibles de remplir une batterie exhaustive de questionnaires auto-administrés, ce qui prenait en moyenne huit heures, réparties sur une période de trois jours. Des thérapeutes ont été spécialement formés pour offrir ces traitements structurés décrits en détails dans les manuels. Toutes les séances étaient enregistrées sur vidéo afin de maintenir l'uniformité des traitements offerts et de permettre une évaluation détaillée du processus thérapeutique. Plusieurs mesures ont été prises pour accroître l'observance thérapeutique : les clients devaient consentir par écrit à fournir les coordonnées de personnes-contacts; on téléphonait régulièrement aux participants entre les séances et on leur envoyait des notes de rappel avant tout événement important relié à l'étude.

On a procédé à l'évaluation des résultats cinq fois en cours d'étude : à 3, 6, 9, 12 et 15 mois. Des données additionnelles ont été recueillies à 39 mois chez le groupe de patients traités en externe. L'abondance des données recueillies est digne de mention. En effet, dans les deux volets de l'étude (patients traités en postcure ou en externe), on a réussi à obtenir 90 % des données à chacune des cinq évaluations de suivi. Au suivi d'un an, on a pu recueillir des données chez 93 % du groupe de patients toujours vivants traités en postcure et 92 % du groupe de patients traités en externe. Le faible taux d'attrition dans cette étude (qui se situe entre 20 et 40 % dans la majorité des études) peut sans doute s'expliquer par la grande qualité des soins prodigués (traitements supervisés offerts par des professionnels très bien formés, évaluations exhaustives et suivis fréquents) ainsi que par la sélection de participants socialement stables. De grands efforts ont été déployés pour assurer l'exactitude des mesures tirées des données verbales. On a procédé à des études approfondies de fiabilité test-retest en jumelant les interviewers dans un même site ou d'un site à l'autre : elles ont révélé une bonne fiabilité des mesures. Pour corroborer les auto-déclarations des clients, deux méthodes ont été utilisées : des tests de dépistage de substances dans l'urine et les renseignements obtenus d'une personne-contact dans l'entourage du client.

Les dix principales hypothèses *a priori* sont énumérées au Tableau 1. On prévoyait des interactions entre dix caractéristiques des clients et trois traitements : TCB, FDE, TM. Les chercheurs ont aussi émis des hypothèses secondaires mais ils étaient beaucoup moins confiants de les confirmer. Les analyses ont porté sur les données recueillies aux suivis effectués entre 3 et 15 mois. Somme toute, on peut dire que la convergence d'éléments clés comme l'intégrité des traitements, les procédures d'évaluation initiale et en post-traitement, la fiabilité des mesures et la quantité de données recueillies fait en sorte que ce projet

de recherche est plus qu'impressionnant à bien des égards.

## 2.2 PRINCIPAUX RÉSULTATS

De façon surprenante, une seule des dix principales hypothèses d'appariement a pu être partiellement vérifiée au suivi de 15 mois chez le groupe de patients traités en externe. On s'attendait à ce que les clients présentant de sérieux troubles psychiatriques (essentiellement, plus de symptômes psychologiques) bénéficient davantage de la TCB que de la FDE. Cela ne s'est pas produit mais chez les patients externes montrant des troubles psychiatriques moins graves, le nombre de jours d'abstinence durant la première année était plus élevé dans le groupe de FDE que dans le groupe de TCB. Chez les patients externes souffrant de sérieux troubles psychiatriques, on n'a pas trouvé de différences significatives entre ces deux approches (TCB et FDE). Mise à part la gravité de la condition psychiatrique, le lien d'appariement le plus remarquable qu'on ait décelé avait trait à la quête de sens et à la motivation. Dans le groupe de patients traités en postcure, les clients plus portés vers une quête de sens (i.e. ceux qui, au moment de l'admission, trouvaient moins de sens à leur vie mais aspiraient à en trouver) ont, de façon modérée, mieux répondu à la FDE qu'à la TM ou à la TCB. On prévoyait que les clients en quête de sens à donner à leur vie seraient particulièrement attirés par l'importance accordée à la spiritualité dans l'approche de la FDE. On n'a pas décelé cette interaction, toutefois, avant les derniers six mois de la première année de suivi. Pour ce qui est de la motivation, les clients en externe qui étaient moins motivés ont bénéficié davantage de la TM que la FDE ou de la TCB. Toutefois, au début de la période post-traitement, la TCB semblait supérieure à la TM mais au fil du temps, les résultats des deux traitements se sont inversés, ce qui indique peut-être un effet à retardement.

**Tableau 1.** Les dix hypothèses *a priori* du projet MATCH. Les hypothèses sont établies à partir des valeurs croissantes des variables continues illustrant les caractéristiques des clients

Caractéristiques du client		Hypothèse
<b>Consommation d'alcool</b>		
Gravité de la consommation		TCB supérieure à FDE ou TM
Incitation à boire		TCB ou FDE supérieures à TM
Typologie		TCB ou FDE supérieures à TM chez le Type B TM supérieure à TCB ou FDE chez le Type A
<b>Démographiques</b>		
Sexe		TCB supérieure chez les femmes FDE supérieure chez les hommes
<b>Intrapersonnelles</b>		
Gravité psychiatrique		TCB supérieure à TM ou FDE
Déficit cognitif		FDE supérieure à TCB TCB supérieure à TM
Niveau conceptuel		TM supérieure à FDE
Quête de sens		FDE supérieure à TCB ou TM
Motivation		TCB supérieure à TM

Deux hypothèses secondaires ont aussi été confirmées au moment du suivi d'un an, la première concernant la colère et la seconde la dépendance à l'alcool. On prévoyait que les clients exprimant beaucoup de colère bénéficieraient davantage d'un programme de TM étant donné son approche non-confrontante moins susceptible de provoquer de la colère et dès lors, plus favorable à des résultats positifs. Cette hypothèse a été confirmée : dans le groupe de patients traités en externe, les résultats post-traitement des participants qui manifestaient le plus de colère étaient meilleurs s'ils avaient suivi la TM plutôt que la TCB. Dans le même groupe, les résultats post-traitement des participants qui, au contraire, manifestaient moins de colère se sont avérés moins bons s'ils avaient suivi la TM plutôt que la FDE ou la TCB. Par ailleurs, les clients traités en postcure qui présentaient une grave dépendance à l'alcool s'en sortaient mieux en suivant la FDE alors que les clients dont la dépendance était moins grave s'en sortaient mieux en suivant la TCB.

Ce qui ressort le plus des résultats du projet, c'est que les trois types d'intervention donnaient des résultats équivalents malgré leurs différences importantes tant sur le plan conceptuel que pour ce qui est de l'intensité du traitement. On a surtout été étonné de constater que quatre séances de TM donnaient des résultats équivalents à ceux de la FDE et de la TCB, qui comprenaient trois fois plus de séances.

### 2.3 LES RÉACTIONS AU PROJET MATCH

L'enthousiasme et les attentes considérables suscités chez les chercheurs en alcoologie par le projet MATCH, qui était une étude extrêmement complexe, ont aussi atteint les autres communautés de recherche. Le projet a acquis une crédibilité considérable grâce à son envergure et à sa méthodologie rigoureuse. On s'attendait à ce que ses résultats démontrent

sans ambiguïté le bien-fondé de l'appariement client - traitement dans le domaine de l'alcoolisme et qu'ils permettent de mieux connaître les stratégies optimales d'appariement, ce qui offrirait de meilleures perspectives aux clients. Les chercheurs et les cliniciens ont donc été complètement sidérés en apprenant que les données n'apportaient qu'un modeste soutien au concept d'interactions client - traitement. Ces résultats signifiaient-ils que l'appariement client - traitement n'était pas un facteur qui méritait d'être pris en considération dans le traitement de l'abus d'alcool ? Depuis la publication des premiers résultats, de nombreuses critiques ont ciblé le plan même de l'étude, tel que conçu par l'équipe du projet MATCH. Des chercheurs ont commencé à se demander si les résultats du projet étaient en fait aussi fiables que les promesses initiales le laissaient entendre. Dans les prochains paragraphes, nous présenterons quelques-unes des principales critiques adressées au projet MATCH de même que les controverses qui s'ensuivirent et qui continuent de faire des remous dans la communauté de recherche sur l'abus de substances.

#### 2.3.1 Critiques et controverses

La majorité des critiques envers le projet MATCH avaient pour thème son perfectionnisme méthodologique et son manque de généralisabilité. Plusieurs ont avancé que l'ensemble des procédures, à partir des évaluations jusqu'aux suivis, étaient trop rigoureuses et pourraient avoir induit les résultats positifs observés dans les différents contextes expérimentaux. Par exemple, tous les participants devaient se plier à une évaluation préliminaire d'une durée de huit heures, ce qui est de beaucoup plus long que les évaluations réalisées en « milieu réel ». Le temps ainsi consacré à l'évaluation des participants surpasse même parfois le temps qu'ils ont passé en traitement : c'est le cas des participants à la TM qui ne passaient que quatre heures en thérapie ! Ces évaluations approfondies peuvent avoir eu

un effet thérapeutique assez important pour masquer toute éventuelle interaction client - traitement (Glaser, 1999).

Le projet a aussi fait l'objet de critiques quant à la manière dont les traitements ont été prodigués. Certains ont avancé que les thérapeutes qui dispensaient les traitements étaient trop bons, en ce sens qu'ils étaient des professionnels très bien formés et experts, ce qui n'est pas représentatif de l'ensemble des cliniciens travaillant auprès des alcooliques dans les centres de traitement. De plus, ces interventions n'étaient pas considérées comme représentatives des traitements offerts dans le milieu (Glaser, 1999; Drummond, 1999). Par exemple, on a formé les thérapeutes pour qu'ils suivent à la lettre des programmes thérapeutiques décrits dans des manuels spécialement conçus pour les besoins de l'étude. Des interventions structurées à ce point ne sont pas représentatives des traitements habituellement offerts aux personnes abusant d'alcool. Même les formats des interventions n'étaient pas équivalents au format habituel des traitements en milieu réel. Un exemple en est le programme de FDE qui est basé sur les 12 étapes des AA mais qui, contrairement à la tradition AA, était offert en individuel. Une autre critique était que les programmes d'intervention pour les problèmes d'alcool combinent souvent plusieurs approches différentes alors que les participants du projet MATCH n'étaient soumis qu'à un seul type d'intervention (Drummond, 1999). Dans le cadre du projet, on a aussi multiplié les mesures visant à diminuer le décrochage dans tous les groupes expérimentaux, par exemple en leur téléphonant régulièrement et en leur envoyant des notes de rappel. Il se peut que ces contacts aient constitué des composantes actives du traitement, rendant ainsi les différentes approches pratiquement indifférenciables l'une de l'autre (Project MATCH, 1997a).

On s'est aussi inquiété de la possibilité que l'échantillon recruté soit biaisé. Comme dans la

plupart des essais cliniques randomisés, des critères de sélection stricts ont fait en sorte que l'échantillon n'était pas représentatif de la population typique d'alcooliques en milieu réel. On a ainsi exclu de l'étude les individus qui abusaient d'autres substances que l'alcool, bien que la recherche ait démontré que la majorité des alcooliques abusent habituellement d'autres drogues aussi (Brown, Seraganian, & Tremblay, 1993). En somme, on pourrait dire que le projet MATCH a étudié un groupe distinct d'individus dont le statut ne reflétait pas celui de la plupart des alcooliques qui cherchent à être traités. Il en résulte que le rapport entre les résultats et les traitements offerts en milieu réel peut être limité (San, 1999).

Ces critiques soulèvent la question suivante : peut-on se fier aux résultats du projet MATCH ? Un des buts premiers du projet MATCH était de dépasser les limites de la recherche antérieure sur l'appariement client - traitement, entre autres les échantillons de petite taille et les devis de recherche boiteux, et l'on peut dire qu'à cet égard, le projet a été un succès. Ironiquement, c'est peut-être le perfectionnisme même du devis de recherche qui a pu compromettre la portée réelle des nombreuses possibilités d'application de ces résultats. Autrement dit, les méthodologies mises de l'avant par le projet MATCH, qui avaient pour but d'assurer la validité des résultats, ont peut-être empêché que soient mises à jour de réelles interactions client - traitement tout en limitant l'à-propos des interactions décelées.

### 2.3.2 Analyses secondaires et continues des résultats

On a procédé à une deuxième série d'analyses des données du projet MATCH pour tenter d'aboutir à des résultats plus éloquentes que ceux obtenus au cours de l'analyse initiale. Ce processus comportait deux stratégies principales : 1) examiner les résultats au suivi de 3 ans pour voir si les résultats d'appariement persistaient, augmentaient ou disparaissaient à

long terme (Project MATCH, 1998a); 2) procéder à des analyses exploratoires dans le but de découvrir d'autres effets non prévus dans les hypothèses de départ. Même si les premiers résultats avaient été très décevants, le suivi de 3 ans a permis de mettre à jour dans le groupe de patients traités en externe plusieurs effets marqués, dont l'un n'a pas été décelé au suivi d'un an. Ainsi, on avait prévu que les clients incités à boire par leur réseau social s'en sortiraient moins bien s'ils suivaient la TM plutôt que la TCB ou la FDE. Cette hypothèse était fondée sur la notion que la TCB et la FDE préparent les clients à affronter les situations où ils pourraient être tentés de boire. Cette hypothèse n'a été confirmée qu'avec la FDE. L'émergence tardive de ce résultat soulève la question suivante : cet effet est-il réellement dû au traitement ou n'est-il pas plutôt associé à un autre facteur post-traitement comme, par exemple, un engagement continu dans les AA.

L'effet d'interaction le plus constant qu'ait confirmé le projet MATCH est l'effet d'appariement lié au degré de colère du client : les clients qui manifestaient le plus de colère s'amélioraient beaucoup plus par une approche de TM que par une approche de TCB ou de FDE, et ceci aux suivis d'un an et de 3 ans. Cette constatation pourrait s'expliquer par le fait qu'en TM, on évite à tout prix de dire aux clients ce qu'ils ont à faire, ce qui n'est pas le cas en TCB ou en FDE; dire aux clients ce qu'ils ont à faire semble contreproductif dans le cas de clients en colère. La TM met au contraire l'emphase sur le développement d'une solide alliance thérapeutique. Contre toute attente, l'effet d'appariement lié à la gravité des troubles psychiatriques qu'on avait observé au suivi d'un an était disparu au suivi de 3 ans. En dépit de ces conclusions récentes, dans l'ensemble, au stade du suivi de 3 ans, le bien-fondé de l'appariement demeure fragile.

## CHAPITRE 3 L'APPORT DU PROJET MATCH

### 3.1 L'APPARIEMENT : UN CONCEPT INCONTOURNABLE

Il est probablement exagéré de déclarer que le projet MATCH a été un échec et ce malgré toute la controverse qu'il continue d'alimenter quant à la façon dont il a pu contribuer à accroître nos connaissances sur le traitement de l'abus de substances. Même si les résultats du projet MATCH ne fournissent que peu d'éclaircissements sur l'appariement client - traitement, il est très improbable que les cliniciens mettent de côté pour le moment leurs tendances à nuancer les traitements pour mieux les adapter aux besoins de leurs clients. Des études à plus petite échelle, bien conçues, continuent d'ailleurs d'identifier des paradigmes d'appariement prometteurs (par exemple, Brown et coll., 2001). Dans ce contexte, il nous semble pertinent de reconsidérer sobriement de quelle manière le projet MATCH a modifié notre compréhension de l'efficacité des traitements de l'abus de substances.

#### 3.1.1 Qualité du traitement

Une des constatations fortuites du projet MATCH a été que tous les traitements donnaient des résultats exceptionnellement bons. Le fait qu'il n'y avait pas de groupe contrôle non-traité dans le projet MATCH nous empêche d'évaluer sans équivoque le succès d'un ou l'autre des traitements comparativement à l'absence de traitement. Néanmoins, les informations que nous avons sur les résultats des traitements semblent indiquer que la participation à l'une ou l'autre des interventions du projet MATCH avait apporté aux clients des bénéfices qu'on peut qualifier d'excellents. On peut penser que d'autres facteurs, extrinsèques à la thérapie, ont pu contribuer à ces résultats, entre autres le recrutement d'alcooliques socialement stables, chez qui le pronostic était bon, et qui avaient

des contacts fréquents avec une équipe de recherche experte et enthousiaste. Par ailleurs, il est peu probable que ces seules considérations méthodologiques expliquent les résultats. Il ne fait pas de doute que la part inhérente à la mise en œuvre des interventions du projet MATCH est tout aussi importante : de très bons thérapeutes qui utilisaient de très bons manuels d'intervention et qui étaient bien supervisés par de très bons superviseurs. **Loin de suggérer que tous les traitements se valent, ce résultat met en évidence les avantages qu'il peut y avoir à ce que des intervenants bien formés et bien supervisés offrent des interventions structurées et de qualité.**

#### 3.1.2 Intensité et durée du traitement

Une des conclusions les plus surprenantes et fascinantes du projet MATCH était que les résultats de la TM, qui se donnait en quatre séances, étaient comparables à ceux de la TCB ou de la FDE qui se déroulaient en douze séances. Là encore, il est nécessaire de nuancer ce constat à la lumière des critiques adressées au projet MATCH. On peut avoir observé des effets des traitements qui, en réalité, avaient peu à voir avec les interventions elles-mêmes. Toutefois, étant donné la taille de l'échantillon recruté, la sensibilité des tests statistiques utilisés pour détecter des différences dans les résultats était très élevée. Il est donc très improbable que des différences même légères n'aient pas été détectées. Finalement, on doit se rappeler que cette conclusion s'applique à un échantillon assez particulier d'individus souffrant d'alcoolisme primaire et très stables socialement.

Malgré toutes ces mises en garde, cette conclusion est intéressante pour deux raisons. Premièrement, elle renforce la notion que des traitements plus courts et moins intensifs peuvent, dans certaines circonstances, mener à des résultats comparables à ceux des traitements plus longs et intensifs traditionnellement offerts dans les cas d'abus de

substances. En deuxième lieu, des analyses coût-efficacité ont confirmé qu'il est plus économique d'offrir la TM, ou toute autre intervention brève, dans les milieux hors recherche comme les centres publics de réadaptation en toxicomanie (Cisler, Holder, Longabaugh, Stout, & Zweben, 1998).

L'intérêt pour les interventions brèves dans le traitement de l'abus de substances ne date pas d'hier, comme en fait foi l'abondante littérature sur les résultats des traitements, particulièrement en Europe. Les éléments en faveur des interventions brèves proviennent en partie de l'observation du phénomène de « guérison naturelle ». La majorité des individus qui viennent à bout de leurs problèmes de consommation de substances (la nicotine, l'alcool ou les drogues) y arrivent sans traitement formel ou à l'aide d'un traitement minimal (Sobell, Cunningham & Sobell, 1996). Par conséquent, on peut penser qu'un grand nombre de clients présentant des problèmes d'abus de substances n'ont pas besoin d'un traitement prolongé et coûteux pour venir à bout de leurs difficultés (Annis, 1985), particulièrement s'ils ont peu de symptômes de dépendance physique (par ex. chez les héroïnomanes, un traitement plus intensif est généralement associé à de meilleurs résultats). On étudie depuis plus de vingt ans les chances de succès des approches brèves (par ex., Orford & Edwards, 1977). Le terme « brèves » ne s'applique pas à un type spécifique de traitement mais il englobe plutôt un large ensemble d'interventions présentant une caractéristique commune : elles exigent beaucoup moins de temps des spécialistes que ce qui est courant dans les traitements intensifs; elles se déroulent habituellement en une ou deux séances, et jamais plus que quatre (Heather, 1996). De plus, elles comportent souvent des éléments thérapeutiques comme les conseils, l'évaluation et le feedback, des guides d'auto-assistance et des brochures d'information.

La recherche sur l'efficacité des interventions brèves dans le traitement de l'alcoolisme a donné des résultats prometteurs. On a démontré que des interventions brèves étaient plus efficaces que l'absence de traitement (Holder, Longabaugh, Miller, & Rubonis, 1991). Dans une recension des écrits, Miller et ses collaborateurs (1995) ont comparé une panoplie d'approches d'intervention brève à des traitements plus intensifs et prolongés et ont montré qu'on pouvait arriver à des taux similaires d'abstinence post-traitement. Du point de vue clinique, une approche brève pour traiter l'abus de substances peut même comporter des avantages supplémentaires. Les clients qui ne souffrent pas de dépendance physique grave sont souvent peu portés à suivre un traitement intensif. De plus, des obstacles d'ordre logistique, telle que la situation de monoparentalité, peuvent empêcher d'éventuels clients de prendre part à des programmes de traitements intensifs (Miller & Rollnick, 1991). Il pourrait par contre être plus facile d'inciter ces clients à se faire traiter si l'intervention était moins longue et moins dérangeante. En définitive, dans une perspective clinique et du point de vue de la recherche, il est tout à fait injustifié de promouvoir des approches thérapeutiques intensives pour l'ensemble des clients en se fondant a) sur l'assomption que plus on traite, meilleurs seront les résultats, ou b) sur le mandat d'un centre de traitement ou son parti pris idéologique favorisant le traitement intensif pour toute sa clientèle (Heather, 1989).

Il est intéressant de noter qu'en dépit des appuis favorables aux interventions brèves, l'implantation de tels programmes pour traiter l'abus de substances tire de l'arrière au Québec comme, de façon générale, partout ailleurs en Amérique du Nord. L'Équipe de recherche sur la prévention et le traitement des toxicomanies (ERPTT), subventionnée par le CQRS, a mené un sondage informel auprès de plusieurs centres de traitement à travers le Québec sur le contenu de leurs programmes, et les résultats

indiquaient que les traitements intensifs prédominaient encore (Dongier & Bruce, 1997). Si l'on considère les modalités des traitements offerts, seuls deux centres sur les onze ayant participé au sondage offraient un traitement ambulatoire relativement bref. Cette étude révèle aussi que sur un échantillon de 275 individus traités dans ces centres, moins de 5 % ont été soumis à ce qu'on pourrait considérer comme une intervention brève. Notre groupe de recherche est présentement à l'étape finale d'une étude, subventionnée par le CQRS, qui évalue l'impact et les répercussions financières d'interventions brèves menées aussi bien en clinique qu'en milieu expérimental sur un échantillon naturaliste d'individus abusant de substances. Dans le cadre de cette étude, nous avons tenté de tenir compte de certaines des critiques adressées au projet MATCH en recrutant un échantillon clinique plus naturaliste, en offrant les traitements en groupe, et en limitant les contacts avec les thérapeutes à un niveau plus « normal ». En même temps, nous avons essayé de respecter les contingences liées à la rigueur méthodologique en respectant à la lettre les traitements prescrits dans un manuel, en constituant les groupes de façon aléatoire et en incluant un groupe contrôle qui se voyait offrir un traitement minimal. Bien qu'on en soit encore à l'étape de cueillette des données des suivis, nous avons pu noter que les clients se sont montrés très satisfaits de la brièveté de l'intervention (i.e. 2 à 4 séances). Somme toute, le projet MATCH a permis de raviver l'intérêt envers les stratégies d'intervention brève qui nous forcent à remettre en question plusieurs des hypothèses traditionnelles relatives à la durée et à l'intensité optimales des traitements. **Bien qu'on s'attende à ce que les conclusions du projet MATCH soient reproduites dans un avenir rapproché, il paraît raisonnable de dire que, dans le domaine du traitement de l'abus de substances, « la modération a bien meilleur goût ».**

## 3.2 STRATÉGIES DE RECHERCHE ÉMERGENTES

### 3.2.1 Efficacité potentielle du traitement par opposition à son efficacité en milieu clinique

Plusieurs des critiques envers la méthodologie du projet MATCH sont le reflet des divergences qui existent entre les préoccupations des méthodologistes expérimentaux (i.e. l'efficacité potentielle du traitement) et celles des milieux réels de traitement (i.e. l'efficacité en milieu clinique). Pour la plupart des méthodologistes, les études sur l'efficacité des traitements doivent présenter une grande validité interne, et c'est là une de leurs préoccupations majeures. Même lorsque les recherches sont menées sur le terrain, comme le projet MATCH l'a pertinemment démontré, les méthodologies qui ne compromettent pas la validité interne représentent le « Saint Graal » de l'évaluation des traitements (voir Del Boca & Mattson, 1994). Toutefois, certains (Woody, McLellan, Alterman, & O'Brien, 1991; Heather, 1996b) remettent en question l'étude de « thérapies – recherche » menée sous la forme d'essais cliniques randomisés (ECR), dans lesquels les traitements sont contrôlés par l'expérimentateur, les échantillons sont strictement sélectionnés et les groupes sont constitués de façon aléatoire. Par exemple, certains chercheurs (Weisz, Weiss, & Donenberg., 1992) ont avancé que le fait d'appliquer à la lettre des traitements explicitement décrits dans des manuels tels que ceux utilisés dans le cadre du projet MATCH avait tendance à renforcer artificiellement l'ampleur des effets comparativement à la recherche fondée sur la pratique clinique, qui évalue des formes d'intervention moins structurées mais plus réalistes. D'autres ont avancé qu'à cause de la constante évolution des modes de consommation de substances dans la population, la recherche sur les résultats des traitements devait se montrer plus flexible dans

la sélection des participants pour que les conclusions puissent être généralisables aux populations cliniques (Stanton & Shadish, 1997). En définitive, bien qu'on favorise la validité interne en exerçant un contrôle comme en laboratoire, il est évident qu'on néglige ainsi des attributs importants propres aux milieux réels d'intervention.

Il existe certes des divergences entre les exigences de la méthodologie de recherche et les contingences du milieu réel et il s'ensuit que les conclusions empiriques sont plus ou moins pertinentes pour les administrateurs, les cliniciens et les clients des milieux de traitement. Ce problème suscite l'intérêt des chercheurs en recherche appliquée et des administrateurs. L'échec du projet MATCH et de la stratégie rigoureuse d'ECR qu'il mettait de l'avant a fourni des arguments à ceux qui remettaient en question l'approche académique traditionnelle dans l'évaluation des traitements. Il s'avère maintenant nécessaire de mener d'autres études sur l'efficacité des traitements dispensés **tant** dans le contexte d'essais cliniques contrôlés qu'en milieu réel d'intervention (Bickman, 1996). Les études sur l'efficacité des traitements en milieu clinique peuvent perdre un certain degré de contrôle expérimental sur des variables potentiellement confusionnelles comme l'hétérogénéité de l'échantillon et des interventions orchestrées par le conseiller. D'un autre côté, elles peuvent permettre de mieux comprendre dans quelle mesure les thérapies expérimentales tiennent le coup lorsque transplantées en milieu réel d'intervention et, conséquemment, de mieux cerner leurs répercussions sur le système de santé (Stanton & Shadish, 1997). Même si, de façon générale, ces questions n'invalident pas nécessairement les conclusions qui ressortent d'études comme le projet MATCH, elles mettent en évidence la nécessité de poursuivre la recherche sur l'appariement client - traitement **tant dans des conditions de rigueur expérimentale comme en laboratoire que**

**dans un contexte clinique** reflétant le milieu réel d'intervention.

La controverse méthodologique alimentée par le projet MATCH a influencé le devis d'études à grande échelle actuellement en cours et portant sur l'évaluation des traitements. Un exemple en est le projet « United Kingdom Alcohol Treatment Trial » (UKATT), mené en Angleterre, et qui fait partie de la nouvelle génération de recherche sur l'appariement client - traitement (The UKATT Research Team, 2001). Dans cette étude multisite, on compare la TM à la « Social Behaviour Network Therapy » (SBNT). La SBNT est une intervention spécialement conçue aux fins de cette étude à grande échelle. Elle s'appuie sur la littérature relative à l'efficacité réelle qui a démontré de façon constante de bons résultats lorsque les traitements sont orientés sur la consolidation du soutien social encourageant le changement des habitudes de consommation d'alcool. Ce projet représente pour le Royaume-Uni ce que le projet MATCH a représenté pour les États-Unis, c'est-à-dire l'étude sur le traitement psychosocial des addictions la plus vaste et la plus ambitieuse sur le plan méthodologique jamais menée dans ce pays.

À bien des égards, on peut dire de cette étude qu'elle constitue à la fois un prolongement et une réponse au projet MATCH, aussi bien qu'elle témoigne d'une volonté de générer un nouveau savoir dans le domaine de l'efficacité réelle des traitements. Elle donne suite aux conclusions prometteuses des études sur les interventions brèves, en comparant les résultats de la TM offerte en trois séances et de la SBNT offerte en huit séances. Elle compare donc les avantages éventuels d'une approche d'intensité moyenne ayant des bases empiriques à ceux de la TM, quant à la consommation d'alcool et au rapport coût/efficacité. Elle explore aussi plusieurs hypothèses d'appariement qui s'inspirent des interactions client - traitement (positives, bien que modestes) décelées dans le projet MATCH. Plusieurs des instruments sélectionnés ont été

utilisés dans le cadre du projet MATCH. Cependant, l'équipe du projet UKATT se démarque considérablement au niveau méthodologique, en ce sens qu'au lieu de mettre l'accent sur la validité interne et les mécanismes explicatifs, approche privilégiée par le projet MATCH, elle insiste plutôt sur des considérations pragmatiques (par exemple, la prise de décisions cliniques et l'allocation des ressources) et sur **l'efficacité réelle** du traitement. Par conséquent, la comparaison des traitements a lieu dans des conditions semblables à celles rencontrées dans la pratique. Les intervenants seront recrutés dans les centres cliniques participants et ils seront assignés aléatoirement à une formation en TM ou en SBNT. Les critères d'exclusion sont plus souples, de façon à inclure des participants plus représentatifs de la clientèle rencontrée en traitement, entre autres des alcooliques présentant aussi des problèmes de drogues, ayant un faible niveau de stabilité sociale ou encore souffrant de troubles mentaux graves mais suffisamment contrôlés pour permettre le traitement. Malgré l'accent mis sur la validité externe, un ensemble de mesures seront néanmoins prises pour optimiser la validité interne, par exemple : la randomisation des participants, l'application à la lettre de traitements explicitement décrits dans des manuels et la supervision continue des interventions, de même que la corroboration biologique des rapports de consommation de substances fournis par les clients.

### 3.2.2 Vers la validité écologique des paradigmes de recherche

Le devis de cette importante étude se démarque considérablement par rapport à la confiance généralement accordée aux ECR rigoureux, privilégiant une grande validité interne, lesquels sont vus comme le Saint-Graal des études sur les résultats des traitements. Notre laboratoire a mené, entre 1994 et 1998, une vaste étude multisite sur l'appariement client - traitement (Brown, Seraganian, Tremblay & Annis, sous

presse; Brown, Seraganian, Tremblay & Annis, en cours de révision), subventionnée par le PNRDS, et qui mettait l'accent sur l'efficacité réelle du traitement et la généralisabilité des résultats; il est intéressant de noter qu'à ce moment-là, ce type de recherche était généralement considéré plus faible que les ECR sur le plan méthodologique. Ironiquement, les prétentions du projet MATCH et les promesses qu'il n'a pu tenir ont pu avoir un effet positif, à savoir la validation d'études sur la performance des traitements « boiteux » au plan méthodologique mais plus valides au plan écologique. De plus, le projet UKATT semble indiquer que les devis de recherche actuels sur l'abus de substances tiennent de plus en plus compte des besoins de ceux qui, en fin de compte, sont les principaux bénéficiaires des études sur les résultats des traitements, c'est-à-dire les clients eux-mêmes et les cliniciens qui les traitent. En reconnaissant l'existence d'un lien pratique entre le chercheur et le consommateur de services de santé, l'écart traditionnel entre la recherche et la pratique clinique pourrait être en train de s'amenuiser.

### 3.3 INNOVATIONS MÉTHODOLOGIQUES DÉVELOPPÉES POUR LE PROJET MATCH

Les ressources humaines et financières englouties dans le projet MATCH étaient sans précédent et elles ont permis de léguer aux communautés cliniques et de recherche un riche héritage technologique. Ainsi, l'agence gouvernementale américaine de dissémination de l'information (SAMHSA) a répondu à plus de 40 000 requêtes pour des manuels d'intervention sur la FDE, la TM et la TCB. Le logiciel de randomisation (« urn ») spécialement conçu pour le projet et qui favorise l'équivalence dans la composition des groupes lors du processus de randomisation représente une innovation biostatistique hautement perfectionnée qui est maintenant offerte aux

autres chercheurs dans le domaine. Les informations sur les stratégies de suivi utilisées, qui ont mené à un taux d'attrition exceptionnellement bas, ont été colligées et sont maintenant publiées par le NIAAA. Tous les instruments utilisés au cours du projet MATCH, dont certains ont été spécialement conçus et validés pour cette étude, sont aussi offerts, gratuitement, à tous les chercheurs qui voudraient les utiliser pour leurs propres études. Bien que ceci ne décrive pas de manière exhaustive toutes les retombées technologiques du projet MATCH, il est clair que les répercussions cliniques et méthodologiques importantes de cette étude se feront sentir pendant de nombreuses années.

## CHAPITRE 4 LE DÉFI DE L'APPARIEMENT EN PRATIQUE CLINIQUE

Bien que les avantages à adapter le traitement aux besoins spécifiques des clients soient maintenant presque généralement reconnus, il n'en demeure pas moins qu'en environnement clinique, l'appariement systématique client – traitement est une avenue difficile. Le présent chapitre décrit brièvement quelques-unes des principales pierres d'achoppement ainsi que les défis à relever pour promouvoir un appariement judicieux.

### 4.1 AUTO-SÉLECTION DES PATIENTS

Les patients choisissent toujours les traitements auxquels ils seront soumis. Ils peuvent préférer tel traitement à tel autre (si le choix existe réellement) ou encore ils peuvent rejeter un traitement en décrochant prématurément d'un programme qui ne les satisfait pas. Néanmoins, lors d'essais cliniques randomisés, la préférence des clients quant au choix du traitement est généralement négligée alors que ce sont les expérimentateurs qui sélectionnent les traitements auxquels les participants seront soumis (Öjehagen & Berglund, 1992; DeLeon, 1998). Il va pourtant de soi que la préférence des clients quant au choix du traitement puisse interagir avec le type de traitement qu'ils reçoivent effectivement et que ceci influe sur les résultats du traitement. Notre récente étude sur l'appariement (Brown et coll., sous presse) a prouvé l'existence d'un tel effet. Nous décrivions aux participants deux différents programmes expérimentaux de postcure et ils étaient par après assignés aléatoirement à l'un ou l'autre de ces programmes. Nous demandions alors aux participants si le programme auquel ils avaient été aléatoirement assignés correspondait à leur préférence personnelle. Nous avons observé de meilleurs résultats post-traitement chez les participants

assignés à leur programme préféré, comparativement à ceux dont le traitement sélectionné par randomisation ne correspondait pas à leur préférence. C'est donc dire qu'il apparaît sensé de tenir compte de la préférence du client dans le processus d'appariement client – traitement lorsque différentes options thérapeutiques sont réellement disponibles. Toutefois, il se peut que la préférence du client ne concorde pas avec d'autres stratégies d'appariement éventuelles ou avec le jugement clinique. Étant donné le rôle important que joue probablement la préférence du client dans les résultats du traitement, dans son consentement au traitement et dans la satisfaction qu'il en retire, la préférence personnelle devrait être considérée comme un élément essentiel du plan de traitement.

### 4.2 FAISABILITÉ

Il n'est pas rare que les thérapeutes tiennent compte dans une certaine mesure des besoins ou demandes spécifiques de leurs clients. L'impact de ces « tentatives mineures » d'appariement sur les résultats globaux n'a guère été démontré. Les indices en faveur de l'appariement proviennent de la recherche, qui a essayé systématiquement d'apparier des caractéristiques discernables dans les traitements et d'autres, identifiables chez les clients. Cette distinction est importante car les stratégies d'appariement client - traitement qui se sont avérées bénéfiques peuvent alors être facilement appliquées dans des milieux différents. Cela suppose toutefois une certaine flexibilité des services de santé qui doivent répondre aux clients cherchant à se faire traiter.

Pour le système public de santé, la route de l'appariement est parsemée d'embûches. En effet, il sera confronté à plusieurs contraintes d'ordre pratique avant de pouvoir offrir des traitements distincts et « épurés » sur le plan conceptuel, apparier aux caractéristiques des clients. Il est bien connu que plusieurs professionnels de la santé sont réticents à

sacrifier leur autonomie clinique pour adopter une approche d'intervention plus structurée et moins familière sur le plan conceptuel (Glaser, 1994). De plus, le public en général et les professionnels partagent des opinions sur l'étiologie, l'évolution et le traitement des problèmes d'abus de substances, opinions qui sont fortement influencées par leur sens moral et par leur parti pris idéologique, i.e. qui ne s'appuient pas sur des données empiriques. Il est difficile de transcender de telles valeurs, persistantes et fortement enracinées, et de proposer une stratégie clinique allant ouvertement à contre-courant de ces croyances (Kavanaugh, 1995). Dans certains milieux, toute tentative de modifier le statu quo clinique rencontrera une résistance organisationnelle face au changement (Backer, 1995). Des luttes de pouvoir entre administration et personnel ou entre syndicat et administration peuvent aussi restreindre considérablement la flexibilité des programmes cliniques. Finalement, il est possible qu'un centre ne puisse offrir plusieurs modalités de traitement réellement distinctes et de haute qualité à cause d'une expertise limitée ou de faibles ressources financières.

À l'heure actuelle, l'appariement a sans doute plus de chances de réussir en adaptant le traitement aux conditions de chaque milieu. Dans la plupart des centres de traitement, le plan de traitement offre l'occasion de procéder à l'appariement en toute connaissance de cause : ainsi, on aura à choisir entre un traitement à l'interne ou en externe, à évaluer la nécessité d'une désintoxication ou d'autres mesures accessoires (par exemple, traiter la comorbidité si cela s'avère possible et accroître la motivation) avant d'entreprendre le traitement plus formel; on choisira aussi entre une approche de type AA, visant l'abstinence totale, et des approches psychosociales plutôt axées sur la réduction des méfaits, entre un traitement minimal ou un traitement intensif à long terme; de même, afin de répondre aux besoins de chacun des clients, on favorisera tel ou tel aspect du programme de traitement. On

a fait des recherches empiriques sur la plupart de ces questions. Malheureusement, même en regard des décisions cliniques d'appariement les plus élémentaires comme le choix entre un traitement à l'interne ou en externe, les conclusions sont quelque peu équivoques (Finney, Hahn & Moss, 1996). Une bonne connaissance de la littérature scientifique sur l'appariement peut néanmoins alimenter les discussions entre le client et le thérapeute sur les options thérapeutiques disponibles et parmi celles-ci, sur les options qui sont les plus susceptibles de mener à de bons résultats.

## CHAPITRE 5 L'APRÈS-MATCH : NOUVELLES ORIENTATIONS DE LA RECHERCHE ET DU TRAITEMENT

### 5.1 DES INTERACTIONS LES PLUS SIMPLES AUX PLUS COMPLEXES

Le projet MATCH représente un point tournant dans notre compréhension de l'appariement client – traitement, tant sur le plan conceptuel que méthodologique. Le succès de l'appariement repose probablement sur des interactions plus complexes et plus sophistiquées que celles que le projet MATCH a tenté de cerner. Par exemple, nous avons récemment procédé à de nouvelles analyses de nos données et celles-ci semblent indiquer que les femmes alcooliques bénéficient davantage d'une postcure en prévention de la rechute comparativement aux femmes dépendantes de drogues qui elles, profitent mieux d'un programme postcure de type AA (Tremblay, Brown, Seraganian & Annis, 2001). De telles interactions trifactorielles (sexe – profil de consommation – traitement) nous indiquent le niveau potentiel de sophistication conceptuelle nécessaire pour mieux comprendre l'appariement. Il reste cependant à déterminer jusqu'à quel point l'appariement peut se complexifier tout en demeurant réalisable en milieu clinique. De plus, les tentatives d'appariement se compliquent encore si l'on considère l'évolution des clients en cours de traitement et les éléments organisationnels en jeu dans tout centre de traitement. Il est maintenant tout à fait clair que l'approche « médicale » adoptée par le projet MATCH, caractérisée par la prescription d'un traitement psychosocial spécifique et épuré pour un problème très précis, est une simplification excessive et peu réaliste de la façon dont les traitements des addictions atteignent leurs buts.

### 5.2 ÉLARGIR LE CHAMP DE LA RECHERCHE SUR L'APPARIEMENT

La recherche sur l'appariement s'est en grande partie limitée aux caractéristiques et aux traitements psychosociaux. Toutefois, force nous est de reconnaître que s'impose de plus en plus l'évidence d'une vulnérabilité biologique et génétique aux addictions et que les neurosciences éclairent grandement notre compréhension des mécanismes de renforcement sous-jacents à l'abus d'alcool et de drogues (pour un aperçu, voir : 9th Special Report to the US Congress on Alcohol and Health, USDHHS, 1997). On a pu accumuler des preuves cliniques additionnelles de l'importance de ces facteurs en observant que de meilleurs résultats pouvaient être atteints en combinant une intervention biologique (naltrexone, acamprosate) et une intervention psychosociale plutôt qu'en utilisant une approche unimodale. On peut donc espérer améliorer encore les résultats des traitements en identifiant des sous-types biologiquement et cliniquement significatifs de toxicomanes et en les appariant à de véritables traitements biopsychosociaux.

### 5.3 DU CONTENU AU PROCESSUS

L'application de l'appariement en milieu clinique est remplie de contradictions. Elle présuppose que toutes les interventions ne sont pas équivalentes quant aux bénéfices que les clients pourraient en retirer. Toutefois, la majorité des programmes thérapeutiques et des thérapeutes ont une perspective multithéorique et multimodale quant à la nature des interventions offertes aux clients. La recherche s'appuie sur des manuels d'intervention structurés décrivant des traitements « théoriquement purs », alors que les thérapeutes ne sont pas à l'aise si on leur demande d'appliquer un traitement structuré ou même de suivre les lignes directrices des traitements. Les prescriptions d'ordre empirique, relatives à l'appariement, peuvent

entrer en compétition (habituellement sans succès) avec l'expérience et le jugement cliniques d'ordre anecdotique.

Ce genre d'incohérences se retrouve de façon universelle dans la prestation des soins psychothérapeutiques. Beutler (2000) s'est penché sur le sujet et a présenté le fruit de ses réflexions sur la façon de réconcilier ces points de vue. Selon lui, alors que la recherche n'a pas réussi à démontrer de façon convaincante la supériorité d'un traitement sur un autre, **c'est la qualité de la relation thérapeutique qui est le plus constant prédicteur des résultats**. Ainsi, ce qui, en pratique, importe le plus pour atteindre de bons résultats, ce n'est pas nécessairement quel traitement spécifique sera proposé mais bien par qui et de quelle manière il sera offert. Par conséquent, il peut être plus important d'adapter le traitement dans le but bien précis d'améliorer la relation thérapeutique plutôt que pour se conformer à un modèle théorique de psychopathologie.

Le rôle de l'alliance thérapeutique dans les résultats du traitement des problèmes d'abus de substances a fait l'objet d'études empiriques. Gertsey et ses collaborateurs (1989), par exemple, se sont intéressés à la qualité de l'alliance thérapeutique entre des thérapeutes et des clients présentant un trouble de personnalité antisociale. Ils ont montré que ces individus étaient capables d'établir une relation positive avec leur thérapeute et ont trouvé une corrélation entre les scores obtenus au *Helping Alliance Questionnaire* (Luborsky, 1984) et les améliorations apportées par la psychothérapie. Ainsi, même chez cette population résistante à la thérapie, la qualité de la relation thérapeutique peut contribuer à de meilleurs résultats. Il est intéressant aussi de noter que la TM met beaucoup d'emphase sur des techniques conçues pour maintenir et optimiser l'alliance thérapeutique en dépit de la résistance du client, de ses absences aux séances d'intervention et d'autres facteurs qui portent souvent atteinte à la relation client-thérapeute.

L'efficacité de cette approche, si on la compare à des traitements plus intensifs, nous renseigne indirectement sur l'importance de cet aspect du traitement.

Un appariement judicieux entre client et thérapeute peut contribuer à la qualité de la relation thérapeutique de même qu'il peut jouer un rôle dans le fait que le client décide de se faire traiter et poursuive son traitement. Dans une recension des écrits, Beutler (2000) a décrit plusieurs avenues prometteuses qui s'offrent à la recherche. Celles-ci comprennent la similarité entre client et thérapeute quant à divers aspects de leurs antécédents, quant à leur statut socio-démographique et quant à leur niveau de développement cognitif au plan conceptuel de même que la capacité et la volonté du client d'accepter le système de valeurs du thérapeute. De plus, étant donnée la nature éclectique de la majorité des programmes de traitement, il est peut-être plus important de procéder à l'appariement en fonction du style thérapeutique de l'intervenant plutôt que du contenu du programme thérapeutique. Par exemple, des analyses secondaires des données du projet MATCH semblent appuyer l'affirmation que les clients qui ont tendance à résister à un contrôle externe (i.e. affichant un niveau élevé de colère et d'hostilité) s'améliorent davantage en présence d'un thérapeute qui a un style d'intervention non-directif ou paradoxal, tel que mis de l'avant dans la TM. Somme toute, l'appariement peut avoir un effet bénéfique indirect en améliorant des mécanismes courants non spécifiques comme la qualité de l'alliance thérapeutique, qui est peut-être sous-jacente à toutes les expériences thérapeutiques efficaces. Il est à espérer que de futures recherches permettront de mieux saisir : 1) les mécanismes communs aux expériences thérapeutiques fructueuses, et 2) les algorithmes d'appariement client - thérapeute permettant d'optimiser ces mécanismes.

## CHAPITRE 6 RÉSUMÉ

Tenter d'apparier un traitement aux besoins d'un client est un objectif omniprésent dans le traitement actuel des troubles liés aux substances. Le projet MATCH est l'étude clinique la plus vaste et la plus exhaustive jamais réalisée dans le domaine de la psychothérapie. Il avait pour objectif de tester des hypothèses d'appariement issues d'expériences cliniques et empiriques en utilisant les méthodologies les plus avancées et les plus rigoureuses. En dépit des prétentions démesurées entourant le projet et des ressources stupéfiantes englouties dans sa réalisation, le projet MATCH n'a pas atteint ses objectifs explicites. Malgré qu'elle n'ait pu tenir ses promesses, cette étude a marqué son époque et a provoqué une profonde remise en question des éléments clés de l'efficacité des traitements, des méthodologies de recherche utilisées pour mieux comprendre les effets psychothérapeutiques et de l'orientation future de la recherche clinique dans le domaine. Qui plus est, le projet a légué de nombreuses innovations cliniques et de recherche qui continuent d'enrichir à la fois la prestation de traitements efficaces et leur étude. En somme, on peut dire que le projet MATCH constitue l'événement déclencheur qui a propulsé dans le 21<sup>e</sup> siècle le traitement des troubles liés aux substances.

# Références

---

- Annis, H. (1985). Is inpatient rehabilitation of the alcoholic cost effective ? Con position. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 5, 175-190.
- Backer, T. E. (1995). Assessing and enhancing readiness for change: Implications for technology transfer. *National Institute on Drug Abuse Monograph*, (Series No. 155). Rockville, MD: NIDA.
- Beutler, L.E., (1981). Convergence in counselling and psychotherapy: A current look. *Clinical Psychological Review*, 1, 79-101.
- Beutler, L.E. (2000). When empirical and clinical standards meet. *American Psychologist*, 55(9), 997-1007.
- Beutler, L.E., Zetzer, H. & Yost, E. (1997). Tailoring interventions to clients: Effects on engagement and retention. In Lisa Simon Onken, Ph.D., Jack D. Blaine, M.D. & John J. Boren, Ph.D. (Editors): *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug Dependent Individual in Treatment. NIDA Research Monograph 165. U.S. Department Of Health And Human Services, National Institutes of Health.*
- Bickman, L. (1996). A continuum of care: More is not always better. *American Psychologist*, 51(7), 689-701.
- Bowman, K.M. & Jellinek, E.M. (1941) Alcohol addiction and its treatment. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 2, 98-176.
- Brown, T.G., Seraganian, P., Tremblay, J. & Annis, H. (2001). Substance Abuse Aftercare, Specific Effects and the Impact on Outcome. Under review. *Addictions*.
- Brown, T.G., Seraganian, P., Tremblay, J. & Annis, H. (2001). Matching Substance Abuse Aftercare Treatments to Client Characteristics. In press. *Addictive Behaviors*.
- Brown T.G., Seraganian P, & Tremblay J. (1993) Alcohol and cocaine abusers 6 months after traditional treatment: Do they fare as well as problem drinkers ? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10:545-552.
- Chartier, G.M. (1971). A-B therapist variable: Real or imagined ? *Psychological Bulletin*, 75, 22-33.
- Cisler, R., Holder, H.D., Longabaugh, R., Stout, R.L. & Zweben, A. (1998). Actual and estimated replication costs for alcohol treatment modalities: case study from Project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 503-512.
- Cooney, N.L., Kadden, R.M., & Litt, M.D. (1990). A comparison of methods for assessing sociopathy of male and female alcoholics. *Journal of Studies in Alcohol*, 51, 42-48.
- Cooney, N.L., Kadden, R.M., Litt, M.D. & Getter, H. (1991). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Two-year follow-up results. *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry*, 59 (4), 598-601.
- Conrod, P.J., Stewart, S.H., Pihl, R.O., Coté, S., Fontaine, V. & Dongier, M. (2000). Efficacy of brief coping skills interventions that match different profiles of female substance abusers. *Psychology of Addictive Behavior*, 14(3), 231-242.
- Cronbach, L.J. (1975). Beyond the two disciplines of scientific psychology. *American Psychologist*, 30, 116-127.
- Cronbach, L.J., & Snow, R.E. (1977). *Aptitudes and instructional methods: a handbook for research interactions*. New York: Irvington.
- Cronbach, L.J., (1967). Instructional methods and individual differences. In R. Gagne (Ed.), *Learning and individual differences* (pp 23-39). Columbus, OH: Charles E. Merrill.
- Cronkite, R.C. & Moos, R.H. (1984). Sex and marital status in relation to the treatment and outcome of alcoholic parents. *Sex Roles*, 11 (1-2), 93-112.
- Del-Bocca, F.K. & Mattson, M.E. (1994). Developments in alcoholism treatment research: Patient-treatment matching. *Alcohol*, 11(6), 471-475.
- DeLeon, G. (1998). Commentary: Reconsidering the self-selection factor in addiction treatment research. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12(1), 71-77.
- Dongier, M. & Bruce, K. (1998). Unpublished data.

- Donovan, D.M., Kadden, R.M., DiClemente, C.C., Carroll, K.M., Longabaugh, R., Zweben, A. & Rychtarik, R. (1994). Issues in the selection and development of therapies in alcoholism treatment matching research. *Journal of Studies on Alcohol*, Supp. 12, 138-1
- Drummond, D.C. (1999). Treatment research in the wake of Project MATCH. *Addiction*, 94(1), 39-42.
- Finney, J.W., Hahn, A.C. & Moos, R.H. (1996). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 9(12), 1773-1796.
- Gerstley, L., McLellan, A.T., Alterman, A., Woody, G., Luborsky, L., & Prout, M. (1989). Ability to form an alliance with the therapist: A possible marker of prognosis for patients with antisocial personality disorder. *Am J Psychiatry* 146:508-512, 1989.
- Glaser, F.B. (1994). Slouching toward a systems approach to treatment. *Alcohol*, 11(6), 467-470.
- Glaser, F.B. (1999). The unsinkable Project MATCH. *Addiction*, 94(1), 34-36.
- Hartman, L., Krywonis, W., & Morrison, E. (1988). Psychological factors and health-related behavior change: Preliminary findings from a controlled study. *Canadian Family Physician*, 34, 1045-1050.
- Heather, N. (1989). Brief Intervention Strategies. In W.R. Miller & R.K. Hester (Eds.): *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. New York: Pergamon Press.
- Heather, N. (1996). Brief interventions and primary care. Paper presented at the International Conference of Alcoholism and Addictions, June-July, Amsterdam.
- Heather, N. (1996b). Waiting for a match: the future of psychosocial treatment for alcohol problems. *Addiction*, 91(4), 469-472.
- Holder, H.D., Longabaugh, R., Miller, W.R. & Rubonis, A.V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcohol problems: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517-540.
- Institute of Medicine (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, DC: National Academy Press.
- Jacobs, E.A., Copperman, S.M., Joffe, A., Kulig, J., McDonald, C.A., Rogers, P.D., Shah, R.Z., (2000). Indications for management and referral of patients involved in substance abuse. *Pediatrics*, 106 (1), 143-148.
- Jaffe, A.J., Rounsaville, B., Chang, G., Schottenfeld, R.S., Meyer, R.E. & O'Malley, S.S. (1997). Naltrexone, Relapse Prevention, and Supportive Therapy with alcoholics: An analysis of patient treatment matching. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 1044-1053.
- Kadden, R.M., Getter, H, Cooney, N.L. & Litt, M.D. (1989). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Posttreatment results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(6), 689-704.
- Kadden, R.M., Litt, M.D., Cooney, N.L., & Busher, D.A. (1992). Relationship between role-play measures of coping skills and alcoholism treatment outcomes. *Addictive Behaviors*, 17, 425-437.
- Kavanagh, K. H. (1995). Collaboration and diversity in technology transfer. *National Institute on Drug Abuse Monograph*, (Series No. 155). Rockville, MD: NIDA.
- Kelly, T.A. (1990). The role of values in psychotherapy: Review and methodological critique. *Clinical Psychology Review*, 10, 171-186.
- Kissin, B., Platz, A., & Su, W.H. (1970). Social and psychological factors in the treatment of chronic alcoholism. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 13-27.
- Litt, M.D., Babor, T.F., Delboca, F.K., Kadden, R.M., & Cooney, N.L. (1992). Types of alcoholics. II. Application of an empirically derived typology to treatment matching. *Archives of General Psychiatry*, 49, 609-614.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A manual for supportive-expressive (SE) therapy*. New York: Basic Books.
- Mattson, M.E. (1994). Patient-treatment matching: Rational and results. *Alcohol Health and Research World*, 18(4), 287-295.

# Références

---

- Mattson, M.E., Allen, J.P., Longabaugh, R., Nickless, C.J., Connors, G.J. & Kadden, R.M. (1994). A chronological review of empirical studies matching alcoholic clients to treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, Supp. 12., 16-29.
- Maude-Griffin, P. M., Hohenstein, J. M., Humfleet, G. L., Reilly, P. M., Tusel, D. J., & Hall, S. M. (1998). Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: Main and matching effects. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 66(5), 832-837.
- McKay, K.R., Longbaugh, R., Beattie, M.C., Maisto, S.A., & Noel, N.E. (1993). Does adding conjoint therapy to individually focused alcoholism treatment lead to better family functioning? *Journal of Substance Abuse*, 5, 45-59.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P., & Druley, K.A. (1983a). Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. *Archives of General Psychiatry*, 40, 620-625.
- McLellan, A.T., Woody, G.E., Luborsky, L., O'Brien, C.P., & Druly, K.A. (1983b). Increased effectiveness of substance abuse treatment: A prospective study of patient-treatment matching. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 171, 597-605.
- McLellan, A.T., Grissom, G.R., Zanis, D., Randall, M., Brill, P. & O'Brien, C.P. (1997). Problem-service 'matching in addiction treatment: A prospective study in 4 programs. *Archives of General Psychiatry*, 54, 730-735.
- Mee-Lee, D. (1995). Matching in addictions treatment: how do we get there from here? In N.S. Miller (Ed). *Treatment of Addictions: Applications of Outcome Research for Clinical Management*. Bringhamton, NY: Haworth Press, Inc.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W.R. et al. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. In W.R. Miller & R.K. Hester (Eds.): *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives (2nd Ed)*. Boston: Allyn & Bacon.
- Miller, W.R., Benefield, R.G., & Tonigan, J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Öjehagen, A. & Berglund, M. (1992). Acceptance, attrition, and outcome in an outpatient treatment programme for alcoholics. A comparison between a randomized and a non-randomized process-outcome study. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 1992;242(2-3):82-4.
- Orford, J. & Edwards, G. (1977). *Alcoholism: A comparison of treatment and advice, with a study of the influence of marriage*. Oxford: Oxford University Press.
- Pettinati, H.M., Meyers, K., Jenson, J.M., Kaplan, F. & Evans, B.D. (1993). Inpatient versus outpatient treatment for substance abuse dependence revisited. *Psychiatric Quarterly*, 64, 173-182.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Project MATCH Research Group (1997a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 7-29.
- Project MATCH Research Group (1997b). Project MATCH secondary a priori hypothesis, *Addiction*, 92, 1671-1689.
- Project MATCH Research Group (1998a). Matching alcoholism 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 (1998b). Matching alcoholism to treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(6), 1300-1311.
- Razin, A.M. (1971). A-B variable in psychotherapy: A critical review. *Psychological Bulletin*, 75, 1-21.
-

- San, L. (1999). Future research directions and the impact of the MATCH project on research technology in the addictions. *Addictions*, 94(1), 55-57.
- Scott, E. & Anderson, P. (1990). Randomized controlled trial of general practitioner intervention in women with excessive alcohol consumption. *Drug & Alcohol Review*, 10, 313-321.
- Smith, B. & Sechrest, L. (1991). Treatment of aptitude x treatment interactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 233-244.
- Snow, R.E. (1991). Aptitude-treatment interaction as a framework for research on individual differences in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 205-216.
- Sobell, L.C., Cunningham, J.A. & Sobell, M.B. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health*, 86 (7), 966-972.
- Stanton, M.D. & Shadish, W.R. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122(2), 170-191.
- The UKATT Research Team (2001). United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT): Hypotheses, design and methods. *Alcohol and Alcoholism*, 36(1), 11-21.
- Tremblay, J., Brown, T. Seraganian, P. & Annis, H. (2001). Gender Differences in Aftercare Outcome: Alcoholic Women do Better in Relapse Prevention. Presentation at the Research Society of Alcoholism, Montreal.
- Wallerstein, R.S. (1956). Comparative study of treatment methods for chronic alcoholism: The alcoholism research project at Winter VA Hospital. *American Journal of Psychiatry*, 133, 228-233.
- Wallerstein, R.S. (1957). *Hospital treatment of alcoholism: A comparative experimental study*. New York: Basic Books, Inc.
- Weisz, J.R., Weiss, B. & Donenberg, G.R. (1992). The lab versus the clinic. *American Psychologist*, 47, 1575-1585.
- Welte, J, Hynes, G. Sokolow, L., Lyons, J.P. (1981). Effects of length of stay in inpatient alcoholism treatment on outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 42 (5), 483-491.
- Woody, G.E., McLellan, A.T., Alterman, A.A. and O'Brien. (1991). Encouraging collaboration between research and clinical practice in alcohol and other drug abuse treatment. *Alcohol Health & Research World*, 15(3), 221-227.

promotion  
repression information  
tion prévention réadapt

Comité  
permanent de lutte  
à la toxicomanie

Québec 

970, rue de Louvain Est  
Montréal (Québec) H2M 2E8  
Téléphone : (514) 389-6336  
Télécopieur : (514) 389-1830  
lutte.toxicomanie@qc.aira.com  
www.cplt.com